



# Patientsäkerhetsberättelse

RGRH Stockholm

2022

Datum och ansvarig för innehållet

2022-12-29

Maria Magnerius, verksamhetschef

Hamid Firozan, MAR

---

---

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet .....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	7
Klagomål och synpunkter .....	8
Egenkontroll .....	8
<b>PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN .....</b>	<b>9</b>
Risikanalys .....	9
Utredning av händelser - vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>10</b>
Egenkontroll .....	10
Risikanalys .....	12
Händelser och vårdskador .....	12
<b>MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>12</b>

---

## Sammanfattning

Av de tre långsiktiga mål som satts upp för verksamheten uppnåddes målsättningen gällande de strategiska insatser som skulle genomföras under året. Då målen är långsiktiga så kommer de att kvarstå även under kommande år.

Under det gångna året har RGRH Stockholm arbetat med patientsäkerhet genom att löpande uppdatera rutiner och fortsätta kartlägga processer. Gruppen har tillsammans påbörjat ett arbete med att bryta ner processer i processteg och kartlägga vilka rutiner som tillhör vilken process. Ledningssystemet har uppdaterats med information om den nya organisationen som trädde i kraft i augusti 2020, mer ingående beskriven under organisation och ansvar. Diskussioner kring styrande dokument och processer har under det gångna året förts i samband med APT och planeringsdag. Arbetet med att implementera dessa styrande dokument är att betrakta som långsiktiga målsättningar och kvarstår därför. Under 2022 har Habiliteringen fått en ny gruppchef som även är MAR.

Utöver detta så har det tydliggjorts för patienter och vårdnadshavare/anhöriga hur de lämnar klagomål och synpunkter till verksamheten. Detta har gjorts genom att information och länk har lagts in på habiliteringens sida på skolplattformen. Det går nu att kontakta både verksamhetschef och gruppchef vid synpunkter och klagomål. Diskussioner har förts om att arbeta vidare gällande olika kontaktvägar för avvikelser och synpunkter på hemsida då vi har fått klartecken att strukturera om sidan. Detta innebär att länken till IVO och Patientnämnden kommer att stå på sidan. Detta mål beräknas att bli klart under början av nästa år.

## Inledning

### **RGRH Stockholm**

Riksgymnasiet för Rörelsehindrade (RGRH) i Stockholm är ett av fyra riksgymnasier för rörelsehindrade i Sverige. Ungdomar som på grund av omfattande rörelsenedsättning behöver anpassad undervisning och habilitering på skoltid, och i vissa fall boende och omvårdnad i boendet, kan söka till riksgymnasium med RH-anpassad utbildning.

Specialpedagogiska Skolmyndigheten (SPSM) har hand om antagningsförfarandet till riksgymnasierna och hanterar statligt stöd gällande habilitering och elevhem. Varje år upprättas en överenskommelse mellan SPSM och Stockholms Stad. Det övergripande målet är ett riksgymnasium som erbjuder skola och habilitering. För elever med långa resor erbjuds elevboende.

---

## Habilitering

Ett av kriterierna för att antas till RGRH är att ha behov av habilitering under skoltid. Med habilitering avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvat skada/sjukdom, genom planerad och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde. Habilitering är målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och av teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Habiliteringen vid RGRH Stockholm består av fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, logoped, psykologer och en gruppchef. Verksamheten har en annan omfattning, ett vidare uppdrag och andra uppgifter än de som anges för elevhälsan. Det stöd i form av habilitering som ska erbjudas syftar till att skapa god funktionsförmåga relaterat till patientens hela livssituation, även utanför skolan; på fritiden och i hemmet (d v s dygnets alla aktiviteter). I första hand arbetar habiliteringen på uppdrag av patienten. Arbetsuppgifterna innefattar utredning och behandling samt genomförande av habiliteringsinsatser baserade på även andra behov av stöd än de som relaterar till utbildningen.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål gällande patientsäkerhetsarbetet är att skapa en patientsäker verksamhet med god kvalitet. Strategier för att utveckla och säkra kvalitet och patientsäkerhet är att arbeta med egenkontroller, mål och strategier enligt nedan;

#### Arbete med ledningssystem

Fortsatt arbete med implementering av lokala rutiner samt kvalitets- och ledningssystem praktiskt i verksamheten samt vid behov kontinuerlig uppdatering av dessa.

#### Utveckla samarbete med skolhälsan

Vi har blivit klar med utveckling av samarbete med Elevhälsan och fördelning av roller och uppgifter under år 2022. Det finns nu en tydlig rutin kring detta samarbete och alla berörda personal är informerade.

#### Tydliggöra information gällande klagomål och synpunkter

Fortsatt arbete med att tydliggöra information till patienter/vårdhavare/anhöriga gällande hur man lämnar klagomål och synpunkter till verksamheten. Detta arbete pågår då vi har fått klartecken att strukturera om hemsidan.

---

## Organisation och ansvar

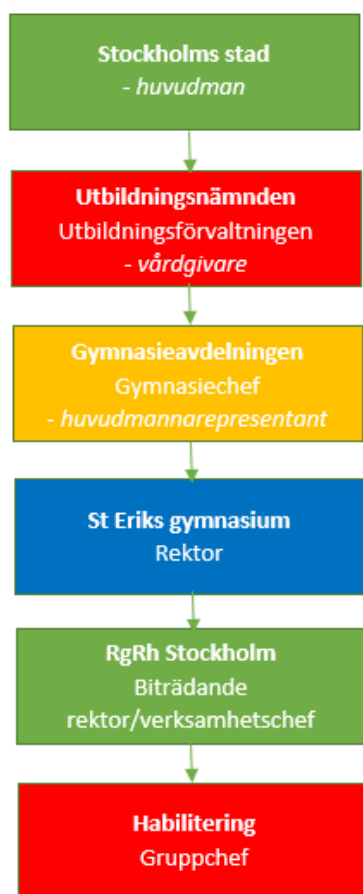
*SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

Stockholms stad är habiliteringens huvudman enligt avtal mellan staden och staten. Då habiliteringen är en del av ett gymnasium, är det gymnasiechefen för aktuellt gymnasieområde som är huvudmannarepresentant och utbildningsnämnden är således vårdgivare. I augusti 2020 trädde en organisationsförändring i kraft. Verksamhetschef utgörs av biträdande rektor som har verksamhetschefsansvaret för RGRH:s alla verksamhetsdelar och en gruppchef är närmaste chef för medarbetarna i habiliteringen.

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten men har delegerat det medicinska ledningsansvaret till gruppchef för habiliteringen. Gruppchefen på habiliteringen har legitimation som åsyftas i 11 kap. 4 § HSL för att kunna fullgöra uppdraget som MAR. Gruppchef är således medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, och har på delegation från verksamhetschefen det medicinska ledningsansvaret.

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.

Patientavvikelser utreds och hanteras av gruppchefen. Verksamhetschefen ansvarar för anmälan enligt Lex Maria.



Figur 1. Organisering av patientsäkerheten inom utbildningsförvaltningen

## 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 risker eller eventuella vårdskador. Gruppchef/MAR medverkar alltid vid arbetslagsmöte. Samtliga inom habiliteringen har tillgång till minnesanteckningar från dessa möten.
- Majoriteten av habiliteringens patienter har samtidig kontakt med flera yrkeskategorier inom habiliteringen. Vid behov finns det möjlighet varje vecka för teamet runt en specifik patient att samverka. Det finns även möjlighet till team-möte ytterligare en tid per vecka vid behov. Under en termin tas samtliga patienter upp för genomgång av patientens team. Gruppchef /MAR medverkar vid behov vid dessa team-möten.
- Kontinuerlig dialog om arbetssätt och rutiner förs av samtlig personal tillsammans med Gruppchef/MAR.
- Gruppchef/MAR har fortlöpande möten med verksamhetschef.

---

## Extern samverkan

- I aktuella fall samverkar personal från habiliteringen med andra vårdgivare som patienten haft/har kontakt med. Detta sker efter inhämtande av medgivande från patient och/eller vårdnadshavare. Exempel då samverkan sker är vid övertagande av habiliteringsansvar, förskrivning av hjälpmedel samt vid tillfällen då patienten får tillfällig vård av annan vårdgivare, t ex vid operationer.
- Habiliteringen samverkar också med övriga verksamheter vid RGRH Stockholm, såsom lärare, elevassistenter och elevhem för att handleda och instruera gällande elevernas hjälpmedel och träning, för att utreda behov av hjälpmedel i skola och elevhem och för att samordna insatser till eleverna. Nya mötesstrukturer har under 2022 upparbetats.
- Habiliteringen och elevhälsoteamet har samverkansmöten vid behov varje vecka enligt våra nya rutiner.
- I förekommande fall samverkar habiliteringen även med socialtjänst, anhöriga och andra skolor.
- Vid behov medverkar habiliteringens medarbetare vid läkarbesök då den aktuella kompetensen efterfrågas.
- Samverkan med vuxenhabiliteringen i Huddinge sker årligen. Samverkan skedde 2022-10-04 och är inplanerat till 2023-04-18.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

I första hand arbetar habiliteringen på uppdrag av patienten (eleven). Det innebär att patientens behov och önskemål är i fokus vid all kontakt och behandling. Samtliga patienter erbjuds att delta vid vårdplanering varje läsår för att upprätta en vårdplan (även kallad habiliteringsplan). Om patienten är under 18 år inbjuds även vårdnadshavare. Om patienten är över 18 år inbjuds anhöriga om patienten önskar detta.

Vid upptäckt av risk eller fall av vårdskada informeras patienten och vårdnadshavare i aktuella fall, om att avvikelser görs och detta dokumenteras i patientens journal.

Patient och i förekommande fall vårdnadshavare och/eller anhöriga uppmuntras att i första hand vända sig till behandlare och/eller gruppchef för klagomål och synpunkter gällande sin vård. Patient informeras även om möjligheten att vända sig till Patientnämnden samt att tillsynsmyndighet för habiliteringen är IVO.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Den medarbetare vid habiliteringen, som uppmärksammar/blir uppmärksam på risk, tillbud eller olycksfall i habiliteringens verksamhet, ska dokumentera detta i särskild avsedd blankett och lämna till gruppchef. Om

---

osäkerhet råder om huruvida en händelse ska dokumenteras som en patientavvikelse, ska medarbetaren rådgöra med gruppchef.

I den särskilt avsedda blanketten beskriver personalen vad som hänt och ger förslag på åtgärder.

Gruppchefen gör en utredning/analys av avvikelsen i tillsammans med relevant personal vid habiliteringen och dokumenterar detta i särskild avsedd blankett. Gruppchefen dokumenterar då konsekvensen av händelsen, sannolikheten att det inträffar igen, samt tar beslut om eventuella ytterligare åtgärder och huruvida uppföljning bör ske.

Gruppchef har fortlöpande möten med verksamhetschef för att informera om i verksamheten uppkomna avvikelser då verksamhetschef har det samlade ansvaret för verksamheten.

Avvikelser sparas och förvaras i låst utrymme och sammanställs per kalenderår.

## Klagomål och synpunkter

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

Patient och i förekommande fall vårdnadshavare och/eller anhöriga uppmuntras att i första hand vända sig till behandlare och/eller gruppchef för klagomål och synpunkter gällande sin vård. Det har även gått att kontakta verksamhetschef vid synpunkter och klagomål. Patient informeras även om möjligheten att vända sig till Patientnämnden samt att tillsynsmyndighet för habiliteringen är IVO.

Vid de tillfällena anhöriga/vårdnadshavare och/eller elever hört av sig direkt till gruppchef, har gruppchefen dokumenterat och utrett ärendet tillsammans med relevant personal. Vid dokumentationen skrivs minnesanteckningar gällande klagomålet samt gällande efterföljande beslut om åtgärder och uppföljning. Patient och i förekommande fall vårdnadshavare/anhörig har informerats om förfarandet och fortlöpande fått information av gruppchef alternativt involverad personal.

Återkoppling till förvaltningsnivå sker årligen via patientsäkerhetsberättelse.

## Egenkontroll

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

De egenkontroller som genomförs enligt rutin presenteras i tabell nedan;



---

## Egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Patientavvikelser	Fortlöpande under året	Skriftligt på särskild avsedd blankett enligt lokal rutin
Patientens klagomål och synpunkter	Fortlöpande under året	Skriftligt på särskild avsedd blankett enligt lokal rutin
Veckomöten under ledning av gruppchef/MAR	En gång/vecka	Minnesanteckningar
Loggkontroller	Löpande	Protokoll
Journalgranskning	Löpande	Protokoll

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom tätt samarbete mellan verksamhetschef, gruppchef och medarbetarna på Habiliteringen. Åtgärder som fortsatt utvecklats under 2022:

- Uppdatering av lokala rutiner
- Processkartläggning
- Uppdatering av kvalitets- och ledningssystem.
- Ökade samarbetsytor med övriga enheter vid RGRH Stockholm, ex nya gemensamma mötesstrukturer.
- Implementering av händelseanalys som utredningsmetod vid utredning av avvikelser
- Professionsspecifik handledning
- Grupphandledning i syfte att optimera teamarbetet

## Riskanalys

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

Riskanalyser har skett fortlöpande utifrån de tre avvikelser som inkommit. Två avvikelser under 2022 har handlat om felskick av information. Enligt en av avvikelserna har felskick gjorts vid upprepande tillfällen men det har bedömts att dessa inte utgör risk för patienten. De två övriga avvikelserna har inte heller bedömts utgöra risk för patienterna. Då detta hänt vid enstaka tillfällen utgör det ingen risk för patienterna.

---

## Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året har tre avvikelser rapporterats. Inga vårdskador har inträffat under verksamhetsåret. En samlad analys av händelser redovisas under rubriken resultat och analys.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Behörighet till journalsystemet kan endast beställas av gruppchef. All inloggning sker med säker autentisering. Informationssäkerhet samt utbildning gällande journalsystem ingår i introduktion av nyanställd personal.

Under 2022 har vi blivit klara med övergång till nytt journalsystem Prorenata. Det pågår ständiga förbättringar kring det nya journalsystemet. Habiliteringen har en grupp ur personalen som arbetar med förbättringar av strukturen för att den ska passa verksamheten.

Granskning av habiliteringspersonalens journalföring ska göras av gruppchef där det säkerställts att basala uppgifter om patienten finns med, att relevanta bedömningar har gjorts och att habiliteringsplan har upprättats. Detta görs fortlöpande.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Egenkontroll

*Avvikelsehantering*

Avvikelser registreras och analyseras. Händelseanalyser har initierats av gruppchef/MAR. Avvikelserna utgör en viktig del i kvalitets- och förbättringsarbetet. Under början av året var en tillförordnad MAR innan en ny gruppchef/MAR tillträde 14 mars 2022.

Riskanalyser har skett fortlöpande utifrån de tre avvikelser som inkommit. Två avvikelser under 2022 har handlat om felskick av information. Då detta hänt vid enstaka tillfällen utgör det ingen risk för patienten.

Under året har tre avvikelser rapporterats. Inga vårdskador har inträffat under verksamhetsåret. En samlad analys av händelser redovisas under rubriken resultat och analys.

*Hantering av synpunkter och klagomål*

Synpunkter och klagomål hanteras av berörda och återspeglas till den som framfört synpunkten/klagomålet samt till gruppen i syfte att dra lärdom.

---

Information om synpunkter och klagomål har lagts in på Habiliteringens sida på Skolplattformen. Det har även gått att kontakta verksamhetschef och gruppchef vid synpunkter och klagomål.

#### *Möten*

Arbetslagsmöten under ledning av gruppchef har hållits en gång per vecka under 2022 och APT, arbetsplatsträff, har skett månadsvis.

#### *Loggkontroll*

Genom loggkontroll i journalsystemet Prorenata granskas att patienternas integritet säkerställs samt att regelverket efterlevs och ingen otillbörlig användning av systemet. Loggkontroller skall göras slumpmässigt och kontinuerligt och samtlig personal skall under ett kalenderår ha innefattats i loggkontrollen vid minst ett tillfälle. Loggkontroller utfördes av gruppchef/MAR i början och slutet av året utan anmärkning.

#### *Journalgranskning*

Journalgranskning i syfte att säkerställa att basala uppgifter om patienten finns med, att relevanta bedömningar har gjorts och att habiliteringsplan har upprättats. Utöver detta granskas dokumentationens struktur för att tillse att dokumentationen håller god kvalitet. Granskningen bidrar till patientsäkerhetsarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet. Granskningen har utförts av gruppchef/MAR.

## **Synpunkter och klagomål**

Under 2022 har inga synpunkter eller klagomål inkommit till habiliteringen.

## **Samlat resultat och analys avseende målsättningar för 2022**

<b>Mål</b>	<b>Strategier</b>	<b>Åtgärd</b>	<b>Resultat</b>	<b>Analys</b>
Implementering av rutiner samt kvalitets- och ledningssystem samt vid behov uppdatering av dessa	Gruppchef ansvarar för detta	Diskussion i samband med APT samt arbete kring detta på planeringsdag	Rutiner har uppdaterats. Processer har analyserats och brutits ner i olika processteg och arbetet är slutfört.	Arbetet under året har förlöpt väl och arbetet med att implementera dessa styrande dokument är att betrakta som långsiktiga.

Tydliggöra information gällande klagomål och synpunkter	Gruppchef ansvarar för detta.	Information gällande synpunkter och klagomål har lagts in på habiliteringens sida på Skolplattformen. Det har även gått att kontakta verksamhetschef/gruppchef. Medarbetarna upplyser patienterna och vårdnadshavare om var de ska vända sig med synpunkter och klagomål	Inga synpunkter har inkommit	Information och kontaktvägar kan ytterligare förbättras. Har också diskuterat vikten av att formalisera inkomna synpunkter och klagomål och hantera dessa enligt rutin så att de kan utgöra en bas i det fortsatta systematiska patientsäkerhetsarbetet.
Ökat samarbete med Skolhälstan.	Gruppchef och verksamhetschef ansvarar för detta	Skolsköterskan och SYV är regelbundet på plats på RGRH.  Ett arbete kring att tydliggöra roller i EHT har slutförts.  Habiliteringen har kartlagt EHT-processen	Skolsköterska och SYV är regelbundet på plats på RGRH.  Ett arbete med att förtydliga roller i EHT har slutförts.	Skolsköterskan och SYV:s närvaro på RGRH är mycket positivt och bidrar till att öka kvaliteten för eleverna.
Uppdatera kvalitets- och ledningssystem.	Gruppchef ansvarar för detta.	Kvalitets- och ledningssystemet har tagits i nämnd.	Ledningssystemet är fortsatt samma som det som trädde i kraft i augusti 2020.	Arbete med implementering är långsiktigt och planeras att fortsätta kommande år.

## Risakanalys

Habiliteringens storlek vid RGRH Stockholm, beror på elevantalet. Enligt kvalitetskrav från Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) ska habiliteringen ha 0,36 årsarbetare/elev. Även under det senaste året har elevantalet vid RGRH ökat, vilket har medfört att personal har rekryterats. Ökat elev- och personalantal gör att lokalbehovet förändras.

Habiliteringstider bokas in med eleverna då de har luckor i schemat. Många elever har luckor i schemat samtidigt, vilket innebär att det under vissa tider finns behov av fler behandlingsrum. Lokalbehovet och optimerandet av lokalanvändandet behöver fortsättas 2023.

## Händelser och vårdskador

Av de tre avvikelser som rapporterats under året kan verksamheten inte dra några gemensamma slutsatser då de är för få och för olika. Allvarlighetsgraden är låg och inga vårdskador har inträffat i verksamheten.

## Mål och strategier för kommande år

Det övergripande målet är att habiliteringens insatser fortsatt ska utföras och dokumenteras enligt gällande rutiner och lagar, för att säkerställa att insatserna går att följa och att de upprätthåller en hög kvalitet och patientsäkerhet.

**Mål:** Tillse att de olika verksamhetsgrenarnas insatser är mer i synk med varandra. Detta i syfte att öka patientnyttan och optimera användandet av

---

verksamhetens resurser

**Strategi:** Under året har vi använt de nya mötesstrukturerna samt att utvärderingen har gjorts klart under vårterminen 2022.

**Mål:** Säkerställa att lokala rutiner samt kvalitets- och ledningssystem fortsätter användas praktiskt i verksamheten samt vid behov kontinuerlig uppdatering av dessa.

**Strategi:** Fortsätta medvetandegöra styrande dokument för medarbetare, genom bl a diskussioner vid APT och planeringsdagar. Fortsatt arbete med att bryta ner processer och kartlägga vilka rutiner som hör till vilken process

**Mål:** Fortsatt arbete med att tydliggöra information och kontaktvägar gällande klagomål och synpunkter till patienter/vårdhavare/anhöriga.

**Strategi:** Tydlig information på Skolplattformen. Detta är även under process på RGRH:s hemsida.

**Mål:** Arbetet kring samarbete med Elevhälsan har slutförts och det finns tydliga rutiner kring detta.

**Strategi:** Enligt fastställd strategi som har förankrats i verksamheten.

Habiliteringen kallas/kallar sig vid enskilda elevärenden. EHT fattar beslut om ansvarig för åtgärden samt återkoppling till berörda. Uppföljning sker på nästkommande EHT. Återkoppling till berörd personal sker via respektive arbetslagsledare/gruppchef.