



Patientsäkerhetsberättelse Elevhälsans medicinska insats Danderyds kommun

2018

Datum 2019-02-05

Utfärdat av verksamhetschef Monika Jädersten

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	12
Sammanställning av avvikelserapporter	13

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Inledning

Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen skrivs enligt SKL mall för patientberättelse och ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Den beskriver hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år. Det kan till exempel handla om att de vårdrelaterade infektionerna har minskat, att vårdgivaren infört tekniska system för att få ned vårdskador eller att insamlingen av data om vårdskador blivit effektivare med hjälp av nya rutiner.

Konkret innebär ett systematiskt patientsäkerhetsarbete:

- att arbeta långsiktigt och systematiskt med olika angreppssätt och metoder
- att det ska finnas en koppling mellan mål, strategier och valda angreppssätt och metoder

Vid ett långsiktigt arbete kan man i resultaten från lokala, regionala och nationella mätningar visa på att resultatens utveckling är en följd av tillämpning av valda angreppssätt och metoder.

Sammanfattning

Målet för 2018 var att fortsatt öka kunskapen om hur ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tidigt identifierar risker samt förebygger vårdskador.

Genom att tydliggöra processer kring patientsäkerhetsarbete blev personal mer medvetna om vikten av att medverka till upprättandet av rutiner och identifiera risker.

Då personalen arbetade mera systematiskt bidrog de till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser som avvikelser. Avvikelser som rapporterades analyserades och åtgärdades på olika nivåer och riktlinjer upprättades där det saknades sådana.

Ett fortlöpande övergripande mål är att kvaliteten och patientsäkerheten ständigt utvecklas. Med stöd av de centralt framtagna kvalitetsmåten för elevhälsans insats blir detta arbete mera systematiserat.

Därigenom kunde även områden som behövde utvecklas identifierades och lokala riktlinjer för hälsoarbetet och egenkontroller utvecklades.

För att ytterligare identifiera risker genomfördes egenkontroller och kollegial kontroll inom områdena journalhantering, dokumentation samt läkemedelshantering. Kontrollerna genomfördes enligt fastställda rutiner samt granskningar av journalloggar vilket medförde att ytterligare avvikelser identifierades och åtgärdades.

Övergripande mål och strategier

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

Målen är att:

- alla elever skall ha en likvärdig nivå gällande tillgänglighet och patientsäkerhet.
- bedriva en god och säker vård i enlighet med skollagen, hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt socialstyrelsens och folkhälsomyndighetens författningar.
- minska risker för vårdskador.
- öka kunskapen om hur ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tidigt identifierar risker samt förebygger vårdskador.

Strategier för att uppnå dessa mål är att jobba med riktlinjer och som en del i att kunna upprätta ett ledningssystem, där rutiner för patientsäkerhetsarbetet blir systematiserat. Det här leder till att vi kan:

- Tillgodose att den personal som arbetar i verksamheten har den kompetens och behörighet som krävs för att god vård kan bedrivas och som tidigt kan identifiera avvikelser och förebygga risker för att avvikelser uppstår.
- Utarbeta riktlinjer och rutiner och systematiskt implementera dessa i verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Danderyds kommun är vårdgivare, produktionsutskottet ansvarar för den skolverksamhet som bedrivs i kommunal regi och är vårdgivarens representant för EMI i kommunens skolor.

Vårdgivaren ansvarar enl HSL§29 för att utse en verksamhetschef som svarar för elevhälsans hälso-och sjukvårdsverksamhet.

Verksamhetschef är Monika Jädersten och har i sitt uppdrag ansvar för att:

- Vara tillsynsmyndighet som elever, föräldrar och personal kan vända sig till när det gäller frågor om verksamheten.
- Upprätthålla, vidmakthålla och utveckla ett kvalitetssystem och ha det samlade ledningsansvaret.
- Säkerställa att sjuksköterskorna och skolläkaren i hälso- och sjukvårdsfrågor följer de regler och riktlinjer som finns.
- Riktlinjer finns för avvikelshantering.

Skolläkaren är anställd under enheten för barn- och elevhälsa, bildningsförvaltningen. Skolläkaren är ansvarig för Lex. Maria anmälningar.

Skolsköterskorna är anställda av rektor på respektive enhet. Rektor ansvarar för att varje skola är bemannad med en skolsköterska i den omfattning som behövs för att fullfölja sitt uppdrag enligt skollag (2010:800).

Om rektor ej bemannar skolan utifrån den omfattning som behövs för att säkerhetsställa patientsäkerhet kan inte verksamhetschefen ansvara för att en god och säker vård i enlighet med skollagen, hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt socialstyrelsens och folkhälsomyndighetens författningar.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har även själv ett yrkesansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (SFS 2010:659).

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av avvikelser och eventuella vårdskador sker kontinuerligt inom enheten. På varje möte finns en stående punkt för avvikelser, åtgärder och rutiner.

Identifikation av händelsen och beslut om hantering gör verksamhetschefen i samråd med skolläkaren, rektorer informeras utifrån bedömning av ärendet.

Hantering sker alltid i samråd med involverad personal, elev/vårdnadshavare enligt Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens och IVOs föreskrifter och riktlinjer.

Utförandet av Lex Maria anmälan gör skolläkaren inom verksamheten. Återkoppling sker alltid med alla inblandade. Uppföljning och utvärdering av ärenden sker löpande med alla inblandade.

Åtgärder för förbättring beslutar verksamhetschef om i samråd med skolläkare samt genomför densamma med uppföljning och utvärdering med personal inom enheten.

Information till verksamhetschef för skola och bildningsdirektör sker vid behov.

Verksamhetschefen och/eller systemadministratören utför loggkontroller i datasystemet 1 gång/månad.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Avvikelse- och vårdskador rapporteras kontinuerligt via intern avvikelseblankett.

Avvikelserna går igenom på EMI-möten, analyseras och åtgärder sätts in samt riktlinjer upprättas om behov finns.

De lokala riktlinjerna granskas årligen i samarbete mellan verksamhetschefen och skolläkaren.

Rutiner utvecklas kontinuerligt utifrån förnyade vägledningsdokument, forskning och övriga behov.

Förändringar i lokala riktlinjer skickas ut digitalt till samtliga skolsköterskor och skolläkare varefter det följs upp muntligt på EMI-möte.

Egenkontroll av läkemedel och kylskåp sker enligt rutin ett antal gånger per termin och kollegial kontroll en gång per läsår.

Behörighetsloggar följs enligt rutiner i det digitala journalsystemet PMO. Skolsköterskor har regelbundna möten med fokus på att utveckla dokumentationen i PMO.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patientsäkerhetsarbetet genomförs kontinuerligt genom att identifiera behov samt se över, upprätta och utveckla våra lokala riktlinjer för hälsoarbetet och egenkontroller.

Genom att använda de centralt framtagna kvalitetsmåten för elevhälsans medicinska insats samt uppkomna behov har vi identifierat områden som behöver utvecklas.

Identifierade utvecklingsområden:

Egenvård i skolan

Dokumentation

Kvalitetssäkring av hälsoenkäter

Likvärdig bedömning av elever med behov av remiss för neuropsykiatrisk utredning

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Kvalitetsrapport-kvalitetssäkring

Handledning-fortbildning

Revidering av metodbok

Medicinsk studie och yrkesvägledning

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan sker tvärprofessionellt på varje skola via elevhälsoteamen, via EMI-möten en gång per månad samt rektorsmöten.

Extern samverkan sker via BUS-samverkansgruppen där deltagare från bland annat BUP, BHV, BUMM, Socialtjänsten och representanter från myndighet och stöd ingår.

Övrig samverkan sker med enskilda aktörer utifrån behov. Under året fortlöpte arbetet med att hitta bra samverkansformer med första linjen psykiatri, BHV, BUP, socialtjänsten och BUMM.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Alla medarbetare gör en avvikelserapport när man bedömer att det finns risk för vårdskada, detta leder till att vi kan införa tydligare rutiner för att förebygga framtida skador.

Avvikelse­rapporterna analyseras utifrån en risk- och händelse­analys med SKLs metodstöd.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Negativa händelser rapporteras som avvikelser och anmäls till verksamhetschefen.

Händelserna analyseras och bedöms utifrån eventuell risk för vårdskada, allvarlighetsgrad i händelsen samt risken för att händelsen ska ske igen.

Beslut om hantering gör verksamhetschefen i samråd med skolläkaren, rektorer informeras vid behov.

Åtgärder för förbättring beslutar verksamhetschef om i samråd med skolläkare samt genomför densamma med uppföljning och utvärdering med personal inom enheten.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål rapporteras direkt till respektive enhet alternativt till verksamhetschefen. Vid klagomål upprättas en avvikelserapport.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Totalt inkom 45 avvikelser som skett inom egen regi och 5 avvikelser uppmärksammades vid utökad journalgranskning. En stor del av avvikelserna kan härledas till att en skola inte haft skolsköterska i den omfattning verksamheten behöver. I övrigt rörde flertalet kontrollelever som ej följts upp samt vaccinationer, sammanställning av avvikelser sid 12.

Där det inte funnits tydliga riktlinjer upprättades nya sådana.

Ingen Lex. Maria anmälan gjordes under 2018.

Samverkan med elever och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Skolsköterskor och skolläkare strävar alltid efter ett samarbete med vårdnadshavarna. Utifrån elevens ålder och mognad involveras alltid eleven.

Vid skolstart i grundskolan, gymnasiet åk 1 samt till nyinskrivna elever lämnas skriftligen information om EMI:s kontaktuppgifter till vårdnadshavare/elever.

Inför vaccinering inhämtas skriftligt godkännande från vårdnadshavarna.

Elever som fyllt 16 år som själv får bedöma om hen önskar vaccineras då det vid denna ålder skall tas hänsyn till barnets vilja utifrån 6 kap. 11§ föräldrabalken (1949:381).

Inför hälsobesöken i förskoleklass, åk 4 och åk 7/8 lämnas information ut samt skriftlig information på hälsoblankett inhämtas.

Vid sjukdom, skada eller symtom strävar skolsköterskan efter att lämna information utifrån ålder och mognad till eleven och kontaktar vårdnadshavare vid behov.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål:

Likvärdig nivå gällande tillgänglighet och patientsäkerhet

Resultat:

Detta mål uppnåddes inte då varje rektor styr över sin egen inre organisation och själv avgör i vilken utsträckning hen anställer skolsköterska.

Mål:

Öka kunskapen om hur ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tidigt identifierar risker samt förebygger vårdskador.

Resultat:

Verksamheten hade en fortsatt avvikelserapportering, identifierade utvecklingsområden och tog fram tydligare riktlinjer inom vissa områden samt påbörjade arbetet med tydliga riktlinjer inom andra områden.

Mål:

Kvalitetssäkra EMI med stöd av de centralt framtagna kvalitetsmåten för elevhälsans medicinska insats.

Resultat:

Identifierat områdena verksamhetsansvar, personalresurser, lokal och utrustning samt verksamhetens arbete i den samlade elevhälsan där fortsatt arbete bör fortgå i samverkan med rektorer och skolchef.

Mål

Införa en kvalitetsrapport som redovisas till respektive enhet vid läsårets slut. Kvalitetsrapporten möjliggör för rektorerna att få vetskap om respektive enhet fullföljt sitt ansvar gällande skollagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Resultat/bedömning:

En kvalitetsrapport upprättades och prövades första gången vid läsårets slut. Den innehöll statistik över hälsodata, hälsobesök, vaccinationer och övriga åtgärder. Då flera delar bygger på dokumentation i journalsystemet behöver den fortsatt utvecklas inför nästkommande år.

Mål:

Kontinuerlig avvikelserapportering.

Resultat:

Verksamheten arbetade aktivt med avvikelshantering för att identifiera och åtgärda eventuella risker. Vid varje gemensamt möte togs inkomna avvikelserapporter upp till diskussion i gruppen. Genomgång av gällande regler och rutiner samt rutinförändringar skedde kontinuerligt.

Mål:

Dokumentation, upprätta tydliga gemensamma riktlinjer utifrån behovsinventering.

Resultat:

Arbetet fortskred under året och bland annat upprättades checklistor för ökad egenkontroll i samband med in och utflytt av elever samt vid hälsobesöken. Dokumentationsriktlinjer är ett ständigt utvecklingsarbete som kommer att fortlöpa för att öka kvaliteten och patientsäkerheten.

Mål:

Utveckla den lokala metodboken samt att implementera förändringar i verksamheten.

Resultat:

Alla förändringar i riktlinjerna mejlades ut till samtliga medarbetare samt granskades och diskuterades muntligt på EMI-möten.

Metodboken utvecklades inom flera områden där behov identifierats i verksamheten eller via avvikelser.

Mål:

Vägledningsdokument för Medicinsk studie och yrkesvägledning

Resultat:

Lokala riktlinjer togs fram och ett arbete med att implementera dessa påbörjades.

Mål:

Upprätta lokala riktlinjer för Egenvård i skolan.

Resultat:

Arbetet med att få tydlighet i ansvaret och god dokumentation för elever med behov av egenvård påbörjades.

Mål:

Kvalitetssäkra och återrapportera hälsoenkäterna så de kan användas i arbetet med att utveckla det främjande och förebyggande arbetet.

Resultat:

Riktlinjer har togs fram för att kunna återrapportera data på klass, skol- och huvudmannanivå.

Mål:

Kartlägga om alla elever får en likvärdig bedömning samt möjlighet till remittering för neuropsykiatrisk utredning.

Resultat:

Sammanställning av parametrar för elever som remitteras för neuropsykiatrisk utredning för att möjliggöra jämförelser över tid och mellan områden fortlöpte. Antalet remisser för neuropsykiatrisk utredning ökade under de senaste två åren ökat med 70 %. Det fanns en stor skillnad mellan skolorna i antalet remisser som skickades.

Det finns många faktorer som kan ligga till grund för detta och en djupare analys behövs.

Mål:

Skolkolsköterskor, skolläkaren och verksamhetschef för EMI skall få möjlighet att gå på de yrkesspecifika kompetensdagarna samt få professionell handledning.

Resultat:

Under föregående år var verksamhetschefen på ledningsdagarna och skol-läkaren på skolläkardagarna samt ledningsdagarna. Flera skolsköterskor gick på skolsköterskedagarna samt ytterligare utbildningar utifrån behov. De skolsköterskor som önskade fick professionell handledning via enheten för barn- och elevhälsan.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi behöver kontinuerligt identifiera, utveckla och utvärdera vårt arbete för att tidigt identifiera risker i verksamheten.

För att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete behöver ett ledningssystem upprättas vilket ger en struktur för att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.

Målet för 2019 är att fortsätta med ett strukturerat patientsäkerhetsarbete. För att nå dit planeras följande åtgärder att genomföras:

Upprätta ett ledningssystem som möjliggör att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

Kontinuerlig förnya metodboken utifrån nationella riktlinjer och lokala behov.

Fortsätta med det systematiska kvalitetsarbetet med hjälp av kvalitetsmål för elevhälsans medicinska insats.

Fortsätta säkerhetsställa att alla har den kompetens och får den fortbildning som behövs för att bedriva god och säker vård.

Upprätta system för egenkontroll av enheternas basprogram, kvalitetssäkring samt utbildningsbehov.

Fortsätta att utveckla områdena:

Dokumentation

Rutiner för avvikelshantering, riskanalys och händelseanalys.

Egenvård i skolan

Likvärdig bedömning av utredningsbehov vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Sammanställning av avvikelserapporter

Avvikelse	Orsak	Åtgärd
Kontrollelever		
6 elever på som bedömts vara kontrollelever pga av avvikelse vid hälsokontroll har ej följts upp.	Eleverna har inte satts upp på väntelista enligt gällande rutin.	Uppmärksammat detta på EMI-möte och påmint om att skolsköterska/skolläkare har ett eget yrkesansvar att följa riktlinjerna. Tydliggöra att alla elever ska sättas på väntelista om något avviker. Detta är av stor vikt för patientsäkerheten och blir extra sårbart då personal slutar eller blir sjuk. Tydliga riktlinjer finns.
27 elever som tidigare bedöms som kontrollelever på en enskild skola har inte följts upp.	Skolan har saknat skolsköterska under en längre tid då det varit problem att rekrytera.	Informerat rektor om detta. Samtliga vårdnadshavare är kontaktade och informerade om detta. De som önskat har erbjudits tid på annan skola vilket endast ett fåtal önskat. Riktlinjer kring hur likande situationer ska mötas i framtiden behöver upprättas tillsammans med rektorer för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef EMI och rektor.
Hälsokontroller		
3 elever där det saknas information om genomförda hälsokontroller.	Elever har inte blivit undersökta alternativt har dokumentation missats.	Uppmärksammat detta på EMI-möte och påmint om att skolsköterska/skolläkare har ett eget yrkesansvar att följa riktlinjerna. Rutiner finns för att detta inte ska ske.
Vaccination		
Saknades information om 1 vaccination av elev i förskoleklass utförts.	Vaccinationen blev inte ordinerad eller dokumenterad vid skolläkarbesöket.	Skolsköterskan kontaktade vårdnadshavarna som kunde bekräfta att eleven blivit vaccinerad trots att dokumentation saknades. Vaccinationen journalfördes i efterhand.

Felaktiga vaccinationsuppgifter överförda från pappersjournal till datajournal.	Fel datum inskriva vid manuell överföring.	Tidigare vaccinationsuppgifter skannas in, rutiner finns för detta.
Dubbel dos av vaccin registrerad i journalen.	Fel inskrivning vid genomförande. Inte följt rutinerna vid vaccineringen vilket lett till otydlig fördelning av arbetsuppgifter vid vaccinering.	Raderar felaktig vaccination efter kontroll med ansvarig skolsköterska. Rutiner vid vaccinering finns.
Dokumentation		
Saknas information på 2 elever om huruvida inkommen journal granskats. Eleverna har inte följts upp vid stadiabyte.	Otydliga riktlinjer kring hantering vid inkommande journal.	Upprättat riktlinjer samt checklista vid journalgranskning.
Administration		
3 journaler har inte kommit fram till rekvirerande skola.		Sett över lagrummet kring hur man får skicka journaler. Riktlinjer kring när och hur man måste skicka rekommenderade brev har upprättats. Kontakt sker med datajournalsleverantör för att få möjlighet att skicka elektroniska journaler.
Journal saknas på elev där det är dokumenterat att det inkommit pappersjournal.		Rekommendationer finns att skanna alla inkomna journaler.

Externa avvikelser:

5 avvikelser har uppmärksammats som skett hos annan vårdgivare. I samtliga fall har tidigare vårdgivare informerats.

Avvikelserna som uppmärksammats har framför allt rört vaccinationer, brits på dokumentation och kontrollelever som inte följts upp.

På alla elever man uppmärksammat har avvikelserna följts upp.