

Patientsäkerhetsberättelse

RGRH Stockholm

2025

Datum och ansvarig för innehållet

2025-12-17

Maria Magnerius, verksamhetschef

Hamid Firozan, Gruppchef och 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 |
| Riskanalys..... | 9 |
| Utredning av händelser - vårdskador..... | 9 |
| Informationssäkerhet | 9 |
| RESULTAT OCH ANALYS | 10 |
| Egenkontroll | 10 |
| Riskanalys..... | 12 |
| Händelser och vårdskador | 13 |
| MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR | 13 |

Sammanfattning

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.

Under 2025 har två avvikelser förekommit för Habiliteringen dock inga klagomål.

Vi fortsätter med implementeringen av delegation av egenvård till boendestödjare och elevassistenter på RGRH under 2026.

Inledning

RGRH Stockholm

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

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

Habilitering

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

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

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

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

Arbete med ledningssystem

Fortsatt arbete med implementering av lokala rutiner samt kvalitets- och ledningssystem praktiskt i verksamheten samt vid behov kontinuerlig uppdatering av dessa. Ny uppdatering är inskickat den 2025-12-16.

Utveckla samarbete med skolhälsan

Vi följer den nya rutinen för samarbete med elevhälsan.

Tydliggöra information gällande klagomål och synpunkter

Arbete med att tydliggöra strukturera om informationen till patienter/vårdhavare/anhöriga gällande hur man lämnar klagomål och synpunkter till verksamheten är klart och fungerar bra.

Organisation och ansvar

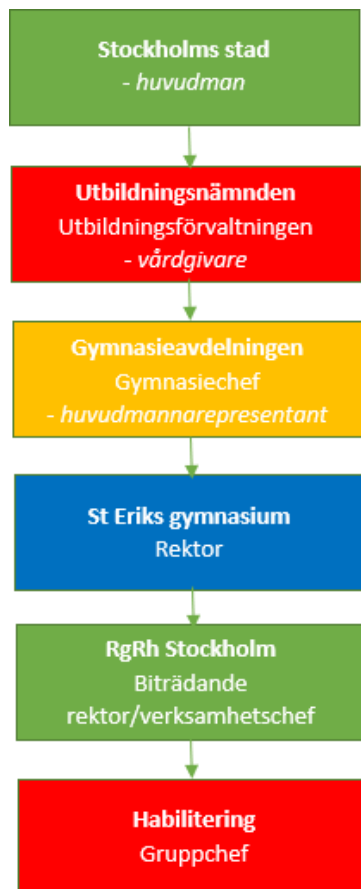
SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

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 vid arbetslagsmöte. Samtliga inom habiliteringen har tillgång till minnesanteckningar från dessa möten.
- Majoriteten av habiliteringens patienter har samtidig kontakt med flera yrkeskategorier inom habiliteringen. Vid behov finns det möjlighet varje vecka för teamet runt en specifik patient att samverka. Det finns även möjlighet till extra teammöten vid behov. 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. Alla inom RGRH följer gemensam mötesstruktur.
- Habiliteringen och elevhälsoteamet har samverkansmöten vid behov varje vecka enligt våra nya rutiner.
- I förekommande fall samverkar habiliteringen även med socialtjänst, anhöriga och andra skolor.
- Vid behov medverkar habiliteringens medarbetare vid läkarbesök då den aktuella kompetensen efterfrågas.
- Samverkan med vuxenhabiliteringen i Huddinge implementerades våren 2025 och sker framledes årligen.

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 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 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. All information finns tillgängligt på vår hemsida.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Den medarbetare vid rehabiliteringen, som uppmärksammar/blir uppmärksamrad 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 avvikelsen 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 sker årligen via patientsäkerhetsberättelse.

Egenkontroll

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

De egenkontroller som genomförs enligt rutin presenteras i tabell nedan;

Egenkontroller

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

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom tätt samarbete mellan verksamhetschef, gruppchef och medarbetarna på Habiliteringen. Åtgärder som har fortsatt utvecklas under 2025:

- Uppdatering av lokala rutiner
- Processkartläggning
- Implementering 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
- Ärendehandledning i syfte att optimera teamarbetet och elevärenden.

Risikanalys

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

Två avvikelser har förekommit under 2025. Samtliga har varit tillbud.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Inga vårdskador har förekommit under 2025.

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.

Det pågår ständiga förbättringar kring journalsystemet Prorenata. Habiliteringen har en grupp ur personalen som arbetar med förbättringar av strukturen för att den ska passa verksamheten.

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

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Avvikelsehantering

Eventuella avvikelser registreras och analyseras. Händelseanalyser har initierats av gruppchef/MAR. Avvikelserna utgör en viktig del i kvalitets- och förbättringsarbetet.

Behandlingsrum och hjälpmedel som tillhör RGRH, till exempel lyftar och lyftselar, kontrolleras regelbundet.

Inga klagomål och synpunkter från elever/vårdnadshavare/anhöriga har inkommit under verksamhetsåret 2025 förutom ett önskemål om byte av personal i ett ärende som kunde genomföras på ett bra sätt.

Patientavvikelser har sammanställts i patientsäkerhetsberättelse. Det inkom två avvikelser under 2025. Samtliga avvikelser bedömdes som tillbud vilket innebär att något har skett men ingen patient har skadats.

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 hemsida. Det går även att kontakta verksamhetschef och gruppchef på Habiliteringen vid synpunkter och klagomål.

Veckomöten

Veckomöten under ledning av gruppchef har hållits en gång per vecka under 2025.

Loggkontroll

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

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 2025 har inga synpunkter eller klagomål inkommit till habiliteringen.

Samlat resultat och analys avseende målsättningar för 2025

| Mål | Strategier | Åtgärd | Resultat | Analys |
|---|---|--|--|---|
| Implementering av rutiner samt kvalitets- och ledningssystem samt vid behov uppdatering av dessa. | Verksamhetschef/ Gruppchef ansvarar för detta. | Verksamhetschef och gruppchef har reviderat de små ändringar som behövdes. | Rutiner har fortlöpande uppdaterats. Processer har analyserats och brutits ner i olika processteg och arbetet är slutfört. | Arbetet under året har förflöpt väl men arbetet med att implementera dessa styrande dokument är att betrakta som långsiktiga. |
| Tydliggöra information gällande klagomål och synpunkter | Gruppchef ansvarar för detta. | Information gällande synpunkter och klagomål har lagts in på habiliteringens sida på hemsidan. Det har även gått att kontakta verksamhetschef/ gruppchef. Medarbetarna upplyser patienterna och vårdnadshavare om var de ska vända sig med synpunkter och klagomål. | Inga synpunkter har inkommit. | Information och kontaktvägar har förbättrats. 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 Elevhälsan. | Gruppchef och verksamhetschef ansvarar för detta. | Skolsköterskan och SYV har kontakt med RGRH vid behov. Ett arbete kring att tydliggöra roller i EHT har slutförts. HAB har kartlagt EHT processen och den är genomförd. | Skolsköterskan och SYV har kontakt med RGRH vid behov Ett arbete med att förtydliga roller i EHT har slutförts. | Skolsköterskan och SYV:s kontakt vid behov på RGRH är mycket positivt och bidrar till att öka kvalitén för eleverna. |
| Uppdatera kvalitets- och ledningssystem. | Verksamhetschef och Gruppchef ansvarar för detta. | Kvalitets- och ledningssystemet har tagits i nämnd. | Ledningssystemet är uppdaterat i december 2025. | Arbete med implementering är långsiktigt och planeras att fortsätta kommande år. |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Tillse att de olika verksamhetsgrenarnas insatser är mer i synk med varandra. Detta i syfte att öka patientnyttan och optimera användandet av verksamhetens resurser. | Under året har vi använt de nya mötesstrukturerna. | Alla olika grupper har gått genom mötesstrukturerna i respektive arbetslag. | Det är en pågående process hos alla medarbetare på Habiliteringen. | Arbetet under året har förlopt och kommer att fortsättas. |
| Säkerställa att lokala rutiner samt kvalitets- och ledningssystem fortsätter användas praktiskt i verksamheten samt vid behov kontinuerlig uppdatering av dessa. | Fortsätta medvetande göra styrande dokument för medarbetare, genom bl.a diskussioner till patienter/vårdnadshavare/anhöriga. Fortsatt arbete med att bryta ner processer och kartlägga vilka rutiner som hör till vilken process. | Vi har gått igenom SPSMs överenskommelse i arbetslaget där vi har fokuserat på ”anvisning för kvalitetskrav vid habilitering”. | All personal på Habiliteringen är medvetna om de rutiner som gäller. | Arbetet med att implementera dessa styrande dokument är att betrakta som långsiktiga. |
| Fortsatt arbete med att tydliggöra information och kontaktvägar gällande klagomål och synpunkter till patienter/vårdnadshavare/anhöriga. | Tydlig information finns på RGRH:s hemsida. | Processen har bearbetas och information finns på RGRH:s hemsida. | Processen är klar och information finns på RGRH:s hemsida. | Information och kontaktvägar har förbättrats. |
| Samarbete med Elevhälsan och tydliga rutiner kring detta. | Enligt fastställd strategi som har förankrats i verksamheten. Habiliteringen kallas/kallar sig vid enskilda elevärenden. EHT fattar beslut om ansvarig för åtgärden samt återkoppling till berörda. Uppföljning sker på nästkommande EHT. Återkoppling till berörd personal sker via respektive specialpedagog/Gruppchef. | All personal inom Habiliteringen har informerats och rutiner gäller. | Arbetet kring samarbete med Elevhälsan fortlöper och det finns tydliga rutiner kring detta. | Arbetet med att implementera dessa rutiner är att betrakta som långsiktiga. |

Risikanaly

Habiliteringens storlek vid RGRH Stockholm, beror på elevantalet.
Enligt kvalitetskrav från Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) ska

habiliteringen ha 0,36 årsarbetare/elev. Under det senaste året har elevantalet minskat vid RGRH och det har lett till att en heltid fysioterapeut och en halvtid psykologs tjänster legat vilande. I dagsläget har vi fått kännedom om att det är sju sökande och vi vet ännu inte hur många elever som kommer att antas. Det vi känner till är att 12 elever slutar i juni 2026. Bemanningen på habiliteringen räknas utifrån nyckeltal utifrån elevantal vilket vid sjunkande elevantal kommer att bli kännbart. Vi har svårt att planera personalbemanning utifrån antagna elever.

Eftersom habiliteringen vid RGRH är beroende av personal med spetskompetens kring elever med rörelsehinder och kognitiva utmaningar behöver vi säkra upp med tillräcklig personalbemanning utifrån prognosen.

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 under 2026.

Händelser och vårdskador

Två avvikelser har förekommit under 2025 men inga vårdskador.

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: Fortsatt arbete kring egenvård-delegering till boendestödjare och elevassistenter.

Strategi: Gruppchef har fortsatt arbetet med arbetsterapeuter, fysioterapeuter och logoped för att konkretisera vad det är som gäller och hur det ska genomföras. Gruppchef har slutfört arbetet under 2025 och Prorenata har uppdaterats med nya rubriker.

Gruppchef för Habiliteringen informerar gruppchef för elevassistans och boendechef för elevhemmet och vad som gäller kring genomförandet av egenvård och vid delegering till elevassistenter och boendestödjare. Respektive gruppchef implementerar dessa vidare.

Under 2025 har frågan om NPÖ, Nationell patientöversikt, lyfts som ett behov för patientsäkerhetsarbetet för att säkerställa habiliteringens ansatser och behandlingar. Huvudmannen har under december 2025 mött verksamheten och lyssnat in de behov som NPÖ skulle kunna fylla. Frågan ligger hos huvudmannen och arbetet fortsätter 2026.