

Utbildningsförvaltningen  
**Tjänsteskrivelse till utbildningsnämnden**

Datum:  
2025-01-14

Diarienummer:  
UBN-2025-00170

Handläggare:  
Viktor Engström

## Patientsäkerhetsberättelse 2024

### Förslag till beslut

Utbildningsnämnden beslutar

1. **att** fastställa patientsäkerhetsberättelsen för 2024 gällande utbildningsnämndens medicinska, psykologiska och logopediska delar för 2024.

### Ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

### Beredning

Ärendet har beretts av utbildningsförvaltningen. Förslaget har inga konsekvenser sett ur ett jämställdhets- eller näringslivsperspektiv.

Ur ett barnperspektiv är det viktigt att de insatser som ges inom elevhälsan medicinska delar utförs på ett patientsäkert sätt.

### Föredragning

Utbildningsnämnden är vårdgivare för den delen av elevhälsan som styrs av hälso- och sjukvårdslagen. I patientsäkerhetsberättelse ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår. Syftet med patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare. Säkrare vård ska leda till färre vårdskador och därmed ökad patientsäkerhet.

Denna patientsäkerhetsberättelse omfattar de professioner i skolans elevhälsa som lyder under hälso- och sjukvårdslagen (logoped, skolläkare, skolsköterska samt psykolog) inom utbildningsförvaltningens grundskolor, grundsärskola, gymnasium,

gymnasiesärskola samt på språk- och talavdelningarna på Botulvs förskola. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns, görs hänvisningar under respektive rubrik.

Den övergripande strategin under 2024 har varit att identifiera och prioritera åtgärder för att stärka patientsäkerheten, skapa en hållbar patientsäkerhetskultur och arbeta med avvikelser. Utifrån analys av året som gått framkommer behov av en översyn av processer, rutiner och aktiviteter för att kunna uppnå en tydligare struktur och därmed underlätta arbetet och åstadkomma en god och säker vård, vilket kommer vara det stora fokuset under 2025.

Antalet avvikelser har minskat jämfört med föregående år, även om siffrorna inte är helt jämförbara. Den samlade analysen är att minskningen kan härledas till annan kategorisering, ökat fokus gällande avvikelser till andra vårdgivare, som inte inkluderas i de egna siffrorna, samt att 2023 års lex Maria-anmälan genererade ett stort antal avvikelser. Sammanfattningsvis bedöms viljan och förmågan att rapportera avvikelser som god. I relation till det stora antal elever som finns inom Uppsala kommun och det stora antalet individinsatser som genomförs, är bedömningen att det identifieras för få avvikelser.

Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2024 och ingen lex Maria-anmälan har upprättats.

Utifrån analys av året som gått framkommer behov av en översyn av processer, rutiner och aktiviteter för att kunna uppnå en tydligare struktur och därmed underlätta arbetet och åstadkomma en god och säker vård, vilket kommer vara det stora fokuset under 2025.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Inga ekonomiska konsekvenser i detta ärende.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse daterad 16 januari, 2025
- Bilaga 1, Patientsäkerhetsberättelse 2024
- Bilaga 2, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Utbildningsförvaltningen

Susana Olsson Casas  
Utbildningsdirektör

# Patientsäkerhetsberättelse för utbildningsnämnden Uppsala kommun 2024



Datum 2025-01-09

Ansvarig för innehållet

Verksamhetschef Viktor Engström

Ledningsansvariga Emma Ager, Paulina Rodriguez Milovic och Marie Wahlman

Diarienummer:

# Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med föreliggande patientsäkerhetsberättelse är att redovisa hur Utbildningsförvaltningen (UBF) i egenskap av vårdgivare arbetar med strategier mål och resultat för att förbättra patientsäkerheten.

Utbildningsnämnden är vårdgivare för den delen av elevhälsan som styrs av hälso- och sjukvårdslagen. I patientsäkerhetsberättelsen framgår det hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår. Syftet med patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare. Säkrare vård ska leda till färre vårdskador och därmed ökad patientsäkerhet.

Denna patientsäkerhetsberättelse omfattar de professioner som lyder under hälso- och sjukvårdslagen (logoped, skolläkare, skolsköterska samt psykolog) inom utbildningsförvaltningens grundskolor, anpassad grundskola, gymnasium, anpassad gymnasieskola samt på språk- och talavdelningarna på Botulvs förskola.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns, görs hänvisningar under respektive rubrik.

Källa:

*Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"*

# Innehåll

Inledning.....	2
Förklaring till förkortningar i texten .....	5
SAMMANFATTNING.....	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	7
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
Övergripande mål och strategier .....	7
Organisation och ansvar .....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	11
Riskanalys .....	12
Prorenata.....	12
Patientsäkerhet relaterad till elever med skyddade personuppgifter .....	13
Säkra digitala möten och säkra meddelanden .....	13
Strålskydd.....	13
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens .....	14
Nyanställning och introduktion av ny personal .....	14
Kompetensutveckling .....	14
Resurser och kompetensförsörjning .....	15
Patienten som medskapare .....	17
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	19
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	20
Webbhandböckerna.....	20
Journalhantering/journalföring.....	20
Prorenatas webbportal har införts för alla skolsköterskor under hösten 2024. Där kan skolsköterskan .....	20
Säker vård här och nu .....	20
Riskhantering .....	20
Analys av risker under 2024 .....	21
Stärka analys, lärande och utveckling.....	21
Avvikelse .....	21
Analys .....	22
Ett stadigt inflöde av avvikelser .....	22
Externa avvikelser.....	22
Analysfynd 2024 .....	23

Klagomål och synpunkter.....	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	24

## Förklaring till förkortningar i texten

Basprogram och vaccinationer	Alla elever erbjuds ett hälsobesök i förskoleklass, årskurs 2,4,7 och 1 på gymnasiet. Alla elever erbjuds vaccinationer som ger skydd mot elva sjukdomar enligt gällande <a href="#">barnvaccinationsprogram</a>
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
ELI	Elevhälsans logopediska insats
EMI	Elevhälsans medicinska insats
EPI	Elevhälsans psykologiska insats
Epikris	Sammanfattning i en patientjournal, som görs efter en vårdperiod.
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSL-teamet	Intern grupp inom Barn- och elevhälsan bestående av verksamhetschef, LLA, MLA, PLA, objektspecialist, verksamhetsutvecklare, arkivassistent.
IF	Intellektuell funktionsnedsättning
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
LLA	Logopediskt ledningsansvarig logoped
MLA	Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska
MTP	Medicinteknisk produkt
NPF	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (tex ADHD eller Autism)
NPÖ	Nationell patientöversikt
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PLA	Psykologiskt ledningsansvarig psykolog
Webbhandböcker	En del av ledningssystemet för skolsköterskor, skolläkare, psykologer och logopedier.

## SAMMANFATTNING

Den övergripande strategin under 2024 har varit att identifiera och prioritera åtgärder för att stärka patientsäkerheten, skapa en hållbar patientsäkerhetskultur och arbeta med avvikelser.

Utifrån analys av året som gått framkommer behov av en översyn av processer, rutiner och aktiviteter för att kunna uppnå en tydligare struktur och därmed underlätta arbetet och åstadkomma en god och säker vård, vilket kommer vara det stora fokuset under 2025.

Antalet identifierade avvikelser i kombination med medarbetarnas ökade kunskaper om patientsäkerhet och riskmedvetenhet (70% av medarbetarna anger ökade kunskaper under året) är bra indikatorer för att vårdgivaren bedriver en god och säker vård. Medarbetarna uppvisar en god motivation och vilja att aktivt arbeta med gängse kvalitetsfrågor såsom transparens, villighet att arbeta med uppkomna fel, intresse för förbättringsarbete både inom den egna verksamheten och hos vårdgrannar. Medarbetarna återkommer till vikten att utföra ett gott arbete i relation till eleverna och deras familjer, och framhåller att det är den främsta motivationen i det dagliga arbetet.

Antalet avvikelser har minskat jämfört med föregående år, även om siffrorna inte är helt jämförbara. Den samlade analysen är att minskningen kan härledas till annan kategorisering, ökat fokus gällande avvikelser till andra vårdgivare, som inte inkluderas i de egna siffrorna, samt att 2023 års lex Maria-anmälan genererade ett stort antal avvikelser. Sammanfattningsvis bedöms viljan och förmågan att rapportera avvikelser som god. I relation till det stora antal elever som finns inom Uppsala kommun och det stora antalet individinsatser som genomförs, är bedömningen att det identifieras för få avvikelser.

Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2024 och ingen lex Maria-anmälan har upprättats.

Under 2024 har fortsatt några skolor under perioder saknat psykolog och skolsköterska, detta beroende på kort- och långtidsvakanser samt under perioder av rekrytering. Konsekvensen har varit att basprogrammet inklusive vaccinationer och uppföljningar genomförts med framflyttad tidsplan samt att önskade utredningar och remisser försenats.



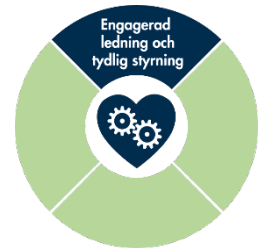
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Barn-och elevhälsan har en styrgrupp för avvikelshantering med fokus på det operativa patientsäkerhetsarbetet och ökad samverkan. Teamet består av PLA, MLA och LLA samt verksamhetschef som deltar vid behov. Teamet arbetar med övergripande analys av inkommande avvikelser.



## Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Den övergripande strategin under 2024 har varit att identifiera och prioritera åtgärder för att stärka patientsäkerheten, skapa en hållbar patientsäkerhetskultur och arbeta med avvikelser.

Tabell 1. Mål för 2024

Mål 2024	Strategier	Resultat/utfall
<b>Höja kvaliteten på journalföringen</b>	Ökat fokus på att utföra journalgenomgång och epikris (journalsammanfattning).	Journalgranskning är genomfört. Förbättringsområden har identifierats och stödinsatser planeras utifrån dessa till 2025. Utfallet på frågan om journalsammanfattningar efter avslutat vårdtillfälle i egenkontrollsenkäten visar på god följsamhet till rutinen för samtliga professioner, vilket har höjt kvaliteten i journalföringen.  En referensgrupp för journaldokumentation har införts under året för skolsköterskor, där rutiner och riktlinjer för journalföring diskuteras för att höja och säkerställa kvaliteten på journalföringen.
<b>Öka kunskapen om patientsäkerhet</b>	Utbildningsinsatser, lärandeforum där händelseförlopp, bakomliggande orsaker och åtgärder kan diskuteras.	Under årets två professionsövergripande yrkesträffar, en på våren och en på hösten, har fokus legat på patientsäkerhetsarbete. Vårens utbildning handlade om avvikelserapportering resp. hantering av avvikelser, och höstens om mognadsbedömningar och sekretessgränsen inom elevhälsan. Vid båda utbildningstillfällena har träffdeltagarna arbetat i lärandeforum utifrån konkreta/specifika situationer för att fördjupa sin förståelse och kunskap.  Den planerade webbaserade patientsäkerhetsutbildningen kommer genomföras under 2025.

		I egenkontrollen uppger 70% av respondenterna att deras kunskaper om patientsäkerhet ökat under året.												
<b>Säkerställa en patientsäker kommunikation med vårdnadshavare och elever.</b>	Öka förutsättningar för god, likvärdig och nära vård, samt vara i linje med Socialstyrelsens och Uppsala kommuns digitala färdplan.	Samtliga professioner har börjat använda webbportalen, en portal för digital kommunikation med vårdnadshavare.  Införandet av NPÖ är i slutfasen och kommer att införas första halvåret 2025.												
<b>Förtroget med och trygghet i processer och rutiner</b>	Uppdatering och implementering av introduktion för nyanställda  Införa ett gemensamt ledningssystem, i nuläge saknas enhetliga processer i takt med att justeringar gjorts löpande i tre olika system.  Ökat fokus på implementeringsaspekter vid alla former av förbättrings- och utvecklingsarbete.	En digital introduktion för all nyanställd HSL-personal har sjösatts.  Under 2024 har alla psykologer erbjudits att delta i månatlig handledning gällande IF-diagnosticering för att öka förtroget med och trygghet i IF-processen. Strax över hälften av psykologerna har anmält sig och deltagit.  Utifrån att kommunen under 2024 infört en gemensam plattform där styrande och stödjande dokument ska samlas, har arbetet med att införa ett gemensamt ledningssystem för de tre HSL-insatserna skjutits till 2025.  Ett årshjul för patientsäkerhetsarbetet inom utbildningsförvaltningen har införts.  Kontaktformuläret för avvikelser har förtydligats och innehåller nu även risker, synpunkter & klagomål. Arbetet behöver fortsätta under 2025 för att ta fram en rutin för hanteringen av avvikelser, risker, synpunkter & klagomål. Även rutinen för användarna ska uppdateras under 2025.  Ledningsansvariga har genomfört veckovisa, gemensamma avvikelseanalyser. Verksamhetschef har deltagit vid vissa tillfällen.												
<b>Säkra remissrutiner för att inte riskera att fördröja utredning eller vårdåtgärder</b>	Utveckla lokal samverkan på skolnivå kring remissprocessen.	Arbete pågår med att förtydliga utredningsprocessen för HSL-professionerna gällande intellektuell funktionsnedsättning, bland annat genom handledningen av psykologer, se föregående mål.												
<b>Följa upp antal utförda hälsobesök och vaccinationstäckning</b>	Använda indikatorerna för hälsobesök och vaccinationstäckning.	<u>Hälsobesök</u> Nuvarande sätt att mäta tar inte hänsyn till att elever börjar och slutar under läsåret, vilket gör att siffrorna inte är helt överensstämmande med verkligt utfall. Sannolikt är inte täckningen 100% i de fall det står så. Detta kommer att analyseras vidare under kommande år, för att kunna mätas på ett tillförlitligare sätt.												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Årskurs</th> <th>Utförda hälsobesök i % 22/23</th> <th>Utförda hälsobesök i % 23/24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Förskoleklass</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Årskurs 2</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Årskurs 4</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Årskurs	Utförda hälsobesök i % 22/23	Utförda hälsobesök i % 23/24	Förskoleklass	100%	100%	Årskurs 2	100%	100%	Årskurs 4	100%	100%
Årskurs	Utförda hälsobesök i % 22/23	Utförda hälsobesök i % 23/24												
Förskoleklass	100%	100%												
Årskurs 2	100%	100%												
Årskurs 4	100%	100%												

		Årskurs 7	100%	90%
		Gymnasiet årskurs 1	70%	70%

Vaccinationstäckning  
Det är en god vaccinationstäckning, målet är att ha 100%. Täckningsgraden har ökat från läsåret 22/23 till 23/24. Det ses en lägre täckning för HPV dos 2.

Vaccination	Täckningsgrad 22/23	Täckningsgrad 23/24
MPR <i>Mässling, påssjuka, röda hund</i>	93%	96%
HPV dos 1 <i>Humant papillomvirus</i>	93%	96%
HPV dos 2 <i>Humant papillomvirus</i>	89%	94%
dTp <i>(Difteri, Stelkramp (tetanus) och kikhosta (pertussis))</i>	89%	91%

### Organisation och ansvar

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

Skolhuvudmannen är vårdgivare och ska tillhandahålla elevhälsa till alla elever. Huvudmannen är ansvarig för att elevhälsa bedrivs i enlighet med bestämmelserna i skollagen. Verksamhetschefen fullgör vårdgivarens uppdrag och har helhetsansvaret för vårdgivaruppdraget enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och mot nämnden. Vidare är det verksamhetschefen som planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar, redovisar resultat och följer upp patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar också för att säkerställa att medarbetare har rätt behörighet och kompetens. Vårdgivaren ansvarar för att utse ansvarig för anmälan enligt Lex Maria. För kommunens utbildningsförvaltning är det verksamhetschefen som ansvarar för anmälan enligt Lex Maria, vilket är registrerat i Socialstyrelsens vårdgivarregister (SOSFS 2005:28).

Verksamhetschef har uppdragit enskilda ledningsuppgifter för elevhälsans HSL-insatser till ansvariga inom de tre HSL-professionerna; logoped, psykologer och skolsköterskor.

Verksamhetschef ansvarar för att arbetet sker i enlighet med HSL men uppdrar åt elevhälsans tre utsedda logopediska (LLA), medicinska (MLA) och psykologiska ledningsansvariga (PLA) att kvalitetssäkra de respektive professionernas processer, metoder och insatser. Vidare ska LLA, MLA och PLA upprätthålla och utveckla rutiner för uppföljningar och utvärderingar av arbetet. De tre ledningsansvariga driver och utvecklar patientsäkerhetsarbetet genom löpande avvikelsehantering, journalgranskning, verksamhetsbesök och stöd till de olika professionerna genom samtal, omvärldsbevakning och informationsdelning.

Inom avdelning barn och elevhälsa finns flera stödfunktioner. Dessa utför arbetsuppgifter som syftar till en säker vård. Det är verksamhetsutvecklare, objektspecialist för journalsystemet Prorenata, yrkessamordnare för psykologerna och enhetschef. De är delaktiga i att utföra egenkontroller, uppföljningar, reviderar rutiner, tar fram och utvecklar nya arbetssätt, ansvarar för omvärldsbevakning och håller i utbildningar.

Elevhälsans psykologiska och medicinska insats samt den logopediska insatsen styrs av både skollagen och hälso- och sjukvårdslagen. Skolsköterskor, psykologer och logopedier är anställda av rektor/enhetschef på skolan/enheten. Två skolläkare är centralt organiserade.

Utöver detta finns upphandlade psykologtjänster som rektor kan avropa för utredning inför eventuellt mottagande i anpassad grundskola/anpassad gymnasieskola.

Varje legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under eget yrkesansvar enligt kapitel 6 (PSL) och bär själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter. Grunden i yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och att ge en sakkunnig och omsorgsfull vård. Skolsköterskor, skolläkare, psykologer och logopedier är skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet, delta i det systematiska kvalitetsarbetet, följa rutiner och processer i ledningssystemet för HSL professionerna (se bilaga 1) och rapportera avvikande händelser och risker.

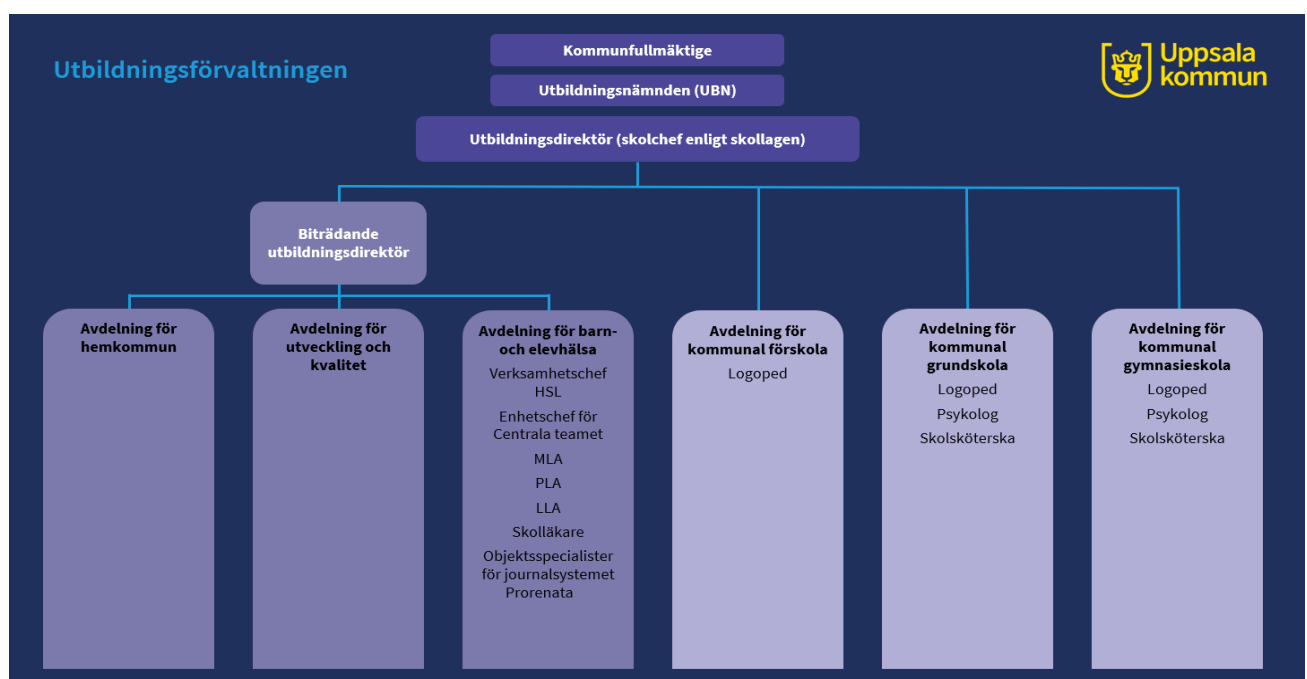


Bild 1: Organisationskiss Utbildningsförvaltningen

### Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Samverkan har skett internt med andra verksamheter inom Uppsala kommun samt med externa verksamheter. Region Uppsala och länets kommuner samverkar för ett hållbart utvecklingsarbete inom området hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO).

Samverkan har skett med flera externa verksamheter:

- Habiliteringen, BUP och logopedmottagningen rörande rutiner kring hänvisning och uppdrag.
- Läns gemensamma möten med Cosmos asyl- och integrationshälsan, kring rutiner för nyanlända elevers hälsoundersökning.
- Centrala Barnhälsovården (CBHV) kring rutiner som berör gemensamma områden samt för utvärdering och justering av rutin för begäran av barnhälsovårdsjournal.

- Region Uppsalas journalutlämning (RUJ) för utvärdering och justering av rutin för begäran av barnhälsovårdsjournal.
- Konsultrond med EMI i länet och regionens barnspecialistmottagningar. Där lyfts bland annat arbetsätt och metoder, kvalitet, lagar och systematiskt kvalitetsarbete.
- Smittskyddsenheten på Akademiska sjukhuset, kring bland annat vaccinationstäckning, spridning av information om TBE vaccination och vid behov råd kring olika sjukdomar och smittspridning.
- BUP/habiliteringen om samarbete och riktlinjer
- Konsultronder med barnspecialistmottagningarna i länet 1x/termin
- Sedan vårterminen konsultronder (en i maj och en i oktober) med remissmottagare på specialiserade enheter på barnsjukhuset: överviktsenheten för barn och ungdom, barnneurologen, barnendokrinmottagningen och ryggortopeden
- Skolläkarmöten i länet
- RF-SISU (friskvårdslotserna) och Nära Vård och Hälsa kring möjligheterna till FaR i skolan
- BarnSäkert teamet kring en eventuell pilot för BarnSäkert i skolan
- CBHV (centrala barnhälsovården) kring uppdaterade överlämningsblanketter från BVC till skola vid skolstart
- Cosmos kring gemensamma rutiner
- Vaccinationsråd på Akademiska sjukhuset
- Universitetet, där vi tog emot gästforskare som är skolläkare i Nederländerna
- Skolläkarföreningen och barnläkarföreningen för samråd och avstämning bland annat kring nötförbud i skolan
- NAG nationell arbetsgrupp kring det nya nationella hälsoprogrammet för barn 0–20 år

Identifierade områden där samverkan kan utvecklas rör bland annat remisskriterier till vårdcentraler och samverkan med dietister på vårdcentraler. Även samverkan med barn- och ungdomshälsan samt socialförvaltningen behöver påbörjas.

### *Informationssäkerhet*

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Grundläggande information kopplad till UBF:s verksamhet är viktig och behöver hanteras på ett säkert sätt. Därför måste informationen skyddas och hanteras så att den är tillgänglig vid behov, att den är tillförlitlig och korrekt och endast tillgänglig för behörig personal. Information får inte manipuleras eller förstöras. Detta brukar beskrivas utifrån ledorden gällande informationssäkerhet: tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet.

Informationssäkerhet omfattar såväl "mjuka" faktorer (attityder, regler, kunskap, beteenden, rutiner) som fysiska och tekniska åtgärder (IT-säkerhet, tillträde med mera). Arbetet med informationssäkerhet utgår från en internationell standard (ISO/IEC 27001:2017, ledningssystem för informationssäkerhet) som är vedertagen inom offentlig verksamhet i Sverige. Lagar och förordningar hänvisar till denna där krav ställs på systematiskt informationssäkerhetsarbete.

Följande verktyg och metoder används i det systematiska arbetet med informationssäkerhet:

- Beskrivna processer
- Informationshanteringsplan i enlighet med Klassa

- Upprättat och aktuellt artikel 30-register (GDPR) över alla personuppgiftsbehandlings
- Genomförd informationssäkerhetsklassning
- Kontinuitetshantering vid avbrott i informationsförsörjningen
- Genomförda konsekvensbedömningar
- Systematiskt arbete med förvaltningen av verksamhetssystem (pm3)
- Uppföljning av avvikelser och incidenter
- Informationssäkerhetskrav i upphandlingar

För styrningen av arbetet med informationssäkerhet har Uppsala kommun fastställt policyer och riktlinjer. Dessa är: Policy för digital transformation, Policy för trygghet och säkerhet samt Riktlinje för informationssäkerhet.

I ledningssystemet för HSL-professioner beskrivs rutiner för personuppgiftshantering. I webbhandböckerna finns lokala rutiner för hantering av sms och e-post, skanning och utskrifter samt rutiner för eventuellt driftstopp av journalsystemet Prorenata. Driftdokumentation, säkerhetskopiering och det fysiska skyddet av informationshanteringssystemet Prorenata hanteras av leverantören.

För att få behörighet till journalsystemet krävs en anställning eller konsultuppdrag som psykolog, skolsköterska, skolläkare eller logoped inom utbildningsförvaltningen i Uppsala kommun. Verksamhetschef, arkivassistent och objektspecialist har behörighet utifrån uppdrag. Även psykologkandidater får behörighet till journalsystemet under sin kandidatpraktik.

För behörighet krävs också en introduktionsutbildning i systemet. Journalsystemet har en tvåfaktorsinloggning och tilldelade roller styr vilken åtkomst som ges. Objektspecialist lägger upp användare och roller i journalsystemet.

Loggkontroller utförs för all HSL-personal varje månad. Alla nyanställda/nya konsulter inom HSL-professioner ska också ta del av information och skriva under dokumentet "Information om sekretess och behörighet inom utbildningsförvaltningen, Uppsala kommun".

Kommunen har ett system för säkra digitala möten och säkra meddelanden. Elever med skyddade personuppgifter finns inte i journalsystemet Prorenata. Journalföring för dessa elever sker i pappersform.

All personal inom kommunen skall genomföra en digital utbildning i informationssäkerhet. Utbildningen syftar till att på ett enkelt sätt ge en förståelse för hur informationssäkerhet påverkar medarbetaren.

Under hösten 2024 påbörjades en obligatorisk utbildning i IT-säkerhet för all personal i kommunen. Den genomförs online och genom utskick med korta utbildningsdelar kommer medarbetarna att utbildas om bland annat nätfiske, säker surfing och hantering av lösenord. Utbildningen pågår under ett år.

## **Risakanalys**

### *Prorenata*

Prorenatas driftsäkerhet har under året varit övervägande god. Tillfälliga driftstörningar har ibland uppkommit när nya versioner har lanserats. Prorenata har relativt snabbt löst problemen.

Under tre dagar i slutet av augusti uppstod ett fel i filen som skickas från IST administration till Prorenata för synkning av elevuppgifter. Flertalet av gymnasieskolorna kom inte med i synkningen

vilket ledde till att eleverna hamnade som inaktiva (saknade skolplacering) i Prorenata. Användarna kunde dokumentera på eleverna men kunde bland annat inte administrera bevakningar.

#### *Patientsäkerhet relaterad till elever med skyddade personuppgifter*

Elever med skyddade personuppgifter finns inte i journalsystemet Prorenata. Detta innebär en risk om skolsköterskan inte får information att dessa elever börjat på skolan, då de tex inte kan erbjudas ett hälsobesök eller en vaccination. Det innebär även en risk för övrig HSL-personal utifrån journalhantering och administration.

#### *Säkra digitala möten och säkra meddelanden*

Funktionen säkra möten har under året haft många driftstörningar och fungerat dåligt och i många fall inte varit användbart, vilket lett till ombokningar av möten eller möten i system med lägre klassad säkerhetsnivå där då innehållet har behövt begränsas.

Tjänsten säkra meddelanden fungerar bra och 60% av HSL-medarbetarna uppger att de använder denna tjänst. Alla HSL-medarbetare har sannolikt inte haft behov av tjänsten.

Vad gäller faktisk användning av systemet, så har det funnits vissa svårigheter i att få vårdnadshavare att öppna dessa meddelanden, framför allt utifrån osäkerhet kring mejlets riktighet då avsändaradressen är en systemadress och inte kopplas till den faktiska avsändaren. Vissa, både medarbetare och vårdnadshavare/elev, saknar privat e-legitimation, vilket gör att tjänsten inte går att använda.

I egenkontrollsenkäten uppger 87% av HSL-medarbetarna att de följer rutinen för SMS och epost. Detta är en något lägre siffra än förra året. Många användare försöker följa rutinen för SMS och e-post noggrant. Det är dock en utmaning att alltid följa rutinen, särskilt när det gäller tidsbokningar och påminnelser. Det finns situationer där anpassningar och undantag görs för att hantera praktiska behov och säkerställa effektiv kommunikation. Det kan vara svårt att följa rutinerna helt och hållet när vårdnadshavare/elev inte kan hantera säkra meddelanden eller när tekniska begränsningar förhindrar effektiv kommunikation, samt när vårdnadshavare initierar SMS- eller mejlkontakt.

#### *Strålskydd*

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Ej aktuellt.

## **En god säkerhetskultur**

Medarbetarna uppmuntras att skriva avvikelser för att utveckla och säkerställa verksamhetens rutiner.

I webbformulär för inrapportering av avvikelser finns numera även möjlighet att rapportera in risker, synpunkter och klagomål, för att skapa förutsättningar för HSL-personalen att på ett bredare vis vara medvetna om och kunna rapportera in även sådant som skulle kunna utgöra risker, inte bara det som inneburit en avvikelse.

Ledningsansvariga har ett gemensamt avvikelshanteringssystem och ett gemensamt forum för analys och åtgärder. Återkoppling görs till inrapporterande person samt i relevanta fall till yrkesnätverken, vilket är ett forum för reflektion och lärande.



Flera medarbetare ger positiv feedback på insatserna från verksamhetschef, ledningsansvariga och samordnare som har varit aktiva i att ge stöd, avdramatisera rapporteringen av avvikelser och uppmuntra till patientsäkerhetsarbete. Detta har uppfattats som både motiverande och lärorikt.

Under 2024 har två professionsövergripande yrkesträffar för HSL-personal hållits, varav en haft särskilt fokus på patientsäkerhetskultur och den andra haft fokus på god och säker vård. I den digitala egenkontrollsenkäten till professionerna ställdes frågan ”Har dina kunskaper om patientsäkerhet ökat under detta läsår?”, där 70% uppgav att så var fallet.

Medarbetarna uppvisar en god motivation och vilja att aktivt arbeta med gängse kvalitetsfrågor såsom transparens, villighet att arbeta med uppkomna fel, intresse för förbättringsarbete både inom den egna verksamheten och hos vårdgrannar. Medarbetarna återkommer till vikten att utföra ett gott arbete i relation till eleverna och deras familjer, och framhåller att det är den främsta motivationen i det dagliga arbetet.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med resurser och att personalen har adekvat kompetens samt goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Elevunderlaget per tjänst bör vara rimligt dimensionerat utifrån antal elever, vårdtyngd och uppdragsbeskrivning, och vakanta tjänster behöver tillsättas utan långa uppehåll.



Rektor/anställande chef ansvarar för att säkerställa kompetensen och erbjuder stöd i rekryteringsprocessen. Samordnarna för respektive yrkeskategori ansvarar för yrkesspecifik introduktion.

Kompetenskrav för hälso- och sjukvårdspersonal inom utbildningsförvaltningen:

- Skolsköterska: Legitimerad sjuksköterska med någon av följande specialistutbildningar; Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller skolsköterska.
- Skolläkare: Legitimerad läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomsmedicin, allmänmedicin eller barn- och ungdomspsykiatri.
- Skolpsykolog: Legitimerad psykolog alternativt PTP-psykolog (praktisk tjänstgörande psykolog) under förutsättning att handledning av legitimerad psykolog kan erbjudas.
- Logoped: Legitimerad logoped.

## Nyanställning och introduktion av ny personal

Från och med hösten 2024 genomgår alla nya HSL-medarbetare en interaktiv digital introduktionsutbildning för att få kännedom om gällande lagar, processer och rutiner. Den nya medarbetaren får även en yrkesspecifik introduktion och introduktion i journalsystemet Prorenata, där vissa delar genomförs som en digital del.

## Kompetensutveckling

Under 2024 har HSL-teamets medlemmar deltagit i olika forum såsom Prorenatas nätverksträff, Skolsköterskeföreningens kongress, PSIFOS kompetensdagar och skolläkardagarna.



Yrkesträffarna har erbjudits alla professionerna med syfte är att vara ett stöd i det löpande arbetet och att skapa en god säkerhetskultur för elevhälsans professioner samt för logoped. Antalet yrkesträffar är tre tillfällen per termin, där en träff per termin är professionsövergripande för all HSL-personal inom elevhälsan, där fokus ligger på gemensamma HSL-frågor och samverkan. Träffarna är inte obligatoriska, men HSL-personalen förväntas ta del av innehållet, antingen på plats eller efteråt. Enligt egenkontrollsnäkäten framkommer att en stor majoritet av HSL-personalen deltar på yrkesträffarna, och att de till mycket stor del tycker att innehållet i träffarna är relevant för dem. Inför kommande verksamhetsår kommer vikten av närvaro på träffarna att lyftas med rektorer och enhetschefer.

Utöver yrkesträffarna har HSL-professionerna åtkomst till yrkesspecifika teamskanaler där professionerna har tillgång till arbetsmaterial, omvärldsspaning, informationsdelning och yrkesspecifik information. Digitalt öppet forum erbjuds regelbundet för kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte i syfte att lyfta och diskutera frågor rörande nya rutiner, med mera.

Alla professionerna har tillgång till ledningssystemet i form av en webbhandbok som innehåller information om gällande processer och rutiner.

Samverkan och kompetensutbyte har skett med flera externa verksamheter:

- Vaccinationsråd tillsammans med Region Uppsala för att följa forskning och nyheter kring vaccinationsprocessen.
- MLA och PLA deltar i länsgemensamma nätverksmöten för ledningsansvariga inom resp. profession.
- MLA deltar i Nationell nätverksträff -Elevhälsosamtal & elevhälsodata
- Smittskydd, samverkan med smittskyddssjuksköterska och läkare för informationsinhämtning/spridning och nyheter.
- LLA deltar i nationella nätverksmöten för ledningsansvariga logoped.
- PLA deltar i arbetet för att revidera ViS-rutinen för samverkan vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF).
- Ledningsansvariga deltar i framtagande för lokalt ViS-dokument Händelseanalys i samverkan vid suicid hos barn under 18 år
- Länsgemensamma möten för elevhälsochefer. Enhetschef för Centrala teamet deltar.
- Länsgemensamt NPF-nätverk. Enhetschef för Centrala teamet deltar.
- Samverkansmöte med Elevhälsan närliggande län.
- Ledningsansvariga deltar i framtagande av rutin för systematiskt kvalitetsarbete för skolformernas elevhälsoarbete.
- Styrgrupp vårdcentrum centrala Uppsala. Verksamhetschef deltar i systemledning.
- Länsövergripande styrgrupp för kunskapsstyrning, verksamhetschef deltar.
- Föreläsning stick-och sprutträda av Barn- och Ungdomshälsan.
- Uppdragsutbildning i Motiverande samtal (MI) på 3 hp har erbjudits via Karolinska Institutet till alla skolsköterskor, skolläkare.

## **Resurser och kompetensförsörjning**

Enligt skollagen ska varje skola ha tillgång till skolsköterska, skolläkare och skolpsykolog. Vissa skolor har även valt att anställa logoped. Det är rektor/enhetschef som är närmaste chef för skolsköterska, psykolog och logoped. Rektor/enhetschef ansvarar för rekrytering, anställning och arbetsledning av

dessa kompetenser. Ledningsansvariga är behjälpliga vid frågor kring kompetens och annat vid nyrekrytering av HSL-personal.

Det är fortsatt få behöriga sökanden till vissa lediga tjänster gällande skolsköterskor. Gällande psykolog- och logopedtjänster har antalet sökande varit tillfredsställande. Verksamhetschef har kommunicerat med förvaltningsledningen om utmaningen att säkra framtidens rekryteringsbehov.

I likhet med föregående år har tillgången av skolpsykolog och skolsköterska på en del skolor varit otillräcklig då alla elever under vissa perioder inte haft tillgång till den hälso- och sjukvård de enligt skollagen har rätt till. Bristande bemanning innebär en patientsäkerhetsrisk. Vissa skolor har haft svårigheter med att få in ersättare vid kort- och långtidsfrånvaro.

Enstaka skolor har valt att inte nyanställa psykolog, utan i stället anlitat psykologkonsult. Detta innebär att skolan inte har tillgång till skolpsykolog i det löpande elevhälsoarbetet utan enbart vid utredningar, vilket inte är i linje med skollagen. Därtill visar ett stickprov hos psykologerna att snitttiden för en insats att komma i gång när psykolog är anställd på skolan 0–30 dagar, medan det tar 3–5 månader för en insats att komma i gång när en psykologkonsult anlitas.

Skolläkare arbetar på skolornas elevhälsa men är anställda centralt på avdelning barn- och elevhälsa. Skolläkarna arbetar inom den medicinska insatsen på skolan specifikt, men är också tillgängliga för skolornas elevhälsoarbete på generell nivå.

Resursen på två heltider fördelat på hela grund- och gymnasieskolan bedömdes vara för låg för att fullt ut kunna fullfölja det medicinska uppdraget. Det finns risk att skolläkaren inte hinner med att ge individinsatser för de som behöver, inom rimlig tidsgräns.

Från och med 2024 är de två heltiderna fördelade på tre personer vilket skapat större flexibilitet och bredare specialistkunskap inom skolläkargruppen.

20 skolor/enheter har tillgång till skollogoped med varierande tjänstgöringsgrad från 5 till 180%. Logopeder finns även anställda centralt i barn- och elevhälsan för logopediska utredningar samt handledning/konsultation kring specifika elever eller för generellt elevhälsoarbete. Det finns även logoped som arbetar på individnivå med barn med konstaterad språkstörning på förskola med språk- och talavdelning.

I den centrala organisationen finns tre anställda psykologer som arbetar med målgruppsprövningar samt handledning/konsultation kring specifika elever eller för generellt elevhälsoarbete.

Under år 2024 har det funnits två ambulerande skolsköterskor på 200% och en skolpsykolog på 100% (oktober-december). Dessa är anställda av grundskolans centrala organisation. MLA är stöd i ärendefördelning för de ambulerande skolsköterskorna och både MLA och PLA har deltagit i rekryteringsprocesserna.

Från och med år 2025 utökar grundskolan resurserna inom sin organisation för att eliminera riskerna med låg bemanning. I teamet kommer skolsköterskor och psykologer att finnas tillgängliga att nyttja för skolorna vid kortare eller längre insatser. Teamet kommer även att innehålla logopeder.

## Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Inom utbildningsförvaltningens skolor lämnas skriftlig och muntlig information till vårdnadshavare och elever gällande basprogrammet, samt inför hälsosamtal och vaccinationer. Alla insatser utgår från elevens behov och förutsättningar.



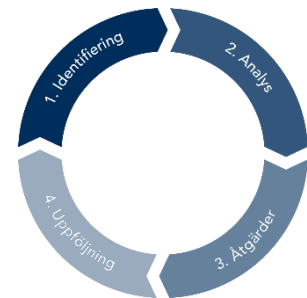
Eleven ska delta aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med eleven. Inför utredning, remiss, vaccination samt övriga individinsatser som faller under HSL inhämtas samtycke från vårdnadshavare/myndig elev eller från elev efter mognadsbedömning. Vid alla typer av utredningar ska elevens och vårdnadshavares bild inhämtas. Enligt fynd i årets egenkontroller framkommer att elevens delaktighet inte alltid är klarlagd i dokumentationen.

Möjlighet att rapportera in klagomål och synpunkter finns på Uppsala kommuns hemsida. I de fall där det finns behov involveras berörd vårdnadshavare/elev kring aktuella avvikelser.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. En verksamhet väljer själv de egenkontroller som passar bäst för att processer och rutiner ska kunna följas och utvärderas.



För att följa upp och säkra verksamhetens kvalitet görs följande:

- Logguppföljning av aktivitet i journal en gång i månaden.
- Digital enkät med uppföljningsfrågor till all HSL-personal 1 gång per år, där följsamhet till gällande rutiner och patientsäkerhetsrisker följs upp.
- Journalgranskning för att säkerställa efterlevnad av dokumentationsriktlinjer, det vill säga kvaliteten på journalföringen.
- Översyn av behörigheter och olika roller i journalsystemet för att säkerställa att personal endast har tillgång till de uppgifter de behöver inom ramen för sitt arbete.
- Årlig kontroll av EMI:s medicintekniska produkter.
- Riktade verksamhetsbesök vid behov.

Ett övergripande resultat av egenkontroller visar att alla HSL-medarbetare huvudsakligen arbetar enligt de processer rutiner som finns. Det behöver under 2025 fortsatt arbetas med implementering av nya rutiner, säkerhetskultur, journalföring och digitalisering.

En fullständig analys av alla egenkontroller har genomförts och används för kvalitetssäkring och utveckling av det löpande arbetet. I tabellen nedan (Tabell 2) redovisas ett urval av fynd.

Tabell 2. Mål, resultat och analys utifrån egenkontroller i urval

Område	Mål	Identifiering	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
<b>Logguppföljning</b>	Inga obehöriga besök i journal	Har genomförts regelbundet, ungefär 1 gång/månad. Årets logguppföljningar har inte visat på några obehöriga besök i elevjournaler.	Årets fynd sammanfaller med även tidigare års fynd, där vi inom ramen för aktuell egenkontroll inte identifierar överträdelser. Det finns en god kunskap hos HSL-professionerna att endast gå in i journaler för de patienter som den anställde har en vårdrelation till.	I samband med att det gjorts en översyn av behörigheter och roller i journalsystemet kommer verksamheten under kommande år att minska antalet logguppföljningar, dock med bibehållen kontroll för årets alla månader.	Vid nästa års analys i patientsäkerhetsberättelsen.
<b>Dokumentation i patientjournal</b>	Säkerställa en god och säker vård	Journalgranskning för samtliga professioner har genomförts under 2024.	I den övergripande analysen framkommer framför allt brister i vissa steg i vårdprocessen, i synnerhet inom områdena planering, genomförande och utvärdering.	Förtydligande av dokumentationsrutiner och ge stöd till professionerna gällande vårdokumentation utifrån rutiner.	Uppföljning i journalgranskning.
<b>Mottagningsrum som uppfyller kraven på sekretess och ljudkänslig testning</b>	Säkra mottagningsrum.	Har mätts en gång under 2024 i digital enkät. 66 % bedömer att de har ändamålsenliga rum.	I jämförelse med förra årets mätning uppger fler i årets mätning att de har ändamålsenliga rum. Lyhördhet, brist på ljudisolering samt kontorslandskap, delade arbetsutrymmen och risk för insyn anges som de största orsakerna till bristande mottagningsrum.	Planerar för informationsinsats riktad till rektorer/enhetschefer.	Uppföljning i digital enkät.
<b>Förutsättningar att utföra sitt HSL-arbete på tillfredsställande sätt</b>	En tillgänglig, god och säker vård för alla elever.	Har mätts en gång under 2024 i digital enkät. 13 % bedömer att de inte hinner med sitt arbete.	Resultatet är i linje med förra året. Anledningar som anges är framför allt stort elevantal och vårdtyngd i förhållande till tjänst, små marginaler, mycket stress och korttidsfrånvaro. Konsekvensen blir att elever inte erbjuds en tillgänglig, god och säker vård, vilket framkommer i risk- och avvikelseberättelserna.	Checklista för nyanställning och långvarig frånvaro har uppdaterats under året. Skolformerna har uppmanats att utöka resurserna.	Uppföljning i digital enkät.
<b>Användning av skolläkarsresurs</b>	En tillgänglig, god och säker vård för alla elever.	Har mätts en gång under 2024 i digital enkät	Flera skolor har inte efterfrågat skolläkarmottagning under året.	Få en klarare bild över anledningar till att vissa skolor inte efterfrågat skolläkarmottagning hos såväl skolsköterskor och rektorer/enhetschefer.	Uppföljning genom avstämning med de aktuella skolorna.

<b>Remissprocessen lokalt på skolan.</b>	Att processen fungerar väl.	Har mätts en gång under 2024 i digital enkät. En klar majoritet tycker att det teambaserade remissarbetet på skolan fungerar väl/mycket väl.	Nöjdheten är ungefär densamma som förra året, men inom den gruppen är fler mer nöjda än förra året, 20 % fler uppger att remissarbetet fungerar mycket väl.	Förtydliga remissprocessen genom att ta fram en mall för samtycke till remiss. Samverka tillsammans med skolformerna kring hur lång tid en remissprocess bör ta.	Uppföljning i digital enkät.
<b>Målgruppsundersökningar, IF-utredning</b>	Tillräckliga kunskaper och förutsättningar för att utreda IF.	Har mätts en gång under 2024 i digital enkät. Resultatet är detsamma som förra året där det finns några personer som upplever att de inte har tillräcklig kunskap och erfarenhet att genomföra en IF-utredning.	Handledningsgrupper som erbjuds kontinuerligt för alla psykologer, där mer än hälften av alla psykologer deltar. I webbenkäten uppger många av deltagarna att handledningstillfällena uppskattas och är givande.	Fortsätta handledningsgrupper för psykologer planeras för kommande verksamhetsår.	Uppföljning i digital enkät.
<b>Sticksäkra kanyler vid vaccination</b>	Använda sticksäkra kanyler.	Har mätts en gång under 2024 i digital enkät. Resultatet visar på att följsamheten till rutinen har ökat från 74 % till 95 %.	Vikten av följsamhet till rutinen har påtalats på yrkesträffar för EMI samt uppmärksammats för professionen i genomgång av PSB, vilket förefaller haft stor effekt.	Fortsätta påminnelser till professionen.	Uppföljning i digital enkät.
<b>Hög kvalitet och tydliga processer, rutiner och aktiviteter för att säkerställa god och säker vård</b>	Som en del av ledningssystemet ska webbhandboken vara en aktuell, tillförlitlig och användbar källa till processer, rutiner och aktiviteter	I digital enkät 2024 ställdes frågan "Fungerar webbhandboken som ett stöd i ditt arbete?". 46% anger att det fungerar bra, 50% anger att det fungerar ganska bra. 4% uppger att det inte fungerar så bra.	Webbhandböckerna uppfattas som ett viktigt och användbart stöd i arbetet med att upprätthålla patientsäkerhet och kvalitet. Det finns förbättringsområden, särskilt vad gäller sökfunktionen, tydlighet i navigeringen, och frekvent uppdatering av information. Önskemål om bättre struktur av innehåll och tydligare vägledning om ändringar och uppdateringar.	Göra en gemensam handbok för alla under 2025 då det är samma vårdgivare för samtliga professioner.	Uppföljning av införande av sammanhållen handbok.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Utredningar av avvikelser har genomförts av ledningsansvariga. Vid behov har avvikelser analyserats och utretts vid gemensamma avvikelsemöten för ledningsansvariga. Verksamhetschef har deltagit vid några av dessa möten.

Under 2024 har en gemensam yrkesträff med fokus på avvikelseprocessen genomförts. Detta planeras att genomföras fortsatt en gång per år. Rutinen för avvikelshantering finns i webbhandböckerna där den synliggjorts ytterligare. Kännedom om processen följs upp på årlig basis. I den digitala



egenkontrollsenkäten för 2024 framkom det att 70% av HSL-medarbetarna hade fått ökade kunskaper om patientsäkerhet under det senaste året.

Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2024 och ingen lex Maria-anmälan har upprättats. Det har inkommit 99 avvikelser som har utretts.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på gemensamma rutiner, det säkerställer att arbetet utförs på ett likvärdigt och patientsäkert sätt. Det pågår ett ständigt arbete för att kvalitetssäkra våra processer och system. Processerna och rutinerna finns beskrivna i det interna ledningssystemet. Ändringar som gjorts för att säkra system och processer under 2024 beskrivs nedan.



### Webbhandböckerna

Webbhandböckerna, som är en del av ledningssystemet, har kontinuerligt uppdaterats under året enligt fastställt årshjul och mindre ändringar har skett löpande. Det finns idag tre versioner av webbhandböcker riktade till logoped, psykologer respektive EMI. Detta har lett till att det inte alltid är ett överensstämmande innehåll gällande gemensamma processer och rutiner i de olika webbhandböckerna, vilket skulle kunna leda till patientsäkerhetsrisker.

### Journalhantering/journalföring

Prorenatas webbportal har införts för alla skolsköterskor under hösten 2024. Där kan skolsköterskan skicka blanketter som elev/vårdnadshavare kan besvara. Elev/vårdnadshavare kan även se inbokade möten samt boka in sig på lediga tider.

Arbete pågår för att även skolpsykologer och logoped ska börja använda webbportalen för kommunikation med elev/vårdnadshavare under 2025.

Under året har införande av Nationell patientöversikt, NPÖ, fortsatt, med mål att starta 2025. Målet är effektiv och säker informationsöverföring över huvudmannagränser. Professionerna kommer då att ha möjlighet till sammanhållen journalföring och kunna ta del av patientinformation genom direktåtkomst inför bland annat utredningar och vaccinationsbedömningar.

De olika professionerna har under året inkommit med synpunkter, klagomål och förbättringsförslag gällande journalhantering/journalföring. Bättre funktionalitet för säker dokumentation samt förbättrade och nya mallar och anteckningsmöjligheter har uppgetts som önskvärt, för att kunna göra systemet mer effektivt och användarvänligt för alla yrkesverksamma. Önskemål och förbättringsförslag har tagits tillvara och under året har till exempel utveckling av olika anteckningsmallar skett.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

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

Verksamheten har under 2024 arbetat med att öka antalet inkomna riskrapporter, dels genom att informera professionerna om risker, dels genom att uppmuntra till inrapportering samt underlätta processen vid inrapportering.



Professionerna behöver inte ange om det är en avvikelse, risk, synpunkt eller klagomål de rapporterar, den kategoriseringen gör ledningsansvariga.

Utvecklingsarbetet gällande riskhantering kommer att fortsätta under 2025, med utbildningsinsatser för professionerna och även bland annat genom samverkan med rektorer och enhetschefer utifrån frågor om sekretess inom elevhälsan.

#### *Analys av risker under 2024*

Mängden risker har ökat jämfört med föregående år. Detta tros bero dels på genomförd utbildningsinsats, dels på att risker nu kategoriseras separat mot tidigare då de ingick under avvikelser.

Exempel på risker som identifierats under verksamhetsåret:

Bristande rutiner vid längre frånvaro i samband med pågående utredningar har identifierats som en risk. Arbete med detta fortgår under 2025.

De interna kriterierna för utredning av läs- och skrivutredning inom Barn- och elevhälsan är inte tillräckligt tydliga och har inte lett till en jämlik bedömning och kommer därför ses över under 2025 för att förtydliga vilka elever som ska tas emot.

Rutiner saknas för hantering av ljud- och bildfiler i journalsystemet, vilket kan innebära både en patientsäkerhetsrisk och svårigheter gällande arkivering av data. Översyn av detta har påbörjats och kommer fortgå under 2025.

Vid ett ökat elevantal utan översyn av HSL-professioners tjänstgöringsgrad, finns det risk för att basprogram och utredningar blir fördröjda och inte erbjuds enligt gällande rutin.

Risker har uppmärksamats kring otydlig dokumentation, som kan leda till feltolkningar och risk för att fortsatta bedömningar och åtgärder blir felaktiga.

De senaste åren och även för år 2024 har det inkommit många riskrapporter gällande icke-ändamålsenliga lokaler. De största riskerna handlar om lyhörda och/eller ej insynsskyddade rum, vilket kan inverka negativt på exempelvis hörselkontroller och testningar, och i förlängningen leda till felaktiga bedömningar. Riskerna kommuniceras vidare till rektorer och enhetschefer löpande.

Verksamhetens fyra professioner har tre olika webbhandböcker, där samtliga rutiner och vårdprocesser beskrivs. Webbhandböckerna uppdateras av tre olika personer som i nuläge inte alltid har möjlighet att stämma av justeringar med varandra. Detta riskerar att skapa otydlighet professionerna emellan och i värsta fall ett icke-överensstämmande innehåll. För kommande år är målet att föra samman de tre webbhandböckerna till en och samma.

## **Stärka analys, lärande och utveckling**

### **Avvikelser**

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Avvikelserapportering görs för att identifiera risk för vårdskada eller vårdskada. Sammantaget har det under perioden januari-november 2024 rapporterats 99 avvikelser.

*Tabell 3. Avvikelser under 2024, januari till november.*



Avvikelse utifrån processer	Avvikelse inom den egna verksamheten
Handledning/konsultation	1
Hälsobesök	9
Journalhantering	18
Läkemedelshantering	3
Medicinska kontroller	18
Medicintekniska produkter	3
Remisser	4
Utredning/bedömning	25
Vaccination	18
<b>Summa</b>	<b>99</b>

## Analys

### *Ett stadigt inflöde av avvikelser*

En hög förekomst av avvikelser inom vården är ett friskhetstecken för en organisation, då den visar på en medvetenhet om de egna bristerna och en villighet att arbeta med dem. Den visar också på en trygghet hos medarbetarna att prata om fel samt söka stöd och vägar för att förebygga felen. En hög grad av avvikelser betyder inte att en verksamhet gör många fel, utan snarare tvärtom; en organisation som präglas av en tysthetskultur tenderar att göra fler och allvarigare fel.

Under 2024 minskade de inrapporterade avvikelserna jämfört med 2023, trots att medarbetarna angett att de känner sig mer kunniga och trygga vad gäller avvikelserrapporteringen. Siffrorna för de båda åren är inte helt jämförbara då risker, synpunkter och klagomål under 2023 ingick i antalet avvikelser, men nu kategoriseras separat. Det framkommer att avvikelser inte alltid rapporteras på grund av tidsbrist, eller eget åtgärdande av det inträffade.

Andra anledningar till den minskade mängden rapporter under 2024 kan delvis vara att det under 2023 upprättades många avvikelser i samband med ett IVO-ärende som tydligt bidrog till en större mängd avvikelser det året. Under de senaste två åren har många nya rutiner samt annat förbättringsarbete baserat på inkomna avvikelser arbetats fram, vilket kan ha bidragit till färre uppkomna fel under 2024. Vidare baserar sig föreliggande patientsäkerhetsberättelse på elva månaders inkomna avvikelser, och inte på hela året, vilket i sig minskar antalet för totala avvikelser. Därutöver finns det en varians i antal rapporter från år till år som beror på slumpen. I relation till det stora antal elever som finns inom Uppsala kommun och det stora antalet individinsatser som genomförs, är bedömningen att det identifieras för få avvikelser.

Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2024 och ingen lex Maria-anmälan har upprättats.

### *Externa avvikelser*

Vid upptäckt av externa avvikelser hos annan vårdgivare följs ViS-riktlinjen Avvikelsehantering i samverkan. Det har identifierats 28 avvikelser som ägt rum hos en annan vårdgivare, som skickats



vidare till berörd verksamhet för utredning. Detta är en fördubbling mot föregående år och det är positivt att medarbetarna upptäcker alla typer av avvikelser för att säkra vårdkedjan.

## **Analysfynd 2024**

Den aggregerade analysen gällande bakomliggande orsaker för avvikelser är att rutiner inte har följts, att rutiner varit otillräckliga eller saknats. Exempelvis har det inte upprättats bevakningar enligt befintlig rutin som i sin tur lett till att planerade uppföljningar inte har genomförts. Detta har i sin tur berott på stress, störningsmoment såsom avbrott i dokumentationsarbetet vid elevers spontana besök, samt att nya rutiner inte helt har implementerats.

Området journalhantering står för en femtedel av avvikelserna. Den stora andelen inom området beror sannolikt på att journalföring är en sådan central del i arbetet. Avvikelseerna handlar om brister i att ta del av tidigare journalanteckningar, att inte ha efterfrågat tidigare journaler, att det saknas dokumentation, rutiner för elever som får skyddade personuppgifter under en pågående utredning och att det inte har avsatts dokumentationstid. Vid den årliga journalgranskningen har det uppdragats ett behov av att förtydliga dokumentationsrutiner, kring vad som ska dokumenteras i en elevs journal och även hur bedömningar och samtal av/med andra HSL-professioner ska dokumenteras.

Vidare saknas det rutiner för dokumentation vid övergångsmöten som genomförs innan eleven har en skolplacering i Uppsala kommuns skolor och därmed inte finns i det digitala journalsystemet. Rådande praxis är att anteckna på papper vilket innebär en säkerhetsrisk då det inte finns ett systemstöd för detta, och bygger på att medarbetaren själv kommer ihåg att sedan föra in informationen i journalsystemet.

Remisser står för en liten del av alla avvikelser men de tar tid att följa upp för berörd personal. Exempelvis att ”jaga” remissvar eller uteblivna remissbekräftelser som i sin tur kan orsaka försenad vård. Under året har ett aktivt arbete med att samverka med aktuella verksamheter pågått och även ett riktat arbete att införa NPÖ som möjliggör en mer sammanhållen vårdkedja.

Området utredning/bedömning står för lite mer än en femtedel av alla avvikelser. Flera av dessa handlar om bristande och otydliga interna rutiner inom IF-processen. Avvikelseerna har även gällt bland annat felaktig tolkning och sammanräkning av resultat på olika test samt handhavande av väntelistor som inneburit försenad vård.

Hög arbetsbelastning, vakanser och sjukskrivningar har i likhet med tidigare år påverkan på den givna vården. Detta har exempelvis lett till att basprogrammet inklusive vaccinationer inte kunnat erbjudas fullt ut, samt att utredningar dröjt innan de kunnat påbörjas. Grundskolan har bildat en central enhet för ambulerade HSL-professioner som ska täcka upp vid vakanser, med mål att det alltid ska finnas tillgång till skolsköterskor och psykologer.

## **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Rutiner för klagomål och synpunkter från elever, anhöriga eller andra finns på uppsala.se. Det kommer fortsatt pågå en utveckling av hur möjligheten att klagomål och synpunkter ska tillgängliggöras så att det enklare går att rapportera in. Klagomål och synpunkter som kommer in via Uppsala.se registreras i Prorenata. Under 2024 justerades professionernas inrapporteringsformulär, för att kunna ta emot även synpunkter/klagomål förutom risker och avvikelser.

Nio klagomål och synpunkter har inkommit, synpunkterna har tagits i beaktande och i vissa fall har en översyn av Barn- och elevhälsans rutiner gjorts eller är under pågående arbete.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Arbetet med att skapa en god patientsäkerhetskultur fortgår i alla våra forum genom gemensamma diskussioner, inläsning av riktlinjer och styrdokument, fallbeskrivningar, med mera.

HSL-teamet har fastställt ett årshjul för patientsäkerhetsarbetet där det bland annat ingår en patientsäkerhetsutbildning för all HSL-personal som ska genomföras kontinuerligt, med start 2025.



År 2024 års breda journalgranskning gjordes med två syften, dels att upptäcka faktiska brister, dels att upptäcka områden för kommande tematiska journalgranskningar, som kommer att vara inriktningen för granskningarna framöver. Syftet med det arbetet är att systematiskt få syn på områden som skulle kunna utgöra patientsäkerhetsrisker.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Samtliga mål för 2025 bygger på identifierade förbättringsområden i verksamheten. Det övergripande målet är att ha en hög patientsäkerhet och ge en god vård genom att arbeta med ständiga förbättringar. Utifrån analys av året som gått framkommer behov av en översyn av processer, rutiner och aktiviteter för att kunna uppnå en tydligare struktur och därmed underlätta arbetet och åstadkomma en god och säker vård.

Tabell 4: Mål för 2025

Mål 2025			
Övergripande mål = öka patientsäkerheten	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
<b>Ökad patientsäkerhet för elever med skyddade personuppgifter</b>	Se över möjligheten att få in elever med skyddade personuppgifter i det digitala journalsystemet.	Undersöka tekniska förutsättningar för införandet och göra en risk- och konsekvensanalys. Utvärdering av risk- och konsekvensanalys samt därefter planerat införande, med eventuell start på några pilotskolor.	Logguppföljningar, digital enkät till HSL-medarbetarna, samt eventuella referensgruppsamtal.
<b>Säker och tydlig process vid frågeställning intellektuell funktionsnedsättning</b>	Genomlysning av IF-processen gällande vad som ska göras och i vilken ordning	Uppdatera och justera befintlig IF-process med ingående aktiviteter och rutiner samt implementera detta.  Korrelera IF-processen med arbetsgången för antagning till anpassad skola.	Journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.

		Informera rektorer/enhetschefer om förtydligad IF-process för HSL-professionerna.	
<b>Förtrogenhet med och trygghet i processer och rutiner</b>	Göra en gemensam webbhandbok för alla HSL-professioner.  God implementering av processer och rutiner för att uppnå en hög följsamhet.	Strukturerad av processer, rutiner och aktiviteter samt sammanslagning och överföring till ny kommungemensam plattform.  Ledningsansvariga och verksamhetschef ska öka den egna kunskapen om implementeringsaspekter som ett led i att nå en god följsamhet. Samverka med rektorer/enhetschefer om HSL-processerna.	Journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.
<b>Hög vaccinationstäckning av MPR, HPV och dTp och att alla elever erbjuds ett hälsobesök.</b>	Se över rutiner för information till elev och vårdandashavare inför vaccination och hälsobesök.	Vid behov uppdatera och justera befintlig rutin och implementera den.  Jämföra resultat från 2024 med 2025 och analysera dessa.	Ta ut statistisk från journalsystemet.

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

# Innehåll

Inledning .....	3
Syfte.....	3
Definition av kvalitet .....	3
Ansvarsfördelning .....	3
Vårdgivarens ansvar .....	3
Verksamhetschefens ansvar.....	4
Systematiskt kvalitetsarbete .....	4
Löpande verksamhet.....	4
Avvikelsehantering.....	4
Behörighet och kompetens.....	5
Personuppgiftshantering .....	5
Samverkan .....	6
Information .....	6
Ledningsansvariga.....	6
Rektors ansvar.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar .....	6
Processer och rutiner.....	7
Kompetens.....	8
Kompetenskrav logoped och psykolog .....	8
Kompetenskrav skolläkare .....	8
Kompetenskrav skolsköterska.....	8
Kompetenskrav vid anställning .....	8
Kompetensutveckling .....	8
Samverkan.....	9
Samverkan inom skolan .....	9
Övrig samverkan .....	9
Riskanalys .....	9
Egenkontroll.....	10
Utredning av avvikelser.....	10
Klagomål/synpunkter .....	10
Lex Maria .....	10
Patientsäkerhetsberättelse .....	10
Dokumentationsskyldighet .....	10

## Inledning

Elevhälsan ska stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål och insatserna ska främst vara hälsofrämjande och förebyggande. Skollagen ställer krav på att elevhälsans verksamhet ska vara av god kvalitet och säkerställa ett likvärdigt stöd (SFS 2010:800).

Elevhälsans psykologiska och medicinska insats samt logopedverksamheten styrs av både skollagen och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Uppsala kommuns utbildningsnämnd är vårdgivare för hälso- och sjukvård som erbjuds inom organisationen. I 28 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges följande: *”Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.* Bestämmelserna kompletteras med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9): *I föreskrifternas tredje kapitel anges att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten”.*

## Syfte

Målet är att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt samt att händelser som kan leda till vårdskador undviks (SOSFS 2011:19), att möjliggöra systematisk och fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamhet ska med hjälp av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Definition av kvalitet

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kvalitet definieras enligt följande: *”Att en verksamhet uppföljer de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård* SOSFS2011:9.

## Ansvarsfördelning

För utbildningsnämndens ansvarsområde omfattas följande yrkeskategorier av ledningssystemet: logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska. Enligt hälso- och sjukvårdslagen framgår att det ska finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten. Inom utbildningsförvaltningen i Uppsala kommun finns en utsedd verksamhetschef för dessa professioner (SFS1982:763).

## Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren ansvarar för att utse ansvarig för anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschefen ansvarar för anmälan enligt Lex Maria, vilket är registrerat i Socialstyrelsens vårdgivarregister (SOSFS 2005:28). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, samt

utifrån det planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (SOSFS 2011:9).

## Verksamhetschefens ansvar

Utbildningsnämnden har utsett Viktor Engström till verksamhetschef och att ansvar för anmälan enligt Lex Maria vilket är registrerat i Socialstyrelsens vårdgivarregister (SOSFS 2005:28). Verksamhetschefen representerar vårdgivaren, det vill säga utbildningsnämnden. Vårdgivaren bestämmer vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter och vilket ansvar verksamhetschefen har utöver det författningsreglerade ansvaret. I verksamhetschefens uppdrag ingår att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten genom:

### Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamhetschefen ska:

- känna till de författningar, styrdokument och vetenskapliga rön för hälso- och sjukvårdsväsendet respektive utbildningsväsendet som berör hälso- och sjukvårdens evelhälsa
- ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten
- inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera processer, rutiner och metoder för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten och dess resultat
- senast den 1 mars varje år upprätta en sammanhållen patientsäkerhetsberättelse

### Löpande verksamhet

Verksamhetschefen ska:

- ansvara för den löpande verksamheten inom sitt område och tillse att den fungerar på ett tillfredsställande sätt
- tillse att kraven på hög patientsäkerhet och god vård tillgodoses
- ansvara för att det finns direktiv, instruktioner och rutiner som den löpande verksamheten kräver
- ansvara för att inköp av tjänster, produkter, dokumentationssystem sker i enlighet med gällande lagstiftning
- ansvarig för att verksamheten har lokaler, utrustning och resurser som behövs för att god och säker vård ska kunna ges.

### Avvikelsehantering

Verksamhetschefen ska:

- ansvara för att egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd utövas

- ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från elev, vårdnadshavare, medarbetare, andra myndigheter, föreningar och organisationer
- ta emot rapporter om avvikelser i enlighet med 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) från verksamhetens medarbetare
- utreda risker och händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada
- vidta nödvändiga, omedelbara åtgärder med anledning av en avvikelse och vid behov göra anmälan enligt Lex Maria
- vid behov initiera fördjupade händelseanalyser och tillsätta ett analysteam för arbetet. Följa upp händelseanalyser och återkoppla innehållet till berörda parter.
- i ett dokument analysera och sammanställa inkomna rapporter om risk för vårdskada, klagomål och synpunkter samt utifrån vad som framkommer vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

### **Behörighet och kompetens**

Verksamhetschefen ska:

- säkerställa att verksamhetens medarbetare känner till och arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystemet
- säkerställa tillsammans med rektor att det finns medarbetare i den omfattning som tillgodoser behovet
- verka för att medarbetare har rätt kompetens för att kunna bedriva verksamhet av hög patientsäkerhet och god kvalitet
- ansvara för rutiner för individuell introduktion av medarbetare
- ansvara för att medarbetare är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter och behörighet

### **Personuppgiftshantering**

Verksamhetschefen ska:

- ansvara för att rutiner finns för att journaler förs i enlighet med lag
- ansvara för att det finns fungerande rutiner för styrning av behörigheter i det digitala journalsystemet och för spårning (loggning) av användare
- ansvara för behörigheter i det digitala journalsystemet
- ansvara för att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- ansvara för att medarbetarna är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- ansvara för att uppföljning av journalsystemens användning sker genom regelbunden uppföljning av loggarna samt utreda misstanke om obehörig åtkomst
- ansvara för att avvikelser rapporteras till IMY



### **Samverkan**

Verksamhetschefen ska:

- ansvara för att det finns rutiner kring samverkan och samarbete internt samt med andra verksamheter och myndigheter

### **Information**

Verksamhetschefen ska:

- svara på frågor från myndigheter, elever, vårdnadshavare och medier vad gäller verksamheten
- bedriva ett aktivt informationsarbete externt och internt

### **Ledningsansvariga**

Verksamhetschef ansvarar för att arbetet sker i enlighet med HSL men uppdrar åt elevhälsans utsedda logopediska (LLA), medicinska (MLA) och psykologiska ledningsansvariga (PLA) att:

- kvalitetssäkra de respektive professionernas processer, metoder och insatser.
- upprätthålla och utveckla rutiner för uppföljningar och utvärderingar av arbetet.
- driva och utveckla patientsäkerhetsarbetet genom löpande avvikelshantering, journalgranskning, och stöd till de olika professionerna.
- vid behov genomföra fördjupade händelseanalyser och verksamhetsbesök.
- 

### **Rektors ansvar**

Rektor ska:

- skapa förutsättningar för att insatserna kan utföras i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen.
- ansvara för anställning av skolsköterska, psykolog och eventuell logoped på den egna skolan.
- ansvara för arbetsmiljön och samverka med verksamhetschef för att verksamheten har lokaler, utrustning och resurser som behövs för att god och säker vård ska kunna ges.
- vid synpunkter och klagomål som berör HSL-insatser förmedla vidare till berörd personal och ledningsansvariga.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha god kännedom om, och arbeta enligt gällande lagstiftning och övriga styrdokument. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar, vilket innebär att medarbetaren alltid är ansvarig för att fullgöra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

## Processer och rutiner

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska i varje process

- identifiera de aktiviteter som ingår
- bestämma aktiviteternas inbördes ordning
- för varje aktivitet 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 (SOSFS 2011:9).

Metoder ska utvecklas och implementeras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utgå från Socialstyrelsens och Skolverkets vägledningsdokument för elevhälsa.

Processer och rutiner	Gäller för	Rutiner finns	Ansvarig
<b>Journalföring och journalhantering</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Journalgranskning</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Samtal, råd och stöd</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Remisser</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Utredning/ bedömning</b>	Psykolog/logoped/ skolläkare	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Introduktion</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Avslutningsrutin</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Verksamhetsbesök</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Avvikelsehantering</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Skyddade personuppgifter</b>	Logoped/psykolog/ skolläkare/skolsköterska	Webbhandbok	MLA, PLA, LLA/ Verksamhetschef
<b>Testmaterial och scoringprogram</b>	Psykolog och logoped	Webbhandbok	LLA, PLA/ Verksamhetschef
<b>Läkemedels-hantering och generell ordination</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	Skolläkare/MLA/ Verksamhetschef
<b>Uppföljning/Kontrollelev</b>	Skolsköterska/skolläkare	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Öppen mottagning</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Läkarmottagning</b>	Skolläkare	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Vaccination</b>	Skolsköterska/skolläkare	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Medicinteknisk utrustning</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Hälsobesök nyanländ</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Samhällsplacerade elever</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Ny elev på skolan</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
<b>Elev slutar på skolan</b>	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef

Hygienrutiner	Skolsköterska	Webbhandbok EMI	MLA/ Verksamhetschef
---------------	---------------	--------------------	-------------------------

## Kompetens

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (SFS 2010:659). Logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska ska känna till och arbeta utifrån processer och rutiner som finns upptagna i ledningssystemet. För att säkerställa hög patientsäkerhet krävs att logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska har rätt kompetens och arbetar utifrån ledningssystemets processer och rutiner (SOSFS 2011:19).

### Kompetenskrav logoped och psykolog

Legitimation utfärdad av Socialstyrelsen.

### Kompetenskrav skolläkare

Legitimerad läkare med specialistutbildning i barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, allmänmedicin eller utbildad skolläkare.

### Kompetenskrav skolsköterska

Legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning inom barn och ungdom, öppen hälso- och sjukvård alternativt skolsköterskeprogrammet.

En sjuksköterska som genomgått någon av ovanstående specialistutbildningar är behörig att ordinera läkemedel för vaccination enligt Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2016:51) om vaccination av barn.

### Kompetenskrav vid anställning

Vid nyanställning ansvarar anställande chef för att utdrag ur brottsregistret lämnas in samt att en noggrann kontroll görs av intyg om legitimation, utbildning och kurser. Yrkeslegitimationen ska kontrolleras med Socialstyrelsen, då det fysiska intyget inte förloras vid eventuell indragning av legitimationen. Anställande rektor/enhetschef och verksamhetschefen är ansvariga för att gällande kompetenskrav som gäller vid nyanställning är uppfyllda. Verksamhetschefen ansvarar för att följa upp att alla medarbetare har god kännedom om de riktlinjer för arbetet som finns.

### Kompetensutveckling

Verksamhetschef ansvarar för viss yrkesspecifik fortbildning för anställd logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska i enlighet med ny kunskap och forskning som är relevant för arbetet inom verksamheten. Nyanställda inom elevhälsan ska erbjudas yrkesspecifik introduktion och mentorskap.

## 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 och/eller LSS och med myndigheter (SOSFS 2011:9).

## Samverkan inom skolan

Logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska ska genom samverkan med rektor, elevhälsopersonal på skolan samt skolans övriga medarbetare arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att gemensamt verka för tidig upptäckt av hinder för lärande, hälsa och utveckling.

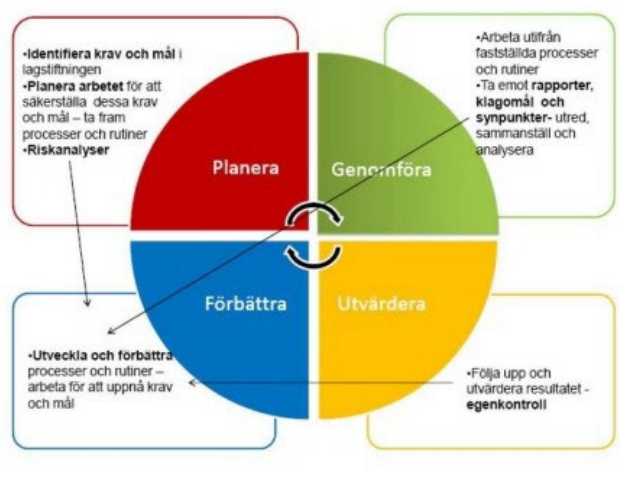
## Övrig samverkan

Logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska samverkar även med vårdnadshavare, aktörer inom kommunen, andra vårdgivare samt andra myndigheter.

### Systematiskt förbättringsarbete

Ett systematiskt arbete för att förbättra verksamheten sker fortlöpande bland annat genom avvikelseanalyser, uppdatering av processer och rutiner enligt årshjul, egenkontroller samt patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar (SOSFS 2011:9). Elevhälsan är även en del av det systematiska kvalitetsarbete som bedrivs dels på varje skolenhet dels inom huvudmannens ansvarsområde. Ledningssystemet kan illustreras som ett förbättringshjul. De inre pilarna visar fasernas ordning och att arbetet är ständigt fortgående. Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt (SOSFS 2011:9).

*Ledningssystemet beskrivet som en cyklisk process (ur Vägledning för elevhälsan)*



## Risikanalys

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. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande (SOSFS 2011:9).

## Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera samt kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet (SOSFS 2011:9). Egenkontroll inom elevhälsans hälso- och sjukvård innefattar journalgranskning, uppföljning av följsamhet till våra rutiner samt logguppföljning inom journalsystemet.

## Utredning av avvikelser

Logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterska ska rapportera avvikelse vid händelse som lett eller kunnat leda till patientskada. Inkomna avvikelser bedöms av MLA/PLA/LLA som tar ställning till behov av förändrade rutiner för verksamheten (SOSFS 2011:9).

## Klagomål/synpunkter

Den som bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kunna ta emot och utreda klagomål på verksamhetens kvalitet (SFS1982:763). I enlighet med skollagen finns inom utbildningsförvaltningen rutiner för att ta emot och utreda klagomål mot verksamheten. Information finns på kommunens hemsida.

## Lex Maria

Verksamhetschefen är ansvarig för att anmälan enligt Lex Maria görs till Inspektion för vård och omsorg. I samband med anmälan ska verksamhetschefen initiera och leda utredningen av händelsen.

## Patientsäkerhetsberättelse

Det systematiska förbättringsarbetet sammanfattas i en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars varje år.

## Dokumentationsskyldighet

Det systematiska och fortlöpande arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten ska dokumenteras. Fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Även arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder avvikelser lett till (SFS1982:763).