

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms skolors ungdomsmottagning (SKUM) verksamhetsåret 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-01-02

Ingrid Classon, verksamhetschef

Anna Gutniak, medicinskt ledningsansvarig läkare

Innehåll

Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelse	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador	11
Riskanalys	12
Mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

Mål för patientsäkerhetsarbetet:

- upprätthålla fokus på patientsäkerheten,
- snabbt identifiera potentiella risker i verksamheten,
- metodiskt utvärdera och minimera klagomål, vårdskador och incidenter,
- åtgärda strukturella, organisatoriska eller andra arbetsätt som identifierats som riskabla.

De viktigaste åtgärderna under 2019 för att förbättra patientsäkerheten:

- förstärkt rutin för kontroll av remissbevakningslista och smittspårningsdokumentation,
- rutiner för vård av papperslösa och personer med skyddad id,
- säkrare instrumentrengöring,
- ökad informationssäkerhet.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Färre driftsavbrott på grund av problem med datorerna. Ökad fokus på patientsäkerheten, säkrare hantering av personuppgifter för personer som saknar personnummer. Trots neddragning av läkarbemannning har tillgänglighet till läkare kunnat bibehållas och patienter har fått bedömning och vid behov recept utan fördröjning.

En blick framåt

Det viktigast för patientsäkerhetsarbetet kommande år är att verksamhetens framtid avseende organisation, tillhörighet och uppdrag tydliggörs.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Verksamhetens uppdrag, mål och strategi

Ungdomsmottagningens uppdrag är att ta emot ungdomar i åldrarna 12-23 år i frågor som handlar om sexuell och reproduktiv hälsa, pubertetsutveckling och psykosocial hälsa. Målgruppen är i första hand, men ej begränsad till, ungdomar som bor eller är skrivna i Stockholms län.

SKUM verkar för att främja hälsa, förebygga framtida ohälsa och beakta ungdomens hela livssituation. Helhetssynen innebär ett nära samarbete mellan professioner med säkra rutiner och god kännedom om varandras arbete, ett proaktivt utåtriktat arbete samt nära samverkan med andra relevanta aktörer.

Det kliniska arbetet består huvudsakligen av preventivmedelsrådgivning och -föreskrivning, provtagning och behandling av sexuellt överförda infektioner, bedömning och behandling eller hänvisning av tillstånd som påverkar fysisk, psykisk, social eller sexuell hälsa och där ungdomskompetens krävs.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Mål för patientsäkerhetsarbetet:

Patientsäkerhetsarbetet ska resultera i att

- upprätthålla fokus på patientsäkerheten,
- snabbt identifiera potentiella risker i verksamheten,
- metodiskt utvärdera och minimera klagomål, vårdskador och incidenter,
- åtgärda strukturella, organisatoriska eller andra arbetssätt som identifierats som riskabla.

Den övergripande strategin för att erbjuda säker vård är att:

- årligen skriva patientsäkerhetsberättelse och utifrån den planera följande verksamhetsårs fortsatta patientsäkerhetsarbete,
- en gång i veckan hantera upprättade avvikelser på enhetsmöte tillsammans med medicinskt ledningsansvarig,
- värna och främja en god fysisk och psykisk arbetsmiljö,
- erbjuda medarbetare fortlöpande intern och extern utbildning, handledning utifrån verksamhetens såväl som medarbetarens behov.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Utbildningsnämnden är vårdgivare för de insatser inom ungdomsmottagningen som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och har utsett chefen för avdelningen för stöd kring lärande och elevhälsa som vårdgivarens representant. Enhetschefen för ungdomsmottagningen har utsetts till verksamhetschef. Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten. Uppdraget att fullgöra medicinska ledningsuppgifter är delegerat till medicinskt ledningsansvarig läkare.

All legitimerad personal har eget yrkesansvar och arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Samtliga medarbetare ansvarar för att avvikelser och risker identifieras och rapporteras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Intern samverkan

Veckovis genomgång av avvikelser eller patientfall med tillfälle att ta upp frågor och aktuella rapporter om skador eller biverkningar av läkemedel. Minnesanteckningar skickas till alla anställda. Medicinskt ansvarig läkare finns alltid tillgänglig på telefon.

Regelbunden handledning med extern handledare för medicinsk respektive psykosocial personal.

Samverkan och internutbildning för kontaktorsaker som kräver flera kompetenser. Kontinuerlig dialog om arbetsätt och rutiner för samtlig personal.

Samverkan med andra vårdgivare

Under året har det varit många kontakter med lab angående provhanteringen.

Personal på Kvartersakuten Matteus, modersmåls lärare och skolläkare i Stockholms stad har utbildats om ungdomar och om ungdomsmottagningens verksamhet.

Skolläkare har auskulterat på mottagningen.

Gemensam brand- och utrymningsövning har genomförts tillsammans med vårdgranne – Tolkcentralen.

Återkommande samverkansformer:

Möte och fortbildning med andra barnmorskor och sjuksköterskor på länets ungdomsmottagningar (sk medicinsk handledning).

Möte med andra ungdomsmottagningsläkare i länet för samsyn och dialog.

I förekommande fall samarbete med Elevhälsans medicinska insats, Socialtjänst, Polisväsende, närstående, specialiserade mottagningar inom landstinget, annan ungdomsmottagning med flera.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Arbetet på ungdomsmottagningen utgår från ett ungdomsperspektiv och vi använder metoden Delat beslutsfattande enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Det innebär att ungdomens behov och önskemål är i fokus vid all kontakt och behandling. Vid kontakt med minderårig görs en bedömning i varje enskilt fall om hur vårdnadshavare kan eller bör involveras. Detta görs i samråd med ungdomen.

Om vårdskada inträffar erbjuds patienten och dennes anhöriga att delta i händelseanalysen.

Patient och, i förekommande fall, anhöriga informeras om möjligheten att vända sig till Patientnämnden, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag eller Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Rapporteringen sker från samtliga medarbetare som uppmärksammat en avvikelse eller risk eller sett att möjlighet till en sådan finns i systemet. Personalen rapporterar avvikelser och tillbud på särskild avsedd blankett. Avvikelsen utreds och omfattningen av utredningen är beroende av allvarlighetsgrad. Vid allvarliga händelser informeras verksamhetschefen samma dag och en utredning startar snabbt. Beslut om åtgärd fattas för att undvika en framtida avvikelse eller risk inom detta område. Samlad bedömning av innehåll görs regelbundet. Uppföljning av tidigare beslutade åtgärder. Klago mål på verksamhetens kvalité kan tas upp vid dessa tillfällen men kan även behandlas i samband med statistikgenomgång eller vid genomgång av verksamhetsberättelsen. Frågor lyftes vid behov till vårdgivaren. Statistik tas ur journalsystemet och ur Region Stockholms uppföljningssystem.

I Stockholms stads förebyggande arbete för en säker arbetsmiljö rapporteras arbetsrelaterade risker, tillbud och olyckor i incidentrapporteringssystem IA.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomål och synpunkter tas upp fortlöpande, diarieförs om de kommer per brev och beslut fattas om åtgärd. Uppföljning sker fortlöpande av verksamhetschefen.

Vid muntliga synpunkter/klagomål görs en kort beskrivning av ärendet skriftligen av den som tagit emot samtalet. Ärendet tas upp på veckomöten eller på APT om det inte bedöms vara av så allvarlig eller brådskande karaktär att verksamhetschefen skall meddelas eller omedelbar åtgärd måste vidtas. Beslut om åtgärd och beslut om uppföljning dokumenteras, signeras och sparas. Anonyma telefonsamtal och brev beaktas i möjligaste mån. Vid icke-anonyma telefonsamtal tas de emot av vederbörande och vid behov erbjuds en besökstid för samtal.

Regelbundenheten i dessa återkopplingar höjer medvetandet om patientsäkerhetstänkandet och ger underlag att redovisa för uppdragsgivare och myndigheter.

Väntrumsformulär finns. Patienter eller medföljande anhöriga uppmuntras till att lämna synpunkter.

Vid brådskande eller allvarliga tillbud eller händelse ges information fortlöpande till patient eller närstående om handläggning och beslut. I annat fall kontaktas patienten så snart ärendet har behandlats.

Återkommande genomgång av incidenser ger möjlighet att se mönster eller trender som indikerar brister i vårdens kvalitet.

Medarbetarsamtal mellan anställd och chef på mottagningen är också ett forum för framförande av klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser Veckomöten under ledning av medicinskt ledningsansvarig läkare Analys och sammanställning av avvikelser	1 gång i veckan 1 gång per år	Skriftlig blankett, protokoll Avvikelsepärm

Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Dokumenterad rutin, samarbetsyta
Loggkontroll journalsystem	1 gång i månaden	Loggar
Patienters klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Kontroll av remissbevakningslista	4 gånger per år	Journalsystem
Kontroll av smittspåringsdokumentation	4 gånger per år	Smittspåringspärmar

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Uppdaterade rutiner för att återföra åtgärder, händelser och risker till samtliga medarbetare även de timanställda har införts.

Förändrade rutiner för ombokning av psyko/sociala samtal för god kontinuitet i vårdkontaktarna.

Labbevakningslistor och osignerade provsvar, remissbevakningslistor i journalsystemet har kontrollerats och befunnits åtgärdade.

Rutiner och ansvar för smittspårning har ytterligare förtydligats.

Uppdatering av rutindokument på samarbetsytan har genomförts, bland annat rutiner för vård av papperslösa och personer med skyddad id.

Möten mellan barnmorskor/sjuksköterska och gynekologkonsult har hållits.

En ny diskdesinfektor är installerad och labbutrymmet har rensats och iordningsställt för bättre överblick och hygien.

Genomgång och åtgärd av kallelsesignalsystem är genomförd. Brandövning för all personal är genomförd.

Risikanalyt

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

All personal ansvarar för att identifiera och rapportera risker som kan medföra negativa händelser eller tillbud i verksamheten. Stress, hög arbetsbelastning, stort besöksstryck kan öka risken för felaktigheter, bristande omhändertagande och korrekta avvägningar. Verksamhetschefen ansvarar för regelbunden översyn och dimensionering av bemanning för att minska riskerna för brister i arbetsmiljön som kan påverka patientsäkerheten. Om det kommer fler besökare än vad mottagningen kan ta emot vid det enskilda tillfället erbjuds en tid följande dag eller hänvisas till annan ungdomsmottagning

Risker vid läkemedelsadministration eller vid kirurgiska ingrepp analyseras vid medicinska veckomöten under ledning av medicinskt ansvarig. Avstämning och uppdatering av skriftliga rutiner sker kontinuerligt.

För att minska risken för felaktigheter fyller alla ungdomar i ett besöksformulär som täcker många områden av betydelse för hälsoläget. Särskilda avvägningar kan behöva göras för individer som är minderåriga, asylsökande, har skyddad identitet eller lever i en hederskontext.

Riskanalyser har skett kontinuerligt utifrån de avvikelser som inkommit. Verksamhetschefen ansvarar för att uppmärksamma och påtala risker till vårdgivaren.

Identifierade risker i verksamheten:

- stor osäkerhet om framtida organisation vilket tar tid från verksamheten och verksamhetsutvecklande arbete,
- otillräckligt IT-stöd för journalsystem och provhantering, förvaltarstöd saknas,
- personuppgiftshantering av skyddad identitet, reservnummer, hedersproblematik,
- intern kommunikation gällande rutiner mellan fast personal och timanställda/konsulter,
- kirurgiska komplikationer,
- underdimensionerad bemanning av psykosocial personal.

Risker relaterade till målgruppen:

- avsaknad av legitimation, ofullständig anamnes inför förskrivning och hänvisning.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Tre ungdomar har sökt mottagningen pga att p-ringarna har gått sönder. Det har rört sig om ett produktfel som mottagningen eller dess personal inte hade kunnat förebygga eller undvika.

En ungdom har ansökt om ersättning från LÖF pga fördröjd tid till behandling av infektion efter p-stavsinsättning.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Mottagningens kontinuerliga arbete med informationssäkerhet:

Behörighet till journalsystemet kan endast beställas av verksamhetschef. All inloggning sker med säker autentisering och loggkontroller görs varje må-

nad. Kurator-, psykolog- och medicinsk journal har separata behörigheter men gemensam tidbok. Mottagningen tillämpar ej sammanhållen journal med andra vårdgivare. Informationssäkerhet ingår i introduktionen av nyanställd. Vi värnar om sekretess och känsliga uppgifter kommuniceras endast via säkra kanaler. Granskning av journaler har skett av verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare inom ramen för det kliniska arbetet samt i samband med utredning av avvikelser och klagomål.

De viktigaste åtgärderna för att *förbättra* informationssäkerheten har varit:

- omfattande arbete har lagts ned på att försöka lösa bristerna i labhantering och IT-stöd,
- fortsatt genomgång och kontroll av bevaknings- och signeringslistor,
- hanteringen av personuppgifter utanför journalsystemet har begränsats,
- förstärkt rutin kring smittspåringsdokumentation,
- anslag vid receptionen om tystnadsplikt, journalföring och patientens rätt att framföra klagomål och synpunkter,
- nya datorer och ny rutin för informationssäkert arbetssätt,
- ny skrivare – print on demand,
- dialog om och införande av rutiner för vem som ansvarar för uppföljning av patient som satts upp till konsult eller uteblivit från konsultläkartid.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska risk för felaktigheter avseende labprover	Följa rutiner-na för provhantering	Kontakt med lab vid avvikelser	21 avvikelser	Handhavandefel på mottagningen har minskat
Klargörande av mottagningens uppdrag och ansvar	Översyn och dialog med uppdragsgivare och internt	Förtydligande av rutiner för remisser på samverkansyta Dialog med konsultläkare angående målgrupp	Ej mätbart	Saknas

Ökad patientsäkerhet	Fortlöpande mätning, sammanställning och återkoppling av avvikelser	Patientsäkerhetsarbete	Ökad medvetenhet om betydelsen att rapportera avvikelser	Samtliga medarbetare är viktiga i patientsäkerhetsarbete. Den fysiska och psykiska arbetsmiljön har bäring på patientsäkerhetsarbetet.
----------------------	---	------------------------	--	--

Avvikelser

Totalt har 52 avvikelserapporter upprättats och analyserats. Tjugoen avvikelser handlar om brister i provhanteringen övriga om brister i administrativa rutiner.

Klagomål och synpunkter

Alla klagomål och synpunkter dokumenteras och samlas på ett ställe. Veckovis genomgång av avvikelser och klagomål på medicinsk konferens och i förekommande fall på gemensamma enhetsmöten. Verksamhetsansvarig och medicinskt ledningsansvarig sammanställer och analyserar synpunkter två gånger per år.

Under 2019 har 29 st väntrumsformulär lämnats in. Av dessa framför 9 st kritik som handlade om långa väntetider, ifrågasättande av besöksformulär som används vid öppet hus och någon enstaka brist i bemötande. Elva väntrumsformulär gav uttryckt för positivt bemötande och professionalism. Ytterligare några hade önskemål och gav förslag på ämnen till poddar. Samtliga ifyllda väntrumsformulär har gått igenom på enhetsmöten och lett till diskussioner om bemötande och våra rutiner vid öppet hus.

Händelser och vårdskador

De händelser som har inträffat har framfört allt handlat om brister i laboratoriets hantering av mottagningens inkommande prover och utgående svar. Exempel på fel är att prover inte har analyserats eller inte har besvarats. Fel analys har gjorts och provsvar har levererats under fel personnummer. Problem med bevakning, labbeställningar går ej att göra digitalt, vissa labsvar kan inte läsas in digitalt.

Mottagningen har inte kunnat ta emot alla ungdomar i vår målgrupp som söker samtalsstöd. Konsekvensen av detta är svår att överblicka.

Fyra vårdskador har inträffat, tre av dessa orsakades av fabrikationsfel och en av fördröjd behandling.

Risikanalyt

Det konstateras att mottagningen fortfarande har behov av att digitalisera provhanteringen och fortsätta arbetet med att öka säkerheten vid provtagning och provsvar. I ljuset av den kommande organisationsförändringen är sannolikheten låg för att detta arbete sker under 2020. Det viktigaste för patientsäkerhetsarbetet kommande år är att organisationsförändringen, alternativt avvecklingen av verksamheten planeras, samordnas och genomförs på ett säkert sätt.

Behovet av hjälp för psykologiska besvär är fortsatt stort. Det innebär svårigheter att fullgöra uppdraget avseende psykosociala insatser för målgruppen. Betydande väntetider hos andra vårdgivare medför risker för försämrad hälsa.

Mål och strategier för kommande år

Mål	Strategi
Säker organisationsförändring	Planering och samråd med Region Stockholm och Stockholms stads åtta stadsdelsanknutna ungdomsmottagningar