



Patientsäkerhetsberättelse

RgRh Stockholm

2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-01-13

Kaisa Lilja, verksamhetschef

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 3 |
| Inledning | 4 |
| STRUKTUR | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 5 |
| 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 | 8 |
| Informationssäkerhet | 8 |
| RESULTAT OCH ANALYS | 9 |
| Egenkontroll | 9 |
| Avvikelser | 9 |
| Klagomål och synpunkter | 10 |
| Händelser och vårdskador | 10 |
| Riskanalys | 10 |
| Mål och strategier för kommande år | 11 |

Sammanfattning

Under året som gått har RgRh Stockholm haft som mål att göra verksamheten så patientsäker som möjligt genom att uppdatera rutiner och riktlinjer för personalen, tydliggöra för patienter och vårdnadshavare/anhöriga hur de går tillväga gällande klagomål och synpunkter och utarbeta kvalitets- och ledningssystem för verksamheten.

En uppdaterad rutin och blankett för patientavvikelser har implementerats. Muntlig och skriftlig information gällande klagomål och synpunkter från patienter har förtydligats för patienter, vårdnadshavare och anhöriga. Ett kvalitets- och ledningssystem har utarbetats.

Således har RgRh Stockholm organisatoriskt blivit mer patient- och kvalitets-säker; det är säkerställt att RgRh Stockholm följer gällande lagstiftning och det finns lokala rutiner och riktlinjer för medarbetare att följa.

Under kommande år behöver det vara ett fortsatt arbete att implementera dessa organisatoriskt viktiga dokument i verksamheten.

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, 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. Med habilitering avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad 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 och psykologer. 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 så patient-säker verksamhet som möjligt. Strategier för att utveckla och säkra kvalitet och patientsäkerhet är

- fortsatt implementering av rutin för patientavvikelser, för att kunna identifiera potentiella risker i verksamheten och metodiskt utvärdera och minimera vårdskador och incidenter,
- att implementera uppdaterade rutiner och riktlinjer för patientarbetet och,
- implementera uppdaterat kvalitets- och ledningssystem.

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 område som är huvudmannarepresentant och utbildningsnämnden är således vårdgivare. Verksamhetschef för habiliteringen har det samlade ansvaret för verksamheten. I det fall verksamhetschefen innehar en legitimation är denne även s k MAR (Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering). I dagsläget är verksamhetschefen legitimerad och således även medicinskt ansvarig.

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 hanteras av verksamhetschefen, som även har ansvar för anmälan enligt Lex Maria.

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. Verksamhetschef/MAR medverkar alltid. Samtliga inom habiliteringen har tillgång till minnesanteckningar från dessa möten.
- Majoriteten av habiliteringens patienter har samtidig kontakt med flera yrkeskompetenser inom habiliteringen. Vid behov finns det möjlighet varje vecka för teamet runt en specifik patient att samverka. Under en termin tas samtliga patienter upp för genomgång av patientens team. Verksamhetschef /MAR medverkar vid behov vid dessa team.

-
- Kontinuerlig dialog om arbetssätt och rutiner förs av samtlig personal tillsammans med verksamhetschef/MAR.

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.
- Habiliteringen och elevhälsoteamet har samverkansmöten varannan vecka.
- I förekommande fall samverkar habiliteringen även med socialtjänst, anhöriga och andra skolor.

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 avvikelse 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 verksamhetschef 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 verksamhetschef. Om osäkerhet råder om huruvida en händelse ska dokumenteras som en patientavvikelse, ska medarbetaren rådgöra med verksamhetschef.

I den särskilt avsedda blanketten beskriver personalen vad som hänt och ger

förslag på åtgärder.

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

Avvikelse 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 verksamhetschef för klagomål och synpunkter gällande sin vård. Patient informeras även om möjligheten att vända sig till Patientnämnden samt att tillsynsmyndighet för rehabiliteringen är IVO.

Vid de tillfällen anhöriga/vårdnadshavare och/eller elever hört av sig direkt till verksamhetschef, har verksamhetschefen dokumenterat och utrett ärendet. 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 verksamhetschefen. Relevant/berörd personal har också informerats.

Egenkontroll

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

| Egenkontroll | Omfattning | Källa |
|---|------------------------|---|
| Patientavvikelser | Fortlöpande under året | Skriftligt på särskild avsedd blankett enligt lokal rutin |
| Veckomöten under ledning av verksamhetschef/MAR | En gång/vecka | Minnesanteckningar |
| Patientens klagomål och synpunkter | Fortlöpande under året | Minnesanteckningar som förvaras i särskilt utrymme |

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Habiliteringen vid RgRh har under 2019 vidtagit följande åtgärder för att öka patientsäkerheten:

- Uppdaterad rutin och blankett gällande patientavvikelser har implementerats av personal.
- Uppdatering av lokala rutiner och riktlinjer gällande patientarbetet.
- Uppdatering av kvalitets- och ledningssystem.
- Ökade samarbetsytor med övriga enheter vid RgRh Stockholm.

Risakanalys

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

Risakanalys har skett fortlöpande utifrån de avvikelser som inkommit. De risker som identifierats i verksamheten är gällande felaktiga kontaktuppgifter i journalsystemet PMO samt gällande bristfällig vård vid personalbrist.

Utredning av händelser - vårdskador

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

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 verksamhetschef. All inloggning sker med säker autentisering. Informationssäkerhet samt utbildning gällande journalsystem ingår i introduktion av nyanställd personal. Samarbete med elevhälsan sker gällande journalsystemet.

Då habiliteringens verksamhet skiljer sig från elevhälsans, behöver habiliteringen ha särskilda mallar/sökord i journalsystemet PMO. Dessa har utarbetats i samarbete med Skolhälsan och habiliteringen har en grupp ur personalen, som regelbundet arbetar med att förbättra/uppdatera habiliteringens användning av PMO.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

| Mål | Strategier | Åtgärd | Resultat | Analys |
|--|--|---|--|---|
| Förbättra samverkan mellan olika arbetsgrupper vid RgRh. | Utöka formella samarbetsytor. Dokumentera rutiner. | Elevgenomgångar. Dokumenterad rutin för samordningsplaneringar. Regelbundna möten med elevhemmet. | Samtliga elever har erbjudits samordningsplaneringar. Förbättrat samarbete med elevhem. | Olika arbetsgrupper har olika uppdrag, vilket kan göra samarbete utmanande. |
| Uppdatera rutindokument. | Verksamhetschef ansvarar för detta. | Samtliga lokala rutindokument uppdaterade. Habiliteringspersonal informerad. | Ökad kvalitet och patientsäkerhet. | Arbete med att implementera rutinerna behöver fortgå. |
| Uppdatera kvalitets- och ledningssystem. | Verksamhetschef ansvarar för detta. | Kvalitets- och ledningssystemet är uppdaterat och ska tas i nämnden i februari 2020. | Kvaliteten och patientsäkerheten förbättras. | Arbete med att implementering behöver påbörjas. |
| Ökat samarbete med Skolhälсан. | Verksamhetschef och gymnasiechef initierar. | Diskussioner/möten. | Samverkan har påbörjats. | Olika uppdrag. |
| Tydliggöra information gällande klagomål och synpunkter | Se över skriftlig och muntlig information. | Muntlig information i samband med skolstart. Väl synlig information i lokaler. | Tre formella klagomål/synpunkter har inkommit. | Information kan ytterligare förbättras på skolplattformen och hemsidan. |
| Se över hantering av pappersjournaler/handlingar | Öka kunskap gällande arkivering/diarieföring. Inhämta rutin gällande journalhandlingar. | Besök av arkivarie. Gallring av journaler. | Diarieföring av handlingar sker på S:t Erik. Journaler gallrade enligt stadens rutin. | Kunskapsbrist. |

Avvikelser

Totalt har fyra avvikelserapporter upprättats och analyserats.

Två avvikelser handlade om att det stod fel telefonnummer till patienten i journalen, vilket resulterade i att behandlande personal ringde upp vårdnadshavare istället för eleven själv, som överenskommet. Trots att eleverna i dessa fall var under 18 år och att habiliteringen eftersträvar samverkan med vårdnadshavare, kan barnets mognad och vårdens innehåll avgöra om sekretess gentemot vårdnadshavare ska beaktas. I dessa fall bedömdes det som olyckligt att samtalet gick till vårdnadshavare, p g a att förtroendet för behandlaren kunde ta skada.

Eleverna ifråga informerades om händelserna och att avvikelser upprättades. Rutin gällande kontaktuppgifter till patienter upprättades och personal informerades om detta.

Två avvikelser handlade om bristfällig vård. En p g a av lokalbrist och en p g a utdragen rekrytering av vikarie, vilket gjorde att det uppstod en vakans under två månader.

Gällande lokaler har habiliteringen fått ett extra behandlingsrum under året.

Vikarie för föräldraledig fysioterapeut har rekryterats samt en tillsvidareanställd fysioterapeut. Under den tid då vakans uppstod, instruerades elev och en elevassistent om hur träning kunde utföras.

Klagomål och synpunkter

Habiliteringen har relativt få patienter och personalen träffar patienterna dagligen i lokalerna. Det finns därför stora möjligheter att fortlöpande ta emot patienternas synpunkter och göra eventuella förändringar gällande behandling. Tre formella klagomål har framförts till verksamhetschef. I samtliga fall är det vårdnadshavare/föräldrar som hört av sig. Eleverna har involverats/tillfrågats i ärendena.

Två av ärendena gällde önskemål om att byta behandlare. Vid verksamhetschefs utredning har framkommit att behandlare ej har brustit i sin yrkesutövning. Försök gjordes för att reda ut missförstånd som uppstått. Slutligen byttes dock behandlarna ut, då det bedömdes som mest lämpligt för både behandlare, elev och vårdnadshavare/förälder.

Ett ärende gällde önskemål om mer träning, vilket framfördes till behandlande fysioterapeut. Önskemålet kunde tillgodoses.

Händelser och vårdskador

Inga vårdskador har inträffat.

Det kan konstateras att då förtroendet mellan patient/vårdnadshavare och behandlare skadats, är det svårt att reparera detta. Om missförstånd ej går att reda ut och om det finns möjlighet, blir det ibland bäst för alla inblandade parter att byta behandlare.

Risakanalys

Habiliteringens storlek vid RgRh Stockholm, beror på elevantalet. Enligt kvalitetskrav från Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) ska habiliteringen ha 0,36 årsarbetare/elev. Under de senaste åren 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 dessa har luckor i schemat. Många elever har luckor i schemat samtidigt, vilket innebär att det under vissa tider finns behov av fler behandlingsrum. Lokalbehovet inför skolåret 20/21 behöver således ses över.

En uppdatering av lokala rutiner och kvalitets- och ledningssystem innebär inte per automatik att kvalitet och patientsäkerhet förbättras. Dessa behöver implementeras i verksamheten och vara väl kända för ledning och medarbetare.

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

Strategi: Lägga in uppgifter i habiliteringens årshjul. Fortsätta medvetandegöra styrande dokument för medarbetare, genom bl a diskussioner vid APT.

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

Strategi: Tydlig information på skolplattformen och hemsidan. En utmaning gällande detta är att rätt person får behörighet att redigera hemsidan.

Mål: Fortsatt utveckling av samarbete med Skolhälсан.

Strategi: Fortsatta diskussioner/möten för att konkret fastslå formell samverkan.