



Patientsäkerhetsberättelse

RgRh Stockholm
2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-01-08

Maria Magnerius, verksamhetschef

Anna Hallén, Gruppchef

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	8
PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN	8
Risikanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador	9
Informationssäkerhet	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	9
Egenkontroll	9
Risikanalys	11
Händelser och vårdskador	12
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	12

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.

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. Diskussioner har förts om att arbeta vidare gällande olika kontaktvägar för avvikelser och synpunkter. Detta mål är också att betrakta som långsiktigt och kvarstår därför.

Samarbetet med Skolhälсан har under året utvecklats genom att skolsköterska och SYV återkommande tillbringar tid på RgRh. Även detta mål är att betrakta som långsiktigt och kvarstår.

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 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. Rehabilitering 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 rehabilitering 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 rehabiliteringen på uppdrag av patienten. Arbetsuppgifterna innefattar utredning och behandling samt genomförande av rehabiliteringsinsatser 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

Fortsatt utveckling av samarbete med Skolhälsan. Detta har under året skett genom att skolsköterska och SYV återkommande är på RgRh

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.

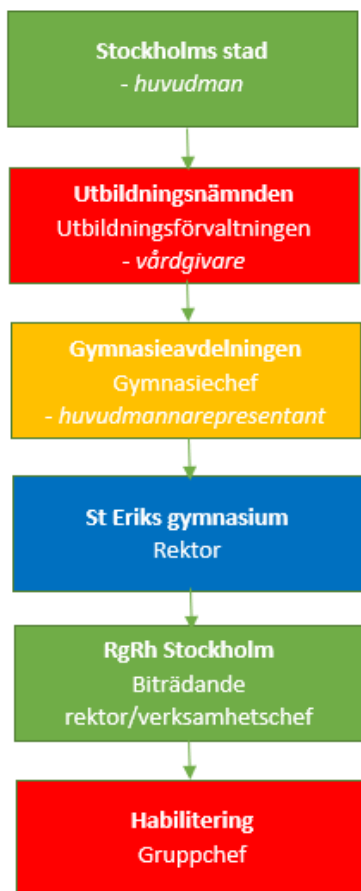
Organisation och ansvar

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 RgRhs 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. 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. Under året har möjlighet till teammöte utökats med ytterligare en tid per vecka. Arbete med att optimera teamarbetet har påbörjats detta år med handledning av teamets medlemmar. Under en termin tas samtliga patienter upp för genomgång av patientens team. Gruppchef /MAR medverkar vid behov vid dessa team.
- Kontinuerlig dialog om arbetssätt och rutiner förs av samtlig personal tillsammans med Gruppchef/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.
- Vid behov medverkar habiliteringens medarbetare vid läkarbesök då den aktuella kompetensen efterfrågas.
- Samverkan med vuxenhabiliteringen i Huddinge. Denna samverkan blev dock inställd i år relaterat till det pandemiska läget

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 avvikelserna 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 löpande 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. Patient informeras även om möjligheten att vända sig till Patientnämnden samt att tillsynsmyndighet för habiliteringen är IVO.

Vid de tillfällen 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 årligen via patientsäkerhetsberättelse.

Egenkontroll

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

De egenkontroller som genomförts 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 verksamhetschef/MAR	En gång/vecka	Minnesanteckningar
Loggkontroller	Löpande	Protokoll
Journalgranskning	Löpande	Protokoll

Tabell 1. Redovisning av förekommande egenkontroller 2020

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 vidtagits under 2020:

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

Risکاناليس

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

Risکاناليس har skett fortlöpande utifrån de avvikelser som inkommit. De risker som identifierats i verksamheten är negativa konsekvenser relaterat till minskad omfattning av åtgärder/behandling relaterat till Covid-19. Vid dessa tillfällen har riskerna värderats mot varandra och alternativa tillvägagångssätt har identifierats.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året har sex 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. 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.

Rutin för loggkontroll har upprättats och loggkontroller och granskning av journalföring har genomförts av gruppchef.

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

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.

Hantering av synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål hanteras av berörda och återrapporteras 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

Veckomöten

Veckomöten under ledning av gruppchef har hållits en gång per vecka under terminen.

Loggkontroll

Genom loggkontroll i journalsystemet PMO 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. Loggkontroll har genomförts av gruppchef 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.

Avvikelser

Under året har sex avvikelser upprättats. Detta utgör en ökning med två avvikelser i jämförelse med föregående år. Dessa avvikelser består av behandlingsåtgärder som i vissa fall avböjts av patienten alternativt uteblivit relaterat till det rådande pandemiska läget. Utredning av dessa avvikelser har i ett fall lett fram till alternativa arbetssätt. Gällande de avvikelser som utgjordes av utebliven insats relaterat till den rådande situationen ledde utredning och riskbedömningen fram till en diskussion kring alternativa arbetssätt där insatsen, beroende på det pandemiska läget, förhoppningsvis kommer att kunna erbjudas patienterna under kommande termin.

Synpunkter och klagomål

Under 2020 har två synpunkter inkommit. Båda synpunkterna gällde insatser kring hjälpmedel. I ett fall samarbetade teamet, patient och vårdnadshavare i upprättandet av en plan. I det andra fallet skrevs en avvikelse till hjälpmedelscentralen då konsultation inte erbjöds inom ramen för originalöverenskommelsen. Detta resulterade i kontakt med hjälpmedelscentralen som informerade om när åtgärden skulle kunna planeras in.

Samlat resultat och analys avseende målsättningar för 2020

Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
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 vid behov uppdaterats. Processer har analyserats och brutits ner i olika processteg samt arbete har påbörjats med kartläggning av vilka rutiner som hör till vilken process	Arbetet under året har förlöpt väl men arbetet med att implementera dessa styrande dokument är att betrakta som långsiktiga målsättningar och kvarstår därför.
Tydliggöra information gällande klagomål och synpunkter	Gruppchef ansvarar för detta.	Information gällande synpunkter och klagomål har lagts in på habiliteringens sida på skolplattformen. Medarbetarna upplyser patienterna och vårdnadshavare om var de ska vända sig med synpunkter och klagomål	Två synpunkter har inkommit	Information kan ytterligare förbättras. Resonemang har förts kring att sätta upp en synpunktsbrevlåda. 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 påbörjats HAB har kartlagt EHT processen	Skolsköterska och SYV är regelbundet på plats på RgRh. Ett arbete med att förtydliga roller i EHT har påbörjats.	Skolsköterskan och SYV:s närvaro på RgRh är mycket positiv och bidrar till att öka kvaliteten för eleverna.
Uppdatera kvalitets- och ledningssystem.	Gruppchef ansvarar för detta.	Kvalitets- och ledningssystemet är uppdaterat och ska tas i nämnden.	Ledningssystemet är uppdaterat med den nya organisationen som trädde i kraft i augusti 2020	Arbete med implementering är långsiktigt och planeras att fortsätta kommande år.

Tabell 2. Resultat och analys avseende mål och strategier för 2020

Riskanalys

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 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 inför skolåret 21/22.

Utöver detta identifieras en risk relaterat till det pandemiska läget som innebär att patienten ibland avböjer åtgärder som exempelvis innebär besök hos externa aktörer. Samt att insatser/behandlingar ibland har uteblivit eller fått senareläggas. För att kompensera för denna risk är det viktigt att man hittar andra tillvägagångssätt och finner lösningar för att om möjligt kunna erbjuda behandlingen/insatsen på ett efter den rådande situationen anpassat sätt.

Händelser och vårdskador

De sex avvikelser som rapporterats under året avser insatser som av olika orsaker uteblivit relaterat till det pandemiska läget. I vissa fall har patienten avböjt och i andra fall har behandlingen inte kunnat erbjudas relaterat till det rådande läget. Händelseanalys har under året implementerats som arbetssätt vid utredning av avvikelser. När grundorsak identifierats har detta lett fram till möjligheten att hitta alternativa tillvägagångssätt.

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: Tillsä att de olika verksamhetsgrenarnas insatser är mer i synk med varandra. Detta i syfte att öka patientnyttan och optimera användandet av verksamhetens resurser

Strategi: Att under våren tillsammans med de olika verksamhetsgrenarna sätta ett ramschema för kommande läsår där de olika insatserna och mötesformerna planeras in

Mål: Säkerställa att lokala rutiner samt kvalitets- och ledningssystem implementeras 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 gällande klagomål och synpunkter till patienter/vårdhavare/anhöriga.

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

Mål: Fortsatt utveckling av samarbete med Skolhälсан.

Strategi: Definiera rollerna i EHT, habiliteringens funktioner kontra skolhälsans funktioner. Fortsatt arbete med att hitta samverkansformer.