



Patientsäkerhetsberättelse

RgRh Stockholm
2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-01-27

Maria Magnerius, verksamhetschef

Christoffer Holmström, MAR

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	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	8
PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN	9
Risikanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador	9
Informationssäkerhet	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll	10
Risikanalys	12
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. Under 2021 har Habiliteringen bytt gruppchefer och under hösten har verksamhetschef även varit gruppchef. Det har varit ett glapp i MAR-funktionen under två månader.

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 har även gått att kontakta verksamhetschef vid synpunkter och klagomål. 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.

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. 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, 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 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 Elevhälsan och fördelning av roller och uppgifter.

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.

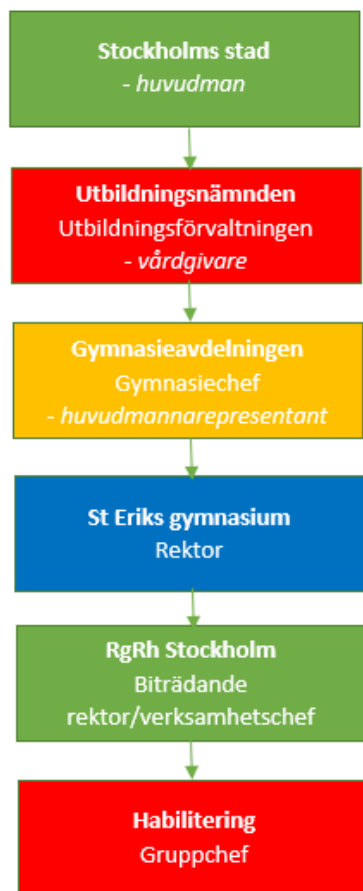
Organisation och ansvar

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

- Månadsvis genomgång av avvikelser eller patientfall med tillfälle att ta upp frågor och aktuella rapporter om risker eller eventuella vårdskador. Verksamhetschef och Gruppchef/MAR medverkar alltid. Samtliga inom rehabiliteringen har tillgång till minnesanteckningar från dessa möten.
- Majoriteten av rehabiliteringens patienter har samtidig kontakt med flera yrkeskategorier inom rehabiliteringen. Vid behov finns det möjlighet varje vecka för teamet runt en specifik patient att samverka. Under året har möjlighet funnits till teammöte ytterligare en tid per vecka. Arbete med att optimera teamarbetet som startade hösten 2020 har fortsatt in i 2021 med handledning av teamets medlemmar professionsvis och med hela gruppen. 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 rehabiliteringen 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 rehabiliteringsansvar, förskrivning av hjälpmedel samt vid tillfällen då patienten får tillfällig vård av annan vårdgivare, t ex vid operationer.
- Rehabiliteringen 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 2021 upparbetats.
- Rehabiliteringen och elevhälsoteamet har samverkansmöten varannan vecka.
- I förekommande fall samverkar rehabiliteringen även med socialtjänst, anhöriga och andra skolor.
- Vid behov medverkar rehabiliteringens medarbetare vid läkarbesök då den aktuella kompetensen efterfrågas.
- Samverkan med vuxenrehabiliteringen 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 rehabiliteringen 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 rehabiliteringsplan). 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 rehabiliteringen är IVO.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Den medarbetare vid rehabiliteringen, som uppmärksammar/blir uppmärksam på risk, tillbud eller olycksfall i rehabiliteringens 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 rehabiliteringen 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. 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 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 verksamhetschef/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 2021:

- 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

Risikanalys

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

Risikanalys har skett fortlöpande utifrån de sex avvikelser som inkommit. Två avvikelser under 2021 har handlat om krockar i lokalbokningen. Då detta hänt vid enstaka tillfällen utgör det ingen risk för patienten. Pågående förbättringar och åtgärder angående lokalerna för att undanröja risker. Övriga fyra avvikelser har inte bedömts utgöra någon risk.

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. Habiliteringen har en grupp ur personalen som arbetar med att säkerställa användbarheten och förbereda övergången till kommande nytt journalsystem Prorenata.

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 prioriteras att göras i början av 2022.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Avvikelsehantering

Avvikelse registreras och analyseras. Händelseanalyser har initierats av Gruppchef/MAR. Avvikelse utgör en viktig del i kvalitets- och förbättringsarbetet. Under hösten har det varit ett glapp i MAR-funktionen under två månader. Detta har inte påverkat patientsäkerheten eller patientarbetet. Däremot har det blivit en fördröjning i uppföljningen av avvikelse rapporteringen.

Riskanalyser har skett fortlöpande utifrån de sex avvikelser som inkommit. Två avvikelser under 2021 har handlat om krockar i lokalbokningen. Då detta hänt vid enstaka tillfällen utgör det ingen risk för patienten. Pågående förbättringar och åtgärder angående lokalerna för att undanröja risker. Övriga fyra avvikelser har inte bedömts utgöra någon risk.

Under året har sex 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 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. Det har även gått att kontakta verksamhetschef vid synpunkter och klagomål.

Månadsmöten

Månadsmöten 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. Under hösten 2021 har det varit ett glapp i MAR-funktionen under två månader. Det har lett till att det blivit en fördröjning i genomförandet av loggkontrollen.

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.

Synpunkter och klagomål

Under 2021 har inga synpunkter eller klagomål inkommit till habiliteringen.

Samlat resultat och analys avseende målsättningar för 2021

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 förflötit 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. Det har även gått att kontakta Verksamhetschef. 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 Skolhälсан.	Gruppchef och verksamhetschef ansvarar för detta	Skolsköterskan och SYV är regelbundet på plats på RgRh. Ett arbete kring att tydliggöra roller i EHT har fortsatt. HAB har kartlagt EHT processen	Skolsköterska och SYV är regelbundet på plats på RgRh. Ett arbete med att förtydliga roller i EHT har fortsatt.	Skolsköterskan och SYVs 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 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.

Risikanalys

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 2022.

Det finns ett fåtal elever som på grund av pandemin har hög andel fjärrundervisning (på individnivå) och därmed också till stor del uteblivna habiliteringsinsatser vad gäller de fysiska momenten. Eleverna har erbjudits insatser men har tackat nej.

Händelser och vårdskador

Av de sex 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: Att från januari 2022 använda de nya mötesstrukturerna samt att utvärdera under året.

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. Utredda möjliga andra kontaktvägar och informationsvägar.

Mål: Fortsatt utveckling av samarbete med Elevhälsan.

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