

# Patientsäkerhetsberättelse för *Mörby Ungdomsmottagning*

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-04

Agneta Ahlbäck

---

## **Innehållsförteckning**

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER</b>	<b>2</b>
<b>ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET</b>	<b>2</b>
<b>HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET</b>	<b>3</b>
<b>UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL</b>	<b>4</b>
<b>SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR</b>	<b>4</b>
<b>RISKANALYS</b>	<b>5</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN</b>	<b>5</b>
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL</b>	<b>6</b>
<b>SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE</b>	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR</b>	<b>9</b>
Bilaga 1	9

## Sammanfattning

Målen för 2018 har varit att öka kunskapen om patientsäkerhet genom att genomföra en e-utbildning via Stockholms läns landsting.

För att öka patientsäkerheten sker en uppföljning av avvikelshantering och efter en genomgång på arbetsplatsträffarna tillsammans med samtlig personal vidtages förbättringsåtgärder.

Samtlig personal inom verksamheten har ett ansvar att ta emot och rapportera synpunkter och klagomål från ungdomar, anhöriga, samverkanspartners m.fl.

Egenkontrollen består av externa enkäter, kontinuerlig extern ärendehandledning, möten med medicinska konsulter, arbetsplatsträffar, nätverksmöten där verksamheterna och dess innehåll jämförs, enkätresultat samt avvikelserapportering.

En kontinuerlig utveckling och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet fortgår.

## **Övergripande mål och strategier**

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

- Ett mål har varit att fortsätta utveckla arbetet för att identifiera risker i verksamheten. Strategin var att bevaka utbildningar och ta del av aktuell information i ämnet patientsäkerhet. Samt samverka med andra chefer på ungdomsmottagningar i utvecklandet av patientsäkerhetsarbete.
- Ett mål är att ha en hög tillgänglighet. Strategin är att ha adekvata personalresurser. Daglig telefontid med möjlighet att lämna meddelande och bli uppringd. Det finns drop-in för spontana besök varje vecka samt tidsbokad kvällsmottagning.
- Ett mål är att förebygga vårdskada. Strategin är att ha rimlig personaltäthet och personalen skall ha hög kompetens för att möjliggöra ett gott bemötande. Med hög kompetens och rimlig arbetsbelastning förebyggs vårdskador.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Ungdomsmottagningens personal har ansvar att ta emot synpunkter och/eller klagomål. Som ytterst ansvarig för verksamheten svarar enhetschefen för att synpunkter och klagomål hanteras. Vid behov ändras rutiner och metoder så att inga vårdskador uppstår.

Samtliga medarbetare i verksamheten ansvarar för att granska och notera eventuellt uppkomna vårdskador samt informera om dessa till närmsta chef.

Enhetschefen är ansvarig för att informera ungdomen och i vissa fall anhöriga om en vårdskada inträffat. När vårdskadan så kräver informeras alternativt anmäls händelsen till berörd myndighet.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av eventuella vårdskador sker genom statistik från vårt avvikelshanteringssystem.

Eventuella vårdskador följs upp med personalen på arbetsplats träffar samt med ungdomen och eventuellt partner/anhöriga.

Ungdomen ska informeras om att vårdskada uppstått och ska involveras i utredning av den samma, samt få återkoppling om vidtagna åtgärder.

Vid ungdomsmottagningarnas nätverksmöten delar vi med oss av vår erfarenhet så att flera får möjlighet att lära sig av fallet och därmed kan motverka att flera ungdomar drabbas.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

För att förebygga vårdskada anpassas personalresurserna efter behov och ekonomiska förutsättningar.

För att säkerställa omhändertagandet av ungdomarna har kompetensen ökats genom adekvata fortbildningar.

En hög tillgänglighet har tillgodosetts genom god tillgänglighet per telefon. Samtliga kontaktas senast nästkommande dag om de lämnat meddelande via telefonsvaren.

Tillgängligheten ökar avsevärt genom möjligheten att komma på icke tidsbokade besök och möjlighet att boka kvällstider. Tillgängligheten mäts via enkätundersökning som utvärderas/följs upp och eventuella åtgärder vidtages.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Egenkontrollen består av externa enkäter, kontinuerlig extern ärendehandling, möten med medicinska konsulter, arbetsplatsträffar, nätverksmöten där verksamheterna jämförs, enkätresultat samt avvikelserapportering.

- Nätverksmöten i respektive yrkeskategori
- Nätverksmöten med SESAM, KCSH Kunskapscentrum för sexuell hälsa och socialtjänst
- Arbetsplatsträffar- APT
- Enkätundersökning
- Samverkanmöten med chefer på ungdomsmottagningar
- Regionalt kvalitetsregister – RAPP

Direkta jämförelser mellan ungdomsmottagningen och andra ungdomsmottagningar i landet är dock än så länge svåra att genomföra då det inte finns nationella uppföljningar.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Intern samverkan sker ur ett tvärprofessionellt perspektiv mellan medicinskt och psykosocial personal. Extern samverkan sker med sociala myndigheter, hälso- och sjukvård, skola, barn och ungdoms psykiatri, unga vuxna och vuxen psykiatri, boenden för nyanlända samt polis.

Samverkan avseende läkemedelsanvändning enligt Kloka listan, återkommande dialog kring förskrivning med medicinsk personal och andra vårdgivare.

Verksamheten följer lokala rutiner för uppföljning av avvikelserapporter.

Samverkan för god tillgänglighet sker med barnmorskemottagningar, andra ungdomsmottagningar, gynmottagningar samt SESAM mottagningar.

## **Risicanalys**

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Fortlöpande tvärprofessionellt teamarbete sker för att förebygga och identifiera de situationer/rutiner/processer som kunde ha medfört en avvikelse eller vårdskada.

Enligt föreskriften ska riskanalys göras fortlöpande. Det är särskilt viktigt att alla anställda skall ha en integrerad kunskap om riskanalys och ständigt följa upp och ta med analyserna till arbetsplatsträffarna.

Vid förändringar i verksamheten görs förbyggande bedömningar med noggrann riskanalys så att man inte bygger in farliga, riskfyllda moment i arbetet.

Under 2018 har en riskanalysen uppdaterats, se bilaga 1.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten**

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Genom att säkerställa ett tillåtande arbetsplatsklimat underlättar det för all personal att rapportera avvikelser.

Det är viktigt att säkerställa en god kunskapsnivå hos personalen om betydelsen av och rutiner vid avvikelsehantering. Uppföljning sker kontinuerligt vid arbetsplatsträffarna.

Verksamheten har en avvikelsepärm där avvikelserna inrapporteras av samtlig personal. Avvikelserna analyseras och åtgärdas vid arbetsplatsträffarna.

Vid behov görs Lex Maria anmälningar enligt Socialstyrelsens anvisningar SOFS 2005:28.

# Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

SOFS 2011:9, 5 kap 3§ och 6§

Från och med 1 januari 2018 gäller nya regler för hur patienter och närstående ska göra för att lämna klagomål eller synpunkter på vården. De nya reglerna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående.

Verksamheten kan få ta emot klagomål och synpunkter från

- Ungdomar och anhöriga
- Andra vårdgivare
- De som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter mm

Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. När patienter eller närstående har lämnat ett klagomål bekräftar verksamheten omgående att de tagit emot det, och svara på ärendet inom fyra veckor.

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten direkt eller via tillsynsmyndighet granskas först av chef och diskuteras med berörd personal.

Verksamheten strävar efter ett öppet klimat för att underlätta för målgruppen/ungdomarna att framföra sina synpunkter och klagomål bland annat genom mail och anonymt genom brevlåda för synpunkter samt enkätundersökningar.

Verksamheten tar emot informationen via telefon/mail/brev/enkät och vidtar adekvata åtgärder och tar kontakt med berörda verksamheter/myndigheter/personer.

Förbättringsåtgärder analyseras/genomförs vid arbetsplatsträffarna och nya rutiner skapas samt eventuella avvikelserapporteringar görs.



## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Ungdomen får individuellt anpassad information för att utforma sin vård tillsammans med vårdgivaren som ett led i att öka patientsäkerheten. Detta sker genom vårdplanering utifrån ungdomens specifika behov. Skulle en vårdskada trots allt uppstå informeras ungdomen om detta enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659, 3 kap 8§.

**8 §** *Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om*

- 1. att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,*
- 2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,*
- 3. möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen enligt 7 kap. 10 §,*
- 4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, samt*
- 5. patientnämndernas verksamhet.*

*Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.*

*Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen.*

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Ett mål har varit att utveckla kunskapen om patientsäkerhet. Strategin har varit att ta del av information som finns i ämnet patientsäkerhet.

Ett mål är att ha en hög tillgänglighet. Strategin är att ha adekvata personalresurser. Daglig telefontid med möjlighet att lämna meddelande och bli uppringd senast nästkommande dag. Drop-in för spontana besök, webbtider och kvällsmottagning.

Ett mål är att förebygga vårdskada. Strategin är att ha adekvata personalresurser med hög kompetens. Detta möjliggör ett gott bemötande och leder till en rimlig arbetsbelastning och därmed förebyggs vårdskador.

## Strukturmått

För att uppnå en ökad kunskap om patientsäkerhetsarbetet har vi tagit del av information i ämnet patientsäkerhet.

För att förebygga vårdskador samt att erbjuda en hög tillgänglighet krävs en god arbetsmiljö och för verksamheten välanpassade resurser och rutiner.

### **Processmått**

För att öka kunskapen har vi fördjupat oss i befintlig information i ämnet patientsäkerhet. Risk & händelse analys, Samlat stöd för patientsäkerhet, Socialstyrelsen  
Att styra och leda för ökad patientsäkerhet, SKL.

För att uppnå en hög tillgänglighet i verksamheten har vi haft god tillgänglighet på telefon, uppdaterad hemsida, drop-in tider, adekvata personalresurser, tagit in timanställda vid behov.

För att förebygga vårdskador behövs adekvata personalresurser med hög kompetens och välfungerande rutiner.

### **Resultatmått**

Vi har fortsatt utvecklingsarbetet i patientsäkerhet i samverkan med andra chefer på ungdomsmottagningar i närliggande kommuner.

Enkätresultatet visar en god tillgänglighet och ett gott bemötande.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Under 2019 fortsätter arbetet med att utveckla patientsäkerheten. Under året kommer vi att ta kontakt med andra regioner för att ta del av goda exempel och utveckla arbetet.

Genom att ta del av information och delaktighet om patientsäkerhetsarbetets fortgång ökar vi personalens delaktighet och därmed förebyggs vårdskador.

Beskrivning av risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risk	Åtgärder för att minska/få bort risken	Åtgärder om risken blir en realitet	Ansvarig för åtgärder
Tillgänglighet -bokat, spontan besök samt Drop-in: Risken finns att ingen personal möter upp när man kommer till mottagningen. (Alla är redan upptagna).	5	3	15	Information skall finnas om att ingen finns tillgänglig, utan man får sätta sig i väntrummet tills någon blir ledig.	Anställa en undersköterska eller en receptionist	Samtlig personal, Chefen ansvarar för uppföljning.
Sjukfrånvaro personal:	3	3	9	Fördela arbetet till kollegor. Avboka vid behov.	Ombokning till ny tid.	Den kollega som kan göra bedömning av åtgärdsbehov för ungdomen.
Minskad tillgänglighet vid terminsstart i augusti månad pga utdragen semesterperiod	4	4	16	Anpassa personalresurser efter lokala förutsättningar samt ungdomars behov under semesterperioder.	Omarbeta avtalen med SLL	Chefen
Kommunikation: E-recept, Datahaveri, Telefonhaveri.	3	2	6	Informera om gällande rutiner vid datahaveri m.m	Pappersrecept, pappersjournal. Manuell tidsbokning	Chefen