



Stockholms  
stad

# Kvalitets- och ledningssystem för habilitering vid RgRh Stockholm



Riksgymnasiet för  
rörelsehindrade  
**STOCKHOLM**

## Innehållsförteckning

<b>Utgångspunkter, mål och uppdrag</b> .....	<b>4</b>
Riksgymnasium för Rörelsehindrade .....	4
Definition av habilitering .....	4
Habilitering och elevhälsa .....	5
Habilitering vid RgRh Stockholm .....	6
<b>Ledningssystem</b> .....	<b>7</b>
Organisation .....	8
Huvudman .....	8
Vårdgivare .....	8
Huvudmannarepresentant .....	8
Rector .....	9
Verksamhetschef/biträdande rektor .....	9
Gruppchef .....	9
Medicinskt ansvarig .....	10
Habiliteringspersonal .....	11
Kompetenskrav .....	11
<b>Processer och rutiner</b> .....	<b>14</b>
Förbättring av processerna och rutinerna .....	15
Uppföljning och utvärdering .....	16
<b>Samverkan</b> .....	<b>17</b>
Intern samverkan RgRh Stockholm .....	17
Sekretess och tystnadsplikt .....	19
Samverkan övrigt .....	19
Förbättring gällande samverkan .....	20
Uppföljning och utvärdering .....	20
<b>Systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>21</b>
Risikanalyser .....	21
Egenkontroll .....	21
Utredning och avvikelser .....	22
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	<i>22</i>

Sammanställning och analys.....	22
Journalföring .....	23
Tilldelning och behörighet till datajournalssystem .....	23
Kontroll av åtkomst .....	23
Utlämnande av journal.....	23
Gallring av journal.....	24
Rapporteringsskyldighet .....	24
Avvikelsehantering.....	24
Yrkesutövning .....	24
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....	25
Förbättrande åtgärder i verksamheten .....	25
Uppföljning och utvärdering .....	25
<b>Dokumentationsskyldighet .....</b>	<b>27</b>
Verksamhetsberättelse .....	27
Patientsäkerhetsberättelse.....	27
Uppföljning av SPSM.....	28

## Utgångspunkter, mål och uppdrag

---

### Riksgymnasium för Rörelsehindrade

Riksgymnasiet för Rörelsehindrade (RgRh) Stockholm är ett av fyra riksgymnasier i Sverige. Regeringen har slagit fast vilka fyra kommuner som har rätt att bedriva Rh-anpassad utbildning<sup>1</sup> och riksgymnasierna bedrivs på uppdrag av Specialpedagogiska Skolmyndigheten (SPSM). Ungdomar som, p g a ett svårt rörelsehinder, behöver anpassad undervisning och habilitering (och i vissa fall boende och omvårdnad i boendet), kan söka till RgRh. Ett riksgymnasium erbjuder således skola och habilitering samt även elevboende för elever med långa resor. Ungdomarna ansöker till utbildningen via SPSM. SPSM:s beslutsorgan "Nämnden för mottagande i specialskolan och för Rh-anpassad utbildning" tar beslut om vilka elever som antas till RgRh.

Skollagen<sup>2</sup> ger den kommun som anordnar Rh-anpassad utbildning rätt att erbjuda habiliteringsinsatser som annars åligger landstinget att tillhandahålla. SPSM fördelar ersättning från hemlandsting för omvårdnadsinsatsen habilitering, till den huvudman som enligt avtalet med staten har att svara för verksamheten.<sup>3</sup> Följaktligen kan det konstateras att de habiliteringsinsatser som erbjuds elever vid de Rh-anpassande gymnasieskolorna är att anse som hälso- och sjukvård och habiliteringsverksamheten vid RgRh ska således följa de för hälso- och sjukvården tillämpliga författningsbestämmelserna.

### Definition av habilitering

I socialstyrelsens termbank definieras begreppet habilitering på följande sätt:

Tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna ska vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som

---

<sup>1</sup> 15 kap. 9 § Skollagen 2010:800

<sup>2</sup> 15 kap 35-40 § Skollagen 2010:800

<sup>3</sup> 11 kap. 5 § Gymnasieförordningen 2010:2039

förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Vidare står det att habilitering är insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

I habiliteringen kan följande ingå:

- Information om personens funktionsnedsättning.
- Behandling för motorisk och språklig utveckling.
- Behandling, stöd och insatser för psykisk och social utveckling.
- Behandling, stöd och insatser för att utveckla socialt samspel.
- Stöd och utprovning av hjälpmedel för att kunna göra vardagsaktiviteter.
- Råd inför bostadsanpassning och annan anpassning av miljön.
- Samtalsstöd.

## **Habilitering och elevhälsa**

Habiliteringsverksamheten vid RgRh 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, har inte som ett huvudsakligt mål att skapa en så positiv lärandesituation som möjligt för eleven. Habiliteringen är inte heller primärt en resurs för en hälsofrämjande skolutveckling och verksamheten är inte heller nödvändigtvis fokuserad på utbildningens mål, utan syftar till att skapa god funktionsförmåga relaterat till patientens hela livssituation. Habiliteringens uppdrag är således att erbjuda insatser som ser till patienten 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 från teamet, baserade på även andra behov av stöd än de som relaterar till utbildningen. Givet är att habiliteringsinsatserna många gånger väsentligen kan bidra till att ge goda förutsättningar även för utbildning och lärande.

Således kan konstateras att habiliteringen vid RgRh har ett eget och självständigt uppdrag att erbjuda insatser till sin målgrupp patienter. Habiliteringen vid Rh-anpassad utbildning ska inte ersätta elevhälsan som eleverna enligt skollagen ska ha tillgång till på sin gymnasieskola.

## **Habilitering vid RgRh Stockholm**

Huvudmannen ansöker årligen om statsbidrag för habiliteringsinsatser för de ungdomar som antagits till RgRh Stockholm. Om ansökan godtages av SPSM görs en överenskommelse mellan Stockholms stad och svenska staten. Överenskommelsen grundas på ett avtal som gjordes mellan staten och Stockholms stad 16 juni 2011.

Den 21 juni 2017 enades parterna om grundläggande kvalitetskrav för innehållet i habiliteringen, vilket utgör grunden för verksamheten.

Habiliteringen vid RgRh Stockholm består av flera yrkesgrupper; fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, kurator och psykolog. Utöver dessa medicinska tjänster ingår även administrativ personal. Huvudmannen har ansvar gällande tjänstefördelningen och förhåller sig till SPSM:s basnyckeltal, vilket är 0,36 årsarbetare per elev. Omvårdnadsinsatserna ska bedrivas på ett ekonomiskt effektivt sätt med beaktande av kvalitetskraven. Underlag för uppföljning och utvärdering av verksamheten lämnas årligen till SPSM gällande kvalitet och ekonomi.

Habiliteringen vid RgRh ska erbjuda insatser till elever som stannar kvar på studieorten vid kortare lov som sport-, höst och påsklov, men inte under längre lov som t ex sommar- och jullov. Insatserna ska ge patienten stöd i det dagliga livet, på fritiden och i sitt vuxenblivande. Habiliteringens insatser ska utgå från patientens individuella behov. Insatserna ska vara tillgängliga under skoldagen men kan även utifrån behov utföras övriga tider. Lokaler bör finnas tillgängliga i nära anslutning till skola. En flexibel samordning mellan skola och habilitering är nödvändig vid schemaläggning, då habiliteringsinsatserna schemaläggs under skoldagen. Verksamheterna bör ha en helhetssyn på ungdomens vardag för att ungdomen ska få en balans mellan insatser och återhämtning.

## Ledningssystem

---

Syftet med ledningssystemet är att den som bedriver verksamheten med stöd av ledningssystemet ska kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.<sup>4</sup>

Ledningssystemet är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten och används för att systematiskt och fortlöpande kunna följa upp och utvärdera verksamheten i syfte att utveckla och säkra verksamhetens syfte och mål.

Kravet på ledningssystem innebär att det ska finnas:

- tydlig ansvarsfördelning.
- dokumenterade processer – identifierade rutiner.
- rutiner för uppföljning.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting eller kommun som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi eller fysisk person till exempel en stiftelse eller ett aktiebolag. Då RgRh:s habilitering omfattas av hälso- och sjukvårdslagen är utbildningsnämnden vårdgivare.

---

<sup>4</sup> 3 kap. 1-2 § SOSFS 2011:9

## Organisation

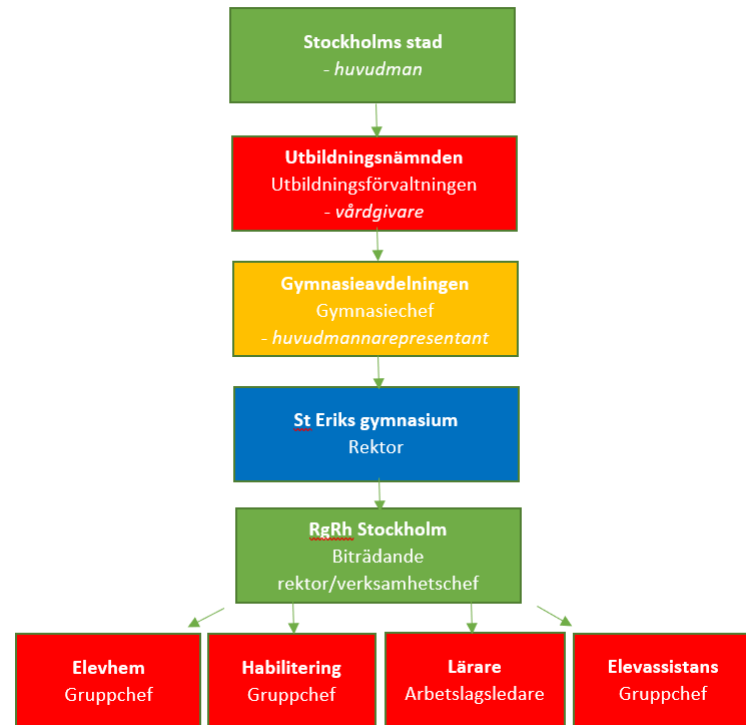


Bild 1. Organisationsschema, RgRh Stockholm

### Huvudman

Stockholms stad är huvudman för RgRh Stockholm.

### Vårdgivare

Utbildningsnämnden är vårdgivare för habiliteringens insatser vid RgRh Stockholm. Vårdgivaren utser verksamhetschef och den som är ansvarig för anmälan enligt Lex Maria. Vårdgivaren bestämmer vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter verksamhetschefen har samt vilket ansvar verksamhetschefen har utöver det författningsreglerade ansvaret.

### Huvudmannarepresentant

Gymnasieavdelningen ansvarar för gymnasieskola och gymnasiesärskola och leds av gymnasiedirektören. Stockholms stads gymnasieskolor är indelade i 3 områden. Gymnasiecheferna leder och ansvarar för varsitt område. Gymnasiechef för aktuellt gymnasieområde är huvudmannarepresentant.



## **Rektor**

RgRh Stockholm är en del av S:t Eriks gymnasium. Rektor vid S:t Eriks gymnasium ansvarar för att:

- se till att det finns en biträdande rektor tillika verksamhetschef
- eventuell kompetensutveckling för verksamhetschefen
- att tillhandahålla lokaler väl lämpade och adekvat utrustade för verksamheten utifrån verksamhetschefens rekommendationer.

## **Verksamhetschef/biträdande rektor**

Ansvarar för att

- Se till att det finns en gruppchef med erforderlig kompetens och ge gruppchefen förutsättningar att göra sitt jobb
- Eventuell kompetensutveckling för gruppchefen
- löpande ge information till SPSM gällande förändringar som påverkar kvalitet, ekonomi och elevantal.

Verksamhetschef är ansvarig för anmälan enligt Lex Maria detta har registreras vårdgivarregister hos Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).<sup>5</sup>

Om verksamhetschef är fysioterapeut, sjukgymnast eller arbetsterapeut kan verksamhetschefen även vara medicinskt ansvarig för verksamheten<sup>6</sup>. Om verksamhetschefen ej innehar legitimation beskriven enligt ovan (om verksamhetschef t ex är rektor), måste även en MAR/MAS finnas, som är underordnad verksamhetschefen. Verksamhetschefen har i det fallet det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten, men kan ej ta ifrån MAR/MAS de uppgifter och det ansvar som hen har enligt lagar och andra författningar, annat än om verksamhetsområdet ändras eller uppdraget som MAR/MAS helt eller delvis tas ifrån befattningshavaren.

## **Gruppchef**

Gruppchef för habilitering är närmaste chef för habiliteringspersonalen. Gruppchefen på habiliteringen har legitimation som åsyftas i 11 kap. 4 § HSL för att kunna fullgöra uppdraget som MAR. Gruppchef är således

---

<sup>5</sup> 2 kap. 2 § PSL 2010:659

<sup>6</sup> 4 kap. 4 § HSF 2017:80

medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, och har på delegation från verksamhetschefen det medicinska ledningsansvaret.

Gruppchefen ansvarar för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten genom att:

- ansvara för den löpande verksamheten inom sitt område och se till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt.
- se till att den medicinska insatsen tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård.
- ansvara för att det finns de direktiv och instruktioner som verksamheten kräver.
- personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser.
- säkerställa att habiliteringspersonalen har den kompetens som krävs för att fullgöra sina arbetsuppgifter ett tillfredsställande sätt.

Vidare ansvarar gruppchefen för att:

- ta fram processer, rutiner och metoder enligt vetenskap och beprövad erfarenhet lämpliga för verksamheten.
- följa upp och utveckla verksamheten efter uppsatta mål.
- bevaka nya vetenskapliga rön, ändringar, nytillkomna lagar, styrdokument och författningar inom hälso- och sjukvård samt fortlöpande kommunicera detta till habiliteringspersonal via möten, fortbildningsinsatser och e-post.
- säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.<sup>7</sup>

## Medicinskt ansvarig

Inom kommunen ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en sjukgymnast/fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska<sup>8</sup>, så kallad medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAR/MAS har ett särskilt medicinskt ansvar för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,

---

<sup>7</sup> 4 kap. 1 § HSF 2017:80

<sup>8</sup> 11 kap. 4 § HSL 2017:30

3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering, (denna punkt är dock inte tillämplig inom habiliteringens verksamhet)
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.<sup>9</sup>

Ansvaret för att säkerställa ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshanteringen ingår inte i uppdraget som MAR.

## **Habiliteringspersonal**

Habiliteringens personal vid RgRh Stockholm ska följa Stockholms stads kvalitets- och ledningssystem för RgRh Stockholms habilitering. Hälso- och sjukvårdspersonal har även ett personligt yrkesansvar, vilket innebär att personalen alltid är ansvarig för att fullgöra sina arbetsuppgifter utifrån de krav yrkeslegitimationen ställer.

Personalen ska ha god kännedom om och följa den lagstiftning som gäller inom hälso- och sjukvården; hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen med flera, samt de bestämmelser och föreskrifter som i övrigt gäller för verksamheten, exempelvis anmälningsplikten för vårdskador enligt patientsäkerhetslagen<sup>10</sup> och anmälan till socialnämnd vid misstanke om att barn far illa<sup>11</sup>.

Alla professioner, som journalför arbetar utifrån HSL och journaler, faller under patientdatalagen.

## **Kompetenskrav**

Vid nyanställning ansvarar gruppchef för habiliteringen vid RgRh Stockholm för att utdrag ur brottsregistret lämnas in samt att en noggrann kontroll görs av intyg om legitimation, utbildning och kurser. Gruppchef gör också en kontroll av personlig ID-handling. Yrkeslegitimation ska kontrolleras med Socialstyrelsen, då det fysiska intyget inte förloras vid eventuell indragning av legitimationen.

---



<sup>9</sup> 4 kap. 6 § HSF 2017:80

<sup>10</sup> 6 kap. 4 § PSL 2010:659

<sup>11</sup> 14 kap. 1 § SoL 2002:453

Kompetenskrav legitimerad personal (d v s  
fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och psykolog)

- Genomgången yrkesutbildning och erhållande av legitimation.
- Meriterande är erfarenhet av habilitering.
- Tillgång till handledning för psykolog bidrar till att säkerställa ett professionellt förhållningssätt i det dagliga arbetet.

Kompetenskrav kurator

- Socionomexamen.
- Meriterande är erfarenhet av habilitering samt kunskap/erfarenhet gällande LSS och SoL
- Tillgång till handledning för kurator bidrar till att säkerställa ett professionellt förhållningssätt i det dagliga arbetet.

Generell fortbildning

- Habiliteringspersonalens kunskap uppdateras i enlighet med ny kunskap och forskning som är relevant för arbete. Detta kan exempelvis ske genom att personalen lägger fram önskemål om relevanta kurser eller att verksamhetschef beordrar personal att gå professionsspecifik fortbildning för att säkerställa uppdatering kring nya vetenskapliga rön.
- Kurator och psykolog ska erbjudas professionell handledning vid behov. Även andra yrkeskategorier kan erbjudas handledning vid behov.
- Nyanställda ska erhålla yrkesspecifik introduktion samt ges introduktion till andra yrkeskategorier och teamarbete.

Individuell kompetensutveckling

- En plan för individuell kompetensutveckling upprättas varje år utifrån uppmärksammade behov för verksamheten samt identifierade framtida behov. Detta görs i samband med medarbetarsamtal och i dialog med gruppchef.

Gruppchef är anställande chef och ansvarar således för att de kompetenskrav som gäller vid nyanställning är uppfyllda.

Gruppchef ansvarar även för att följa upp att alla medarbetare har god kännedom om de riktlinjer för arbetet som finns.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har eget personligt ansvar för hur hen utför sitt arbete. Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad

erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård<sup>12</sup>  
av god kvalitet.<sup>13</sup>

Utvärdering av kompetensutveckling samt uppföljning av behov av  
individuell kompetensutveckling och kännedom om ledningssystem  
görs via årliga medarbetarsamtal med gruppchef.

---

<sup>12</sup> 6 kap. 1-2 § PSL 2010:659

<sup>13</sup> 1 kap. 7 § PL 2014:821

## Processer och rutiner

---

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet<sup>14</sup>.

Vårdgivaren ska i varje process

1. identifiera de aktiviteter som ingår, och
2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

För varje aktivitet ska vårdgivaren utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.<sup>15</sup>

Således ska metoder utvecklas och implementeras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i samarbete med verksamhetschef och medicinskt ansvarig för habiliteringen. Förändringar ska aktualiseras fortlöpande.

---

<sup>14</sup> 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9

<sup>15</sup> 4 kap. 3-4 § SOSFS 2011:9

Identifierade processer och aktiviteter	Rutiner/arbetsätt	Uppföljning
Presentationsdagar	Habiliteringsschema för att träffa blivande elev. Samordning i habiliteringen gällande information till/från blivande patient.	Gruppchef
Samordningsmöten nya elever	Habiliteringen inhämtar samtycke från blivande patient, för att samordna insatser med övriga RgRh gällande elevs skolstart.	
Kartläggning nya patienter	Fördelning av kartläggningstider till olika yrkeskategorier. Yrkesspecifika kartlägningsformulär. Journalföring i kartläggningsdokument. Samordningsmöten efter avslutad kartläggning, då samtliga yrkeskategorier samordnar samlad information.	
Habiliteringsplanering	Samtliga elever erbjuds habiliteringsplanering varje läsår. Kallelse till patient/vårdnadshavare, möte, journalföring, utlämnande av plan till patient/vårdnadshavare.	
Samordningsplanering	Samtliga elever erbjuds samordningsplanering varje läsår. Habiliteringen inhämtar samtycke från patienten.	
Avslutning, epikris och överlämning	Patienten deltar i Framtidsgrupp samt har individuella samtal med kurator. Överföring till hemhabilitering efter inhämtning av samtycke. Journalföring (epikris).	
Remisshantering	Inhämtande av samtycke. Skickas som rekommenderad post.	
Egenvård	Bedömning <sup>16</sup> , instruktion, egenvårdsblankett.	
Journalföring	Rutiner för journalföring och granskning av journalföring.	

## Förbättring av processerna och rutinerna

Om resultaten visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

<sup>16</sup> SOSFS 2009:6



## Uppföljning och utvärdering

Metoder, processer och rutiner ska löpande och minst årligen granskas för att nå uppsatta mål. Resultat av granskningar ska återföras till medarbetare och andra berörda. Förbättringsåtgärder dokumenteras, analyseras och utgör grunden för reviderade eller nya mål och rutiner.



## Samverkan

---

Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.<sup>17</sup>

Inom habiliteringen vid RgRh Stockholm ska de olika professionerna samverka så långt som möjligt. En god samverkan ger bättre möjligheter att ge patienter insatser. Det är nödvändigt att habiliteringsteamet runt en patient har en gemensam bild av patienten.

Habiliteringen vid RgRh Stockholm ska samverka med framför allt övrig personal vid RgRh Stockholm, men även på S:t Eriks gymnasium och andra aktuella gymnasium, både kring enskilda ungdomar och på en strukturell nivå. Patienten, och i förekommande fall vårdnadshavaren, ska alltid vara informerad och godkänna att verksamheterna lyfter frågor om hen själv inte kan/vill närvara.

Rutiner ska finnas för samarbete inom habiliteringen vid RgRh Stockholm respektive mellan habilitering och övriga RgRh Stockholm samt mellan habilitering och övriga gymnasieskolor inom Stockholms stad, där aktuella patienter går.

Habiliteringen ska utifrån patientens behov ta initiativ till samverkan med andra aktörer, myndigheter och berörda samhällsorgan.

### **Intern samverkan RgRh Stockholm**

Enligt SPSM:s anvisning för kvalitetskrav vid habiliteringen bör habilitering, elevhem och skola samverka, både kring enskilda ungdomar och på en strukturell nivå. De tre verksamheterna har olika uppdrag gentemot ungdomarna och insatserna skiljer sig åt. Personalen inom antingen habilitering, elevhem eller skola kan ta initiativ till samverkan eller samarbete runt eleven utifrån elevens

---

<sup>17</sup> 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9

behov. Patienten, och i förekommande fall vårdnadshavaren, ska alltid vara informerad och godkänna att verksamheterna lyfter frågor om han eller hon inte själv kan eller vill närvara.

Verksamheterna ska ha en strukturell samordning, koordinering av resurser och arbetsinsatser för de aktiviteter som respektive verksamhet behöver medverka i och genomföra för sina uppdrag.

Samverkans-nivå	Identifierade samverkans-processer	Rutiner/arbetssätt	Ansvar och uppföljning
Enskild elev i fokus	Presentations-dagar  Samordningsmöte nya elever  Elevhälso-team (EHT)  Samordningsplanering <sup>18</sup>  Vid-behovsmöten	Skolan vid RgRh kallar blivande elever.  All personal vid RgRh Stockholm samordnar insatser inför elevs skolstart.  Habiliteringen deltar regelbundet i EHT vid behov för att, efter inhämtande av samtycke från patient/vårdnadshavare, samverka kring enskild elev.  Samtliga elever erbjuds samordningsplanering varje läsår. Ombud från RgRh:s samtliga verksamheter deltar.  Personal från samtliga verksamheter kan, vid behov, initiera möte gällande elev.	Gruppchef och biträdande rektor
Organisatorisk	Lednings-grupp RgRh  Personalmöte  Hab- och assmöte  Hab- och boendemöte	Regelbundet ca 1 gång/vecka. Deltagare: verksamhetschef tillika biträdande rektor, gruppchef habilitering, gruppchef för elevassistans, boendechef samt lärarnas arbetslagsledare .  Regelbundet ca 1 gång/månad. Deltagare: all personal vid RgRh.  Regelbundet ca en gång/månad. Deltagare: habiliteringspersonal och elevassistenter.  Regelbundet ca en gång/månad. Deltagare: habiliteringspersonal och boendestödare.	Gruppchef och biträdande rektor

<sup>18</sup> SOSFS 2007:10

## **Sekretess och tystnadsplikt**

Sekretess gäller för uppgifter om patienterna, så länge det inte står klart att de kan röjas utan att eleven eller dennes närstående lider men av utlämnandet.<sup>19</sup> Utlämnandet av uppgifter utanför habiliteringen bör alltså endast ske med samtycke från patient och, i förekommande fall, vårdnadshavare. För att kombinera krav på samverkan med övrig personal inom RgRh Stockholm och krav på sekretess/tystnadsplikt, krävs rutiner för att inhämta samtycken från patient och, i förekommande fall, vårdnadshavare.

## **Samverkan övrigt**

- Vårdnadshavare: Samverkan med vårdnadshavare eftersträvas alltid så långt det är möjligt. Barnets mognad och vårdens innehåll avgör om sekretess gentemot vårdnadshavare ska beaktas. Vid behov görs mognadsbedömning<sup>20</sup> som ska journalföras. Denna huvudregel gäller även utlämnande av uppgifter ur journalen under förutsättning att det inte föreligger risk för ”betydande men” för barnet och tar främst sikte på misstänkt övergrepp och liknande situationer.
- Landsting/annan vårdgivare: Habiliteringen vid RgRh Stockholm ska, efter samtycke från patient, och i förekommande fall vårdnadshavare, samarbeta med hälso- och sjukvården och underlätta informationsöverföring mellan annan vårdgivare när det bedöms främja patientens vård. Vid behov ska remiss utfärdas till annan vårdgivare för bedömning, utredning och behandling. Remisser utfärdas med samtycke från patienten och i förekommande fall vårdnadshavare.
- Habilitering & Hälso Region Stockholm: Habiliteringen vid RgRh Stockholm ska ge information till patienten inför längre lov (jul- och sommarlov) vart hen kan vända sig och få hjälp med habiliteringsinsatser. Habiliteringen vid RgRh Stockholm ska enligt fastställd rutin utarbetad tillsammans med Habilitering & Hälso inom Region Stockholm, informera Habilitering & Hälso om hur många patienter som kan tänkas vända sig till specifika habiliteringscenter inom Region Stockholm. Vid speciella omständigheter för enskild patient bör samtycke inhämtas från patienten (och i förekommande

---

<sup>19</sup> 25 kap. 1§ OSL 2009:400

<sup>20</sup> 6 kap. 11 § FB 1949:381

fall vårdnadshavare), för att ge överföring till hemhabilitering inför lovet.

- Övriga aktörer och myndigheter: Habiliteringen vid RgRh Stockholm ska utifrån patientens behov ta initiativ till samverkan med andra aktörer, myndigheter och berörda samhällsorgan. Detta för att säkerställa att det finns en kontinuitet i och helhetssyn på de samlade behandlings- och stödinsatserna. Aktörer såsom Försäkringskassa och biståndsbedömare i hemkommunen ska kontaktas vid planering och övergång till det fortsatta vuxenlivet efter gymnasieutbildningen. I kontakter med andra myndigheter ska det finnas dokumenterat att patienten (och i förekommande fall vårdnadshavarna) har gett sitt medgivande att kontakter tas.

### **Förbättring gällande samverkan**

Om resultaten visar att processerna och rutinerna gällande samverkan, samarbete och samordning inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska dessa förbättras.

### **Uppföljning och utvärdering**

Rutiner och processer gällande samverkan, samarbete och samordning ska löpande analyseras och utvärderas för att nå uppsatta mål. Resultat av detta ska återföras till medarbetare och andra berörda. Analyser och utvärderingar utgör grunden för reviderade rutiner.

## Systematiskt förbättringsarbete

---

Ett systematiskt arbete för att förbättra verksamheten ska ske fortlöpande. I förbättringsarbete läggs vikt vid förebyggande åtgärder. Syftet är att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Förbättringsarbetet ska leda till att organisationen utvecklas och att misstag inte upprepas.

### Riskanalyser

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.<sup>21</sup>

I alla rutiner, vid förändringar och nya åtaganden i verksamheten ska en riskanalys göras. Visar analysen att risk för brister i kvalitet eller patientsäkerhet föreligger ska, för att minimera risken, samråd ske mellan verksamhetschef och rektor och/eller huvudmannarepresentant.

### Egenkontroll

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.<sup>22</sup>

Egenkontrollen kan innefatta:

- jämförelser med verksamhetens resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

---

<sup>21</sup> 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9

<sup>22</sup> 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Verksamhetschef har ansvar för att detta görs.

## Utredning och avvikelser

### Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

1. patienter och deras närstående,
2. personal,
3. andra vårdgivare,
4. de som bedriver socialtjänst,
5. myndigheter, och
6. föreningar, andra organisationer och intressenter.<sup>23</sup>

### Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.<sup>24</sup>

Med klagomål menas att någon klagat på att verksamheten inte uppnår kraven på god kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, t ex förslag på förbättringar. Klagomål och synpunkter ska utredas. Utredningen ska komma fram till om det förekommit en avvikelse. Genom att sammanställa och analysera klagomål och synpunkter kan mönster bli tydliga som inte framkommer i utredningen av ett enskilt fall.

Habiliteringspersonal vid RgRh Stockholm ska ta tillvara klagomål och synpunkter från patienter och vårdnadshavare samt föra vidare informationen till verksamhetschefen via avvikelserutinen.

Verksamhetschefen ska utan dröjsmål göra en utredning gällande det enskilda fallet. En sammanställning av samtliga klagomål och synpunkter ska årligen göras i patientsäkerhetsberättelse.

---

<sup>23</sup> 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9

<sup>24</sup> 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9

## **Journalföring**

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal.<sup>25</sup> Habiliteringen vid RgRh Stockholm ska omgående börja föra journal i Stockholms stads datajournalssystem, då patienten börjat få habiliteringsinsatser vid RgRh Stockholm. I de fall förberedelser inför skolstart behöver göras, innan eleven påbörjat skolgång, ska pappersjournal föras. Dessa ska snarast föras in i datajournalen vid skolstart. Innan patient påbörjar vård vid habiliteringen vid RgRh Stockholm, d v s innan skolstart, bör lämpliga journaler rekvideras från tidigare hälso- och sjukvårdsenhet, efter medgivande från patient och i förekommande vårdnadshavare.

Habiliteringspersonalen vid RgRh Stockholm ska följa vårdgivarens rutiner för informationshantering och journalföring.

## **Tilldelning och behörighet till datajournalssystem**

Verksamhetschefen har ansvar för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheter i det digitala journalsystemet. Tilldelning av behörighet i journalsystemet ska vara begränsade till vad som behövs för att personalen ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.<sup>26</sup> Behörigheter ska kontinuerligt läggas till och tas bort.

## **Kontroll av åtkomst**

Gruppchefen gör loggkontroller i form av stickprovskontroller. Genomförda loggkontroller dokumenteras och sparas i 5 år efter sista hantering. Detta är gällande oavsett journalssystem och gäller även för Prorenata.

Obehörig ingång och misstanke om obehörig ingång ska utredas av verksamhetschefen. Praxis är att vederbörande kallas till ett möte och ombeds ge en förklaring. Om ingen fullgod förklaring lämnas görs polisanmälan (obehörig läsning rubriceras som dataintrång).

## **Utlämnande av journal**

Innan utlämnande av journal till patient eller vårdnadshavare, ska en menprövning göras av gruppchef. Menprövning dokumenteras i journalen.

---

<sup>25</sup> 3 kap. 1 § PDL 2008:355

<sup>26</sup> 4 kap. 2 § PDL 2008:355



## **Gallring av journal**

Då elev avslutar skolgång vid RgRh Stockholm, ska en gallring göras av patientjournalen. Arkivering och bevarande av journalerna görs centralt genom arkivuttag ur system, RgRh bistår central förvaltnings arkivfunktion med information om urval dvs. vilka journaler, tidsspann, som kan arkiveras när arkivuttag sker.

## **Rapporteringsskyldighet**

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>27</sup> Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>28</sup>

Det åligger habiliteringspersonalen vid RgRh Stockholm att till verksamhetschefen anmäla om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada. Anmälan ska göras enligt verksamhetschefens anvisningar. Personalens anmälningsplikt till vårdgivaren gäller för alla vårdskador medan vårdgivarens anmälningsplikt till IVO (Lex Maria) endast gäller allvarlig skada.

## **Avvikelsehantering**

Habiliteringspersonal vid RgRh Stockholm ska i sin anmälan till gruppchefen beskriva orsaker och vidtagna åtgärder samt ta ställning till vilka förändringar som bör göras för att minimera risken för att händelser upprepas.

Gruppchefen ska bedöma avvikelser och ta ställning till behov av förändrade rutiner och anvisningar för verksamheten.

Verksamhetschefen är ansvarig för att anmälan enligt Lex Maria görs enligt IVO:s föreskrifter.<sup>29</sup> Gruppchefen ska inför anmälan enligt Lex Maria, utreda händelser där vård och behandling har medfört allvarlig skada eller kunnat medföra allvarlig skada för patienten.

## **Yrkesutövning**

En vårdgivare ska snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit

---

<sup>27</sup> 3 kap. 3 § PSL 2010:659

<sup>28</sup> 6 kap. 4 § PSL 2010:659

<sup>29</sup> HSL-FS 2017:41

verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.<sup>30</sup> Anmälningssplikten gäller på vårdgivarnivå och ska fullgöras av den Lex Maria-ansvariga.

## **Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

- Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.<sup>31</sup>
- Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls<sup>32</sup>.

Således ska all habiliteringspersonal vid RgRh Stockholm känna till och följa ledningssystemet. För att säkerställa hög patientsäkerhet krävs att personalen har rätt kompetens och kan arbeta utifrån ledningssystemets processer och rutiner.

## **Förbättrande åtgärder i verksamheten**

På grundval av resultat av sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.<sup>33</sup>

## **Uppföljning och utvärdering**

I habiliteringen vid RgRh Stockholms verksamhetsberättelse kommer verksamhetens processer och resultat att beskrivas. Detta ligger till grund för identifiering av förbättringsåtgärder och utveckling av verksamhetens processer.

Gruppchefen ska efter utredning av inträffade avvikelser ta ställning till behovet av förändrade rutiner och anvisningar för verksamheten. Händelser som avvikelserapporteras ska tas till vara och inkomna förbättringsförslag ska systematiskt återföras till personalen som ett led i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Frågor som ska besvaras:

- Har verksamheten uppnått kvalitetsmålen?

---

<sup>30</sup> 3 kap. 7 § PSL 2010:659

<sup>31</sup> 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9

<sup>32</sup> 6 kap.4 § PSL 2010:659

<sup>33</sup> 5 kap. 7 § SOSFS 2011:9

- Har personalen arbetat enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet?
- Har identifierade avvikelser åtgärdats?
- Har identifierade avvikelser åtgärdats så att det inte inträffar på nytt?

#### Ansvarsfördelning

Utvärdering och uppföljning görs av gruppchef i habiliteringen vid RgRh Stockholms verksamhetsberättelse. Denna ska ligga som en bilaga till rektors verksamhetsberättelse.

## Dokumentationsskyldighet

---

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.<sup>34</sup> Denna dokumentation görs årligen i olika berättelser. Det bör då framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelserna bör ha en sådan detaljeringsgrad att verksamhetens arbete gällande kvalitetssäkring går att bedöma och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Berättelserna bör arkiveras och diarieföras.

### Verksamhetsberättelse

Verksamhetsberättelsen är en uppföljning av verksamhetsplanen. Förutom uppföljning av konkreta mål satta i verksamhetsplanen, bör det även framgå ovan nämnda dokumentation.

Verksamhetsberättelsen från habiliteringen vid RgRh Stockholm kan lämpligen ligga som en bilaga till rektors verksamhetsberättelse.

### Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.<sup>35</sup>

Patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador hos patienter och ohälsa hos personal ska ske kontinuerligt vid RgRh Stockholms habilitering. Gruppchefen ansvarar för att personalen är informerade om rutiner, vad som ska rapporteras och hur det ska ske. Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från identifierade avvikelser i

---

<sup>34</sup> 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9

<sup>35</sup> 3 kap. 10 § PSL 2010:659

verksamheten som årligen sammanställs till en patientsäkerhetsberättelse.

Enligt patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsen<sup>36</sup> föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska patientsäkerhetsberättelse innefatta:

- avvikelssammanställning
- uppgifter om hur egenkontrollerna har utförts
- beskrivning av samverkan med andra aktörer
- hantering av patientsäkerhetsrisker
- hantering av övriga klagomål och synpunkter

Gruppchef upprättar patientsäkerhetsberättelsen, som skickas till gymnasiechef i början av året. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den<sup>37</sup>.

## **Uppföljning av SPSM**

SPSM har uppdrag att följa upp och utvärdera de insatser som tilldelats bidrag från myndigheten. Principiella frågor och frågor som väsentligt kan komma att påverka verksamhetens utformning och kostnader ska tas upp med SPSM innan de beslutas.

Huvudmännen ska lämna underlag till SPSM som möjliggör uppföljning och utvärdering av verksamheten och årligen lämna in en ekonomisk redovisning och verksamhetsuppföljning.

Ansvaret gällande denna uppföljning åligger huvudmannen, men verksamhetschefen har ett stort ansvar i att redovisa, informera och förklara verksamheten samt att löpande skicka in berättelser enligt dokumentationsskyldigheten.

---

<sup>36</sup> 7 kap. 2 § SOSFS 2011:9

<sup>37</sup> 3 kap. 10 § PSL 2010:659