



Utbildningsförvaltningen

Datum 2025-03-20
Diarienummer UTB/2024:114

Handläggare
Caroline Hedvall

Utbildningsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Bakgrund

Vårdgivare är skyldiga enligt lag att upprätta en patientsäkerhetsberättelse varje år. I patientsäkerhetsberättelsen ska det beskrivas hur vårdgivaren har arbetat med patientsäkerhet under året som gått.

Sammanfattning

I rapporten redogörs för patientsäkerhetsarbetet under det gångna året, händelsehantering, övergripande analys samt mål för kommande år.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2025-03-20
Patientsäkerhetsberättelse för elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats 2024/2025

Utbildningsförvaltningens förslag till beslut

1. Utbildningsnämnden fastställer patientsäkerhetsberättelsen.

—

Beslutet skickas till
Verksamhetschef
Enhetschef centrala barn- och elevstödet
Akten

Utbildningsförvaltningen

Christer Lordh
Förvaltningschef

Caroline Hedvall
Administrativ chef



Patientsäkerhetsberättelse för elevhälsans hälso- och sjukvårdsansvar

Beslutad av utbildningsnämnd:

Diarienummer: UTB/2024:114

Dokumentansvarig nämnd: Utbildningsnämnd

Dokumentansvarig tjänsteperson

Verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig, psykologisk ledningsansvarig

Vision Policy Strategi Plan

Innehåll

1.	Förkortningar och begreppsförklaringar	3
2.	Sammanfattning	4
3.	Övergripande ansvar, struktur och mål.....	5
4.	Patientsäkerhetsarbete	8
5.	Agera för säker vård	12
5.1	Egenkontroller.....	13
5.2	Händelsehantering	21
5.3	Risikanalys	31
5.4	Informationssäkerhetsarbete.....	32
5.5	Samverkan för att förebygga vårdskador	34
5.5.1	Samverkan med elever och vårdnadshavare	35
6.	Övergripande analys samt mål för kommande år.....	36

1. Förkortningar och begreppsförklaringar

För att underlätta förståelsen av denna patientsäkerhetsberättelse redovisas här de centrala förkortningar och begrepp som används i texten. Dessa begrepp är kopplade till elevhälsans systematiska patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvård i skolan.

EMI: elevhälsans medicinska insats: Begreppet används för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av skolsköterskor, skolläkare.

Styrgrupp: Namnet avser verksamhetschef och ledningsansvariga inom verksamheten.

Händelser: I texten syftar händelser på avvikelser, klagomål, risker och synpunkter.

MLA: Medicinskt ledningsansvarig

PLA: Psykologiskt ledningsansvarig

LLA: Logopediskt ledningsansvarig

EHT: Förkortning för elevhälsoteam.

HSL: Förkortning för hälso- och sjukvårdslagen.

IVO: Förkortning för inspektionen för vård och omsorg.

SKR: Sveriges kommuner och regioner

SOSFS: Förkortning för socialstyrelsens författningssamling.

APT: Arbetsplatsträff

Prorenata: Digitalt journalföringssystem.

AMPAS: Arbetsgrupp för mottagandeprocessen anpassade skolformer

2. Sammanfattning

Styrgruppen har under patientsäkerhetsåret haft fokus på att systematiskt kvalitetssäkra patientsäkerhetsarbetet genom målarbete, händelser, egenkontroller, informationssäkerhetsarbete, riskanalyser och samverkan liksom tidigare år. Styrgruppen har arbetat för att säkerställa god kvalitet och följsamhet till rutiner. Måluppföljning har genomförts fyra gånger under året och kopplat till målarbetet har gemensamma utvecklingsdagar anordnats för teamen.

Utvecklingsdagarna har utöver, uppdatering av föregående års patientsäkerhetsberättelse och aktuell ledningssystem, haft fokus på att säkerställa en enhetlig och säker dokumentation. Vidare har arbetet fokuserat på att gemensamt utveckla arbetet med elevportalen för att digitalisera kommunikationen med vårdnadshavare. Dessa gemensamma utvecklingsdagar har lett till att medarbetarna fått möjlighet att gemensamt bli delaktiga i förbättringsarbetet.

Under patientsäkerhetsåret har fyra mål varit centrala; att säkerställa en god och kvalitetssäker dokumentation, att följa upp och utvärdera processen för mottagande i anpassade skolformer, att tydliggöra samverkan med psykiatri och att se över logopedinsatsen kopplat till HSL-uppdraget.

- Arbete med dokumentation har bland annat utvecklats genom arbete med stödmaterialet Vägledning för dokumentation som har blivit klart och kan användas som ett stöd i arbetet.
- Processen för mottagande i anpassade skolformer har följts upp och utvärderats och justeringar i processen har gjorts. En grupp, bestående av bland andra ledningsansvariga och verksamhetschef, kallad AMPAS har formats i syfte att genomföra de förändringar som framkommit under uppföljning och utvärdering.
- Vad gäller logopedinsatsen har, efter noggrann kartläggning och analys, styrgruppen beslutat att denna insats ska vara en del av HSL-arbetet.
- Kring samverkan har en tydlig struktur för arbetet tagits fram som, enligt utvärderingar, fungerat väl för alla team.

Under året har även planerade egenkontroller genomförts i syfte att stärka patientsäkerheten. Egenkontrollerna har särskilt riktats mot dokumentation, följsamhet till rutiner och kontroll av lokaler och utrustning. Egenkontroller i form av journalgranskningar har synliggjort vikten av att ständigt följa upp arbetet med dokumentation och vikten av kollegialt gemensamt lärande i arbetet.

Rapportering av händelser är ytterligare ett område som stärker patientsäkerheten. När de händelser som rapporterats har analyserats på en övergripande nivå blir det tydligt att de flesta händelser som hanterats rör bristande följsamhet till rutiner eller dokumentation. Alla identifierade händelser har analyserats, åtgärdats och följts upp, i enlighet med det arbetssätt som patientsäkerhetsarbetet utgår från (Agera för säker vård, SKR).

Kopplat till patientsäkerhetsarbetets riskanalyser ser styrgruppen att arbetet med återkommande riskanalyser av givna riskområden (processer, dokumentation, bemanning, samverkan) behöver förbättras och utvecklas. Detta för att riskanalyser ska kunna bli till användbara verktyg för att förbättra arbetet. Under året har ett behov av specifik riskanalys identifierats kopplat till det faktum att habiliteringen under en tid haft förändringar i sitt utredningsarbete. Denna förändring utgör risk så till vida att den påverkar elevhälsans ansvar för utredningar för elever med omfattande svårigheter. En fördjupad analys kommer att genomföras kommande patientsäkerhetsår.

Informationssäkerhetsarbetet har genomförts utifrån årshjulet, där förtlöpande loggkontroller genomförts. Ett beslut har fattats gällande skolsköterskor och skolläkares tillgång till elevakt i Proreanata, där de efter behov kan få behörighet till elevakt för en enskild elev. I samband med att detta beslut togs fastställdes även att skolsköterskor och skolläkare ska ha tillgång till Unikum på de skolor där de är verksamma. Frågor gällande digital testprotokollsförvaring och elevhälsans tillgång till NPÖ (Nationell patientöversikt) har också varit frågor som lyfts om som styrgruppen arbetar vidare med under kommande patientsäkerhetsår.

Samverkan med psykiatri (Capio) har strukturerats tydligare. När det gäller samverkan med elever och vårdnadshavare har denna stärkts genom digitalisering av samtycken via elevportalen. Enkäter har genomförts för att synliggöra elever och vårdnadshavares upplevda bemötande, och resultatet visar på positiva upplevelser.

Sammanfattat ser styrgruppen att det systematiska förbättringsarbetet leder till högre kvalitet och ökad säkerhet kopplat till patientarbetet. Samtidigt innebär detta en naturlig brytpunkt där nästa steg i arbetet behöver tas. Fokus framåt blir att ytterligare förfina arbetssätten där det finns möjlighet att höja kvaliteten ytterligare. Genom att utgå från detta nya nuläge kan förbättringsområden identifieras för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet fortsätter utvecklas på en god nivå.

Arbetet med att förbättra strukturer och rutiner kommer att fortgå under kommande patientsäkerhetsår, med särskilt fokus på:

- Följsamhet till rutiner och processer
- Fortsatt arbete med att öka kvaliteten i dokumentation
- Uppdatera ledningssystem och arbetssätt då ledningsstrukturen har och kommer att förändras.

3. Övergripande ansvar, struktur och mål

Elevhälsans hälso- och sjukvårdsarbete styrs av lagar och riktlinjer som säkerställer en trygg och kvalitetssäkrad vård för elever. Arbetet ska uppfylla lagkrav men även aktivt bidra till att undanröja hinder för elevers lärande och utveckling. För att uppnå detta arbete arbetar verksamheten med tydlig ansvarsfördelning, strategier och mål som kontinuerligt följs upp och utvecklas. Nedan beskrivs de ramar som lagen skapar samt de kommunspecifika målen för elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats.

Lagar och riktlinjer

Elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats regleras av flera lagar, däribland skollagen (2010:800), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659). För att säkerställa kvalitet och följsamhet styrs insatsen av Mjölby kommuns ledningssystem för elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats, i enlighet med lagen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Patientsäkerheten inom elevhälsans hälso- och sjukvårdsarbete ska hålla en hög kvalitet och samtidigt bidra till elevernas utveckling mot utbildningens mål och undanröja hinder för varje enskild elevs lärande. Arbetet ska vara både hälsofrämjande och förebyggande, där fokus ligger på att tidigt identifiera och undanröja hinder för elevens lärande och utveckling.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Utbildningsnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs inom elevhälsan. Verksamhetschefen företräder vårdgivaren och har det övergripande ledningsansvaret för att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar och riktlinjer. Verksamhetschefen är den kontaktperson som tillsynsmyndigheten IVO, skolpersonal samt elever och deras vårdnadshavare ska kunna vända sig till när det gäller frågor som rör verksamheten. Det samlade ledningsansvaret för hälso- och sjukvårdsarbetet ligger på verksamhetschef.

De medicinskt- och psykologiskt ledningsansvariga arbetar på uppdrag av verksamhetschefen och ansvarar för att stödja det systematiska kvalitetsarbetet. I Mjölby kommun finns:

- Medicinsk ledningsansvarig (MLA) - som ansvarar för kvalitetssäkring och utveckling inom skolsköterskornas och skolläkarens verksamhet
- Psykologiskt ledningsansvarig (PLA) - som ansvarar för kvalitetssäkring och utveckling inom för psykologernas verksamhet.

Struktur för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschefen träffar ledningsansvariga två gånger per månad i syfte att säkerställa en samordnad ledning av elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats. Vid dessa möten dokumenteras beslut, uppföljningar och utvecklingsbehov, vilket utgör en central del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Gruppen, som benämns *styrgruppen för elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats*, har ett särskilt ansvar för att identifiera förbättringsområden, analysera händelser och säkerställa att verksamheten följer gällande lagar och riktlinjer.

Styrgruppen har en central roll för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet. Dess främsta uppgift är att följa upp och analysera händelser för att identifiera förbättringsområden samt att genomföra egenkontroller i respektive professionsgrupp. Styrgruppen leder också och bidrar till att utveckla och införa nya rutiner.

Utöver styrgruppens arbete sker en regelbunden professionsutveckling, där respektive yrkesgrupp inom elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats träffas tre gånger per månad i teamträffar. Genom denna struktur skapas en kontinuerlig förbättringsprocess där professionsutveckling och patientsäkerhetsarbete integreras i det dagliga arbetet.

Mål för patientsäkerhetsarbetet

1. Befintliga stödstrukturer för säker och trygg dokumentation ska implementeras och vidareutvecklas utifrån behov som har identifierats.		
Styrgrupp	Skolsköterskor/skolläkare	Psykologer
1. Implementera och följa upp <i>Vägledning för dokumentation</i> 2. Utifrån resultatet av barnkonsekvensanalysen	1 Teamet har som mål att utveckla användandet av frasminne. Skapa fler gemensamma frasminnen	1. Undersöka de olika momenten i utredningsprocessen och se

angående tillgång till elevakt för EMI ta beslut om arbetssätt gällande dokumentation. 3. Stödja teamen i att hitta en hållbar nivå i arbetet med dokumentation.	och utveckla användandet av dem. 2 Teamet har som mål att implementera och vidareutveckla elevportalen. Vi ska öka användandet av elevportalen och fokusera på att få in samtycken och rekvisitioner via portalen. Målet är att styra vårdnadshavare och elever mot portalen. Utveckla information och göra det användarvänligt genom att använda QR-kod. Delmål är att Skicka kallelser via portalen och ha bokningsbara tider i portalen samt att skicka återkoppling av hälsosamtal via portalen. Skapa information som man kan använda vid föräldramöten alternativt skriftlig information.	hur de går att koppla till elevportalen. 2. Hitta en struktur där teamet delar med sig av exempel på olika anteckningar för att få en konkret bild av vad som är tillräckligt.
--	---	--

2. Befintlig process för mottagande och uppföljning av elever i anpassad skola ska implementeras, följas upp och utvärderas regelbundet		
Styrgrupp	Skolsköterskor/skolläkare	Psykologer
1. Utifrån våra egenkontroller av mottagande och uppföljning anpassad skola kvalitetssäkra följsamheten och identifiera behov av revidering av processen. 2. Utöka befintlig egenkontroll med journalgranskning anpassad skola i syfte att dokumentationen ska vara	1. Målet för teamet är att följa upp, utvärdera och vidareutveckla våra delar av processen och att tydliggöra dokumentationen. •Följa upp uppföljningarna vid stadieövergång. •Säkerställa att mottagandet av elev från annan kommun mottas på ett säkert sätt. •Utveckla det tvärprofessionella samarbetet med övriga professioner.	1. Implementera digital testning som det primära alternativet. • Skapa en lathund • Kartlägg skav och lös dessa. 2. Revidera och uppdatera sammanställning psykologutredning med tillhörande diagnosbilaga.

sammanhängande och gå att följa utifrån vår process.		
--	--	--

3. Det ska finnas ett tydligt syfte och form för samverkan med psykiatri		
Styrgrupp	Skolsköterskor/skolläkare	Psykologer
1. Implementera och följa upp strukturer för professionssamverkan med Capio		

4. Det ska finnas en genomlysning om logopedinsatsen ska rymmas inom HSL-arbetet		
Styrgrupp	Skolsköterskor/skolläkare	Psykologer
1. Kartlägga vilka logopedinsatser som är hälso- och sjukvård 2. Processkartlägga de insatser som rymms inom HSL i syfte att säkerställa patientsäkerheten. Vilka insatser ska journalföras? 3. Kartlägga samt motivera huruvida logopederna ska rymmas inom EMI eller inte		

För att säkerställa att dessa mål uppnås krävs en tydlig och väl fungerande ansvarsfördelning inom elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats. Ett strukturerat målarbete och en tydlig riktning skapar förutsättningar för ett patientsäkert arbete där insatser genomförs effektivt och i enlighet med gällande lagstiftning. Under nästa avsnitt beskrivs ytterligare hur målarbetet har genomförts för ökad patientsäkerhet.

4. Patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetsarbetet inom elevhälsan syftar till att skapa en struktur som möjliggör säker vård som håller en god kvalitet. Genom att arbeta systematiskt med mål stärks förutsättningarna för ett effektivt och patientssäkert arbete. Nedan redovisas genomförda insatser och resultat gällande målarbetet.

Mål 1:

Befintliga stödstrukturer för säker och trygg dokumentation ska implementeras och vidareutvecklas utifrån behov som har identifierats

Styrgrupp

Vägledning för dokumentation: Dokumentet presenterades på gemensam utvecklingsdag och samtliga teammedlemmar uppmanades att läsa igenom den i sin helhet för att återkomma med feedback. Styrgruppen reviderade därefter vägledningen ytterligare och publicerade den på MINT där den finns tillgänglig för båda teamen.

Barnkonsekvensanalys av EMIs tillgång till elevakt: En barnkonsekvensanalys har genomförts gällande tillgång till elevakt för EMI. Underlag har samlats in från samtliga professioner inom elevhälsan. Styrgruppen har analyserat underlaget och utifrån den gjort bedömningen att EMI får utökad tillgång till elevakt utifrån specifika frågeställningar på individnivå (se avsnittet informationssäkerhet). Resultatet av bedömningen har presenterats för alla personal.

Tvärprofessionella diskussioner kopplat till stöd för dokumentation: Befintliga stödstrukturer och överenskomna strategier kring dokumentation repeterades på gemensam utvecklingsdag för båda teamen. Tvärprofessionella grupper fick sedan diskutera behov av vidare utveckling kring stödstrukturer för att underlätta dokumentation och hitta en hållbar och patientsäker nivå i arbetet. Styrgruppen har sammanställt underlag och återkopplat resultatet vid en gemensam halvdag för HSL. Den återkoppling som gavs var att befintliga stödstrukturer ska bibehållas och revideras vid behov. Utöver detta identifieras inga ytterligare behov av stöd.

Skolsköterskor/skolläkare

Frasminnen: Teamet har under hösten haft arbete i mindre grupper där frasminnen har diskuterats och viss uppdatering har skett. Några har lagt upp sina frasminnen på MINT för att andra ska kunna nyttja dem. Det framkom under arbetet att det är svårt att ha gemensamma frasminnen då alla jobbar olika med dem och kommer ihåg och strukturerar dem på sitt sätt. Under diskussionerna har teamet inspirerats av varandra och utökat användandet av frasminnen. Upplevs att det varit hjälpsamt att dokumentera under besöket. Frasminnen underlättar mycket under denna typ av dokumentation. Diskussionerna har varit mycket givande även utifrån säker och trygg dokumentation rent generellt.

Elevportalen: Teamet har utvecklat användandet av elevportalen på flera sätt. Elevportalen används nu i de allra flesta fall gällande samtycke för rekvisitioner gällande inhämtande av journal samt för samtycken till vaccinationer. Upplevelsen är att samtycken för vaccinationer har i större utsträckning kommit till skolsköterskan vid det första utskicket. QR-kod finns att använda vid behov och gemensam information till vårdnadshavare har utarbetats och finns att tillgå vid behov.

Målet att styra vårdnadshavare och elever till portalen fortgår och behöver fortgå för att göra portalen känd och användarvänlig. Några har testat att lägga ut bokningsbara tider i portalen och det har fungerat på ett bra sätt och upplevelsen är att det är färre uteblivna besök.

Mallar har skapats i Prorenata för att möjliggöra återkoppling av hälsosamtal via portalen där vi kan få återkoppling att vårdnadshavare har tagit del av informationen samt att de kan skicka frågor och så vidare till skolsköterskan genom portalen. Vissa medarbetare har testat detta med gott resultat och en första analys är att detta är mer patientsäkert jämfört med att skicka brev samt att det minskar arbetsbelastningen för skolsköterskan

Psykologer

Elevportalen i utredningsprocessen: Psykologteamet fick på gemensam halvdag en genomgång av skolsköterske-/skolläkarteams arbete med elevportalen. Befintliga mallar presenterades och tillsammans utfördes en gemensam övning i att använda elevportalen. Utifrån denna genomgång diskuterade psykologteamet på teamtid hur elevportalen bäst kommer till användning i det psykologiska utredningsarbetet. En mall för samtycke till journalbegäran arbetades fram, och har också börjat att användas.

Struktur för dokumentationsstöd: Psykologteamet har på teamtid diskuterat när och hur teammedlemmarna behöver stöd av varandra kring dokumentation. Olika tillvägagångssätt problematiserades och en planering för regelbunden dokumentationsdiskussion som del av kollegial handledning togs fram.

Målarbetet har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att tydliggöra och förbättra dokumentationsrutiner. Vägledningen ger ett gemensamt ramverk som underlättar korrekt journalföring. Uppdateringen av behörighetsstrukturen för skolsköterskor och skolläkare säkerställer att elevhälsans medicinska insatser har tillgång till relevant information samtidigt som integriteten skyddas. Psykologteamets arbete med dokumentationsrutiner har underlättat inhämtande av samtycke till journalbegäran samt har arbetet skapat en ökad samsyn och förbättrad kvalitet på anteckningar, vilket underlättar bedömningar och samverkan.

Mål 2:

Befintlig process för mottagande och uppföljning av elever i anpassad skola ska implementeras, följas upp och utvärderas regelbundet

Styrgrupp

Egenkontroller av mottagningsprocessen: Egenkontroll av processen och tillhörande dokumentation har genomförts vid tre tillfällen. Resultatet har analyserats och återkopplats till teamen och till AMPAS-gruppen. Denna grupp ansvarar för att genomföra justeringar i processen.

Skolsköterskor/skolläkare

Mottagandeprocessen anpassade skolformer: AMPAS-gruppen har övertagit en del av ansvaret för utvecklingsarbetet och arbetar med att förbättra och tydliggöra processerna. Teamet är representerat i gruppen och deltar aktivt i arbetet. Genom återkoppling från gruppen har dokumentationen setts över och uppdaterats med reviderade och nya mallar i Prorenata. För att stärka kommunikationen med vårdnadshavare har ett informationsbrev inför medicinsk screening tagits fram och gjorts tillgängligt på MINT.

Psykologer

Digital testning som det primära alternativet: Psykologteamet har vid flera teamtillfällen övat praktiskt på att genomföra digital testning. Parallellt med detta arbete har en gemensam lathund skrivits fram i syfte att underlätta digital administrering. Samtliga egenkontroller av testadministration har kopplats till den digitala testningen istället för pappersadministrationen. Majoriteten av psykologteamet har nu börjat använda sig av digital testning med positiv upplevelse från såväl psykolog som elev. Det har dock identifierats ett behov av närmre samverkan med IT-avdelning i syfte att få rätt stöd vid tekniska problem.

Revidera och uppdatera sammanställning psykologutredning med tillhörande diagnosbilaga:

Psykologteamet har på teamtid diskuterat och reviderat mallen för sammanställning av psykologutredning. Behov av diagnosbilaga har diskuterats utifrån den aktuella processen för mottagande i anpassad skola. En ny mall för sammanställning har tagits fram. Den uppdaterade mallen är nu oberoende av vilket skattningsformulär som används för adaptiv förmåga samt har rubriker som är mer tydligt kopplade till diagnoskriterierna. Mallen är anpassad efter den nya processen för mottagande i anpassad skola och innehåller därför ingen separat diagnosbilaga utan detta integreras i sammanställningen. Psykologiskt ledningsansvarig har därefter byggt om mallen i Prorenatasystemet.

Målarbetet har ökat patientsäkerheten kopplat till mottagandeprocessen i anpassad skola genom att dokumentationen i processen har följts och förbättringsbehov identifierats. Samordnarfunktionens dokumentation har tydliggjorts i förhållande till de olika professionernas dokumentation. Psykologteamet har uppdaterat sammanställning av psykologutredning för att bättre spegla den reviderade processen. Under året har också en arbetsgrupp skapats för att säkerställa att processen ständigt följs och utvecklas.

Mål 3:

Det ska finnas ett tydligt syfte och form för samverkan med psykiatri

Styrgrupp

Utvecklade samverkansträffar: Samverkan med Capio har genomförts utifrån en ny struktur där varje professionsteam träffar representanter från psykiatri vid två tillfällen per termin. Verksamhetschef och ledningsansvariga har följt upp och utvärderat struktur och innehåll.

Ny vårdgivare: Styrgruppen bevakar och följer arbetet med ny vårdgivare gällande psykiatri för att värna samverkan framåt.

Skolsköterskor/skolläkare

Inom teamet formulerades inget separat mål inom denna riktning

Psykologer

Inom teamet formulerades inget separat mål inom denna riktning

Målarbetet har ökat patientsäkerheten genom en den nya formen för samverkan med psykiatri nu möjliggör kontinuerlig samverkan utifrån yrkesspecifika frågor.

Mål 4:

Det ska finnas en genomlysning om logopedinsatsen ska rymmas inom HSL-arbetet

Styrgrupp

Logopedinsatser ryms inom HSL: Styrgruppen har, i samarbete med den tilltänkta logopediskt ledningsansvarig, genomfört en kartläggning av logopedinsatser inom den pedagogiska verksamheten. Kartläggningen har fokuserat på organisatoriska aspekter och logopedinsatsens möjliga tillhörighet inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Efter en genomförd barnkonsekvensanalys har det beslutats att från och med patientsäkerhetsåret 2025–2026 ska logopedinsatsen ingå i HSL-arbetet. Detta innebär att logopedernas insatser kommer att omfattas av de riktlinjer och krav som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamhet inom elevhälsan.

Sekretess för logoped: En viktig del av kartläggningen har även handlat om sekretessfrågan kopplade till logopedernas arbete. Beslutet innebär att logopedinsatsen kommer att tillhöra samma sekretessgren som övrig elevstödande verksamhet, i enlighet med 23 kap. 2 §, OSL Detta underlättar samverkan och informationsutbyte mellan professioner inom elevhälsan.

Skolsköterskor/skolläkare

Inom teamet formulerades inget separat mål inom denna riktning

Psykologer

Inom teamet formulerades inget separat mål inom denna riktning

Målarbetet har resulterat i ett beslut om att logopedinsatsen ska vara en del av elevhälsans hälso-och sjukvårdsinsats. Vidare arbete kring detta behövs för att logopediska insatsen ska bli en del av ledningssystem och systematiskt patientsäkerhetsarbete.

5. Agera för säker vård

För att säkerställa en kontinuerlig förbättring av patientsäkerheten krävs en strukturerad metod för uppföljning och utvärdering. Genom att följa en tydlig arbetsgång gällande egenkontroller, händelsehantering, riskanalyser, informationssäkerhetsarbete och samverkan skapas en systematik för analys som leder till konkreta åtgärder för att ständigt öka patientsäkerheten.

Arbetsgång för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet bygger på en arbetsgång bestående av fyra steg. Dessa fyra steg är identifiering, analys, åtgärder och uppföljning.



Modellen hämtad från: *Agera för säker vård, SKR.*

Stegen i arbetsgången innehåller följande sätt delar:

1. **Identifiering** – händelser upptäckas och rapporteras.
2. **Analys** – händelsen granskas för att identifiera bakomliggande orsaker.
3. **Åtgärder** – relevanta åtgärder beslutas och genomförs för att minska risken för upprepning.
4. **Uppföljning** – effekten av åtgärderna utvärderas och förändringar genomförs vid behov.

Denna arbetsgång säkerställer en systematisk och lärandeprocess där varje steg bygger vidare på föregående insats. Genom att låta arbetsgången vara utgångspunkt för arbetet tryggas systematiken och som resultat av det stärks kvaliteten i patientsäkerhetsarbetet.

5.1 Egenkontroller

För att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet inom elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats genomförs regelbundna egenkontroller. Dessa kontroller används för att följa upp processer, identifiera förbättringsområden och säkerställa att rutiner efterlevs. Resultaten från egenkontrollerna analyseras och leder till åtgärder för att förbättra och utveckla verksamheten. Nedan följer en sammanställning av genomförda egenkontroller under respektive period.

Mars 2024 - maj 2024

Styrgrupp

Ingen egenkontroll genomförd denna period.

Skolsköterskor och skolläkare

Ingen egenkontroll genomförd denna period.

Psykologer

Ingen egenkontroll genomförd denna period.

Juni 2024 - augusti 2024

Styrgrupp

Egenkontroll gällande Mottagande i anpassad skola: Totalt 6 elever aktuella för mottagande i anpassad skola under VT 2024. Tre elever är mottagna och tre pågår i dagsläget. Det noteras i dessa

ärenden att det medicinska intyget inkommer efter konsensusmöte, vilket inte är arbetsgången enligt processen. Det fördjupade medicinska intyget ska ha inkommit inför konsensus.

Egenkontroll gällande tvärprofessionell uppföljning av elever mottagna i anpassad skola: Det har genomförts en tvärprofessionell uppföljning under VT 2024. Beslut tas att tvärprofessionell uppföljning görs på ytterligare en elev då vi uppmärksammat att en elev ej följts upp enligt process. Vid genomgången beslutas också följande:

- Vid uppföljning ska framöver skolläkaren göra journalgenomgång på aktuell elev och närvara på uppföljningsmötet. Skolsköterska kan närvara vid behov. Dokumentation gällande uppföljningen utförs av samordnare för anpassad skola.
- Styrgruppen diskuterar också kring var dokumentation gällande dessa egenkontroller ska ske och förvaras. Beslut tas om att dessa dokumenteras i aktuellt styrgruppsprotokoll. De tabeller som är utformade för egenkontrollen ska ses som ett verktyg som är underlag för egenkontroll. I dessa tabeller antecknas endast siffror och ej personuppgifter. Dessa sparas på MINT i styrgruppen.
- Alla elever som är antagna i anpassad skola ska finnas som bevakningar i Prorenata. Dessa ska även innefatta bevakningar gällande pedagogisk uppföljning samt tvärprofessionell uppföljning. När ärendet mottagande i anpassad skola startar är det önskvärt att bevakning också kopplas ihop med någon typ av checklista där samordnare snabbt får en överblick. Smart checklista som är kopplad till anteckningsmallar skulle kunna vara ett alternativ. Frågan lyfts om samordnare ha bevakningslista i Prorenata. MLA kollar upp detta inför möte 240625.

Egenkontroll gällande dokumentation av processen anpassad skola: Ny egenkontroll för patientsäkerhetsåret. Styrgruppen går tillsammans med samordnare igenom ett ärendes dokumentation i samordnarakt, elevakt, kuratorsakt, EMI-journal och psykologjournal. Syftet med att följa dokumentationen utifrån processens olika delar och respektive profession. Finns dokumentation från processens olika delar i samordnarakten samt professionsakt och framkommer den röda tråden.

I egenkontrollen har en elev valts utifrån egenkontrollen mottagande anpassad skola och dokumentationen utifrån processens olika delar gås igenom. Från att ärendet skapas i elevakt till att beslut om mottagande tas i samordnarakten, vi undersöker även om övergångar mellan akt och journal finns dokumenterat.

Egenkontrollen visar att det överlag är god kvalitet i dokumentationen. Identifierade förbättringsområden:

- När anteckningar från gemensamma tvärprofessionella möten sker i fler akter/journaler behöver det förtydligas varför dokumentationen är av vikt i de olika akterna/journalerna. Exempelvis kan förklaring vara att det framkommer specifik information som är viktig för professionsbedömningen. I de fall det inte finns specifika anledningar till att dokumentera i olika akter är det mest kvalitetssäkra alternativet att dokumentationen sker i samordnarakten, som ska ses som stommen i dokumentationen kring mottagande i anpassad skola.
- I de fall mötesanteckning skrivs i flera olika akter/journaler ska tydlig hänvisning till samordnarakten göras, exempelvis ” för fullständig mötesanteckning se samordnarakt”. Det är då viktigt att mötesanteckningar som innefattar andra professioners bedömningar inte skrivs i akt/journal. Att skriva sin del i bedömningen är ok utifrån behov.
- Det noteras att dokumentation gällande planeringsmöte, där samtliga professioner tidsplanerar utredningarna saknas. Detta behöver dokumenteras. Förslag är att ny anteckningsmall skapas för samordnarakten.
- Det noteras att det är olika när respektive skriftlig bedömning är färdig och fildelad till samordnare.

- Vissa professioner fildelar innan konsensusmöte och andra efter konsensusmöte. Här finns behov av att en gemensam riktlinje skapas. Arbetsgruppen för mottagandeprocessen får i uppdrag att skapa en sådan.
- Det framkommer också att det är oklart vilka datum som ska noteras i mottagandebeslutet. Är det datum när respektive skriftlig bedömning färdigställs, eller datumet när det fildelas till samordnaren som gäller? Behov finns av gemensam riktlinje och också här får arbetsgruppen för mottagandeprocessen detta i uppdrag.
- Gällande erbjudande om mottagande till vårdnadshavare elev så saknas fullständig mötesanteckning kring detta möte. Det som dokumenteras är det samtycke med vårdnadshavares bank ID-signering. Här finns behov av att skapa en mötesanteckningsmall i prorenata där det också för samordnaren går att dokumentera information från mötet.
- Det konstateras att gällande dokumentation i elevakt så ska där finnas anteckning från informationsmötet då vårdnadshavare/elev tackar ja eller nej till utredning och anteckning när beslut om mottagande tas eller när de tackar nej. I övrigt utgår dokumentationen från samordnarakt och inte elevakt.
- Det noteras att anteckningarna från processen i EMI-journalen kan upplevas hänga löst i sammanhanget, det saknas en röd tråd. Skolsköterske-/skolläkareteamet behöver här hitta strategi för dokumentation så att det förstås i sitt sammanhang.

Egenkontrollen kommer att gås igenom i berörda team under början av HT 2024.

Skolsköterskor och skolläkare

Rutin för bevakningar inom EMI: Teamet har utfört egenkontroll gällande följsamhet till Rutin för bevakningar inom EMI. Egenkontrollen genomfördes juni-augusti. Egenkontrollens resultat är sammanfattningsvis att princip alla skolsköterskor följer rutinen men med viss variation. Alla skapar bevakningar i de fall det finns behov och använder bevakningslistan. Vad gäller de okopplade anteckningarna så bevakas dessa ej lika ofta då det ej finns behov. Man har koll på dessa och det är oftast kompletterande vaccinationer där. Vissa dokumenterar det som ligger under okopplade anteckningar även som bevakningar vilket är dubbeldokumentation. Anledningen är att det är lättare att ha allt på en bevakningslista vilket man anser underlättar i arbetet. Vissa avsätter tid för dokumentation och hanterar då bevakningar medan vissa gör det mer då det finns utrymme i kalendern.

Rutin för smart checklista samt checklista inför övergång: Teamet har utfört egenkontroll gällande Rutin för smart checklista samt checklista inför stadieövergång under juni månad. Egenkontrollen resulterar sammanfattningsvis i att rutinen följs av alla i teamet och funktionen uppskattas för den underlättar arbetet. Bidrar även till ökad patientsäkerhet då det ökar sannolikheten att missade samtal osv upptäcks i ett tidigt stadium. Innebär inget extraarbete då de smarta checklistorna bockas av automatiskt vid dokumentationen. Framkommit viss otydlighet gällande vaccinationsstatus i relation till checklista och vad den bockar av. Denna fråga tas med till teamet för vidare diskussion och åtgärd.

Rutin gällande arkivskåp: Teamet har genomfört egenkontroll av Rutin gällande arkivskåp under juni och juli månad. Rutinen följs av samtliga i teamet med viss variation. Majoriteten tuggar material efter scanning enligt rutinen. Vissa behåller dokument som arbetsmaterial för att ha under året. Samtal har förts kring detta. Stor rensning av arkivskåp har skett på Lagmansskolan där händelser rapporterats i samband med avslut av tjänst. Dessa händelser har rapporterats och finns dokumenterade under händelser. Rätt saker förvaras i arkivskåpen.

Psykologer

Dokumenthantering: Teamet har genomfört egenkontroll av hantering av dokument i arkivskåp enligt följande rutin:

Följsamhet till dokumenthanteringsplan

- Kontrollera att journalmaterial som enligt dokumenthanteringsplanen ska förvaras digitalt inte finns som dubblett i arkiv.
- Gallra arbetsmaterial som inte är journalmaterial.
- Följsamhet till lagkrav gällande förvaring av journal
- Om arkivskåpet innehåller material som inte är journal ska detta tydligt framgå enligt märkning och inte blandas med journalmaterial.
- Kontrollera att namn och personnummer finns på samtliga akter och dokument.
- Akterna ska vara sorterade enligt personnummer och tydligt uppmärkt om arkivskåpet är uppdelade mellan olika skolor.
- Se över att inga dokument ligger utan tydlig märkning.

Egenkontrollen har genomförts utan anmärkning.

September 2024 - november 2024

Styrgrupp

Uppföljning anpassad skolform: Egenkontroll har genomförts i styrgruppen gällande process: Uppföljning i anpassad skolform.

Underlag och möte har skett enligt rutin. I egenkontrollen framkommer behov av att tydliggöra vem som ansvarar för eventuella frågeställningar som uppkommer vid uppföljningsmötet samt om samtliga professioner behöver fildela sitt underlag innan uppföljningsmötet eller inte. Styrgruppen lämnar den frågan till arbetsgruppen för processen.

Skolsköterskor och skolläkare

Lokaler och utrustning: Egenkontrollen gällande rum och utrustning för EMI:s verksamhet är genomförd under höstterminen 2024 på samtliga skolsköterskeexpeditioner i kommunen som är 16 till antalet. Nytt för detta år är att egenkontrollen genomfördes digitalt. Detta underlättar sammanställningen och administration av kontrollen. I och med detta reviderades egenkontrollen. Egenkontrollen innefattar det som i dagsläget är aktuellt för EMI:s verksamhet. De frågor som tidigare gällde läkemedelshantering har lyfts ut från enkäten då de kommer att bli aktuella i en ny egenkontroll gällande läkemedel som planeras för under vårterminen 2025.

De flesta lokaler som nyttjas av EMI är tillräckligt utrustade, men vissa saknar brits och arkivskåp. Hälften av rummen uppfyller inte sekretesskraven, då de saknar sekretessdörr och samtal hörs ut. Hälften har upptagetmärkning, medan övriga använder olika typer av handgjorda skyltar. I mer än hälften av lokalerna saknas information om var EMI finns. Läsbara skåp för läkemedel finns i de flesta fall, men något är för litet. Alla expeditioner utom en har läsbara arkivskåp i det undantaget används ett arkivskåp i en intilliggande expedition. De flesta datorer har sekretessfilter, och där det saknas bedöms behovet vara obefintligt. Kvaliteten på scannade dokument är godkänd, och kylskåpens temperatur kontrolleras enligt rutin. Expeditionerna uppfyller i stort sett kraven. Finns förbättringspotential gällande kraven för sekretess. I egenkontrollen har det uppmärksamats behov och utifrån detta kommer det tas ställning till om inköp behöver göras.

Medicinteknisk kontroll: Skolsköterskorna har genomfört medicinteknisk kontroll med hjälp av extern aktör som gått igenom den utrustning som används i verksamheten och som ska genomgå årlig

kontroll. En audiometer har konstaterats glappa. MLA undersöker vidare och återkopplar till VC. Resterande utrustning är utan anmärkning.

Kvalitetsindikatorer för skolsköterskor: Egenkontrollen syftar till att kvalitetssäkra EMI:s arbete utifrån nationella kvalitetsindikatorer. Kontrollen omfattar verksamhetsansvar, personalresurser, elevernas inlärningsmiljö och verksamhetens arbete. Arbetet granskas utifrån ledningssystem, processer och rutiner som revideras årligen och vid behov. Styrgruppen hanterar avvikelser, genomför analyser och återkopplar till teamet. Kontrollen inkluderar även en granskning av vaccinationstäckning, journalsystemets användning och dokumentation, samt rutiner för hälsobesök och uppföljning av dessa.

Egenkontrollen visar att arbetet med verksamhetsansvar sker strukturerat och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen. MLA ansvarar för det medicinska ledningsansvaret, och teamet deltar aktivt i kvalitetsarbetet på central och lokal nivå. Personalresurserna är tillräckliga men arbetsbelastningen är ojämn. Skolläkaren ansvarar för 4133 elever vid 60 % tjänst, och skolsköterskor har i genomsnitt 444 elever per heltid. Kompetensen är fortsatt hög, med evidensbaserat arbete och stöd av journalsystemet Prorenata.

Elevehälsoteamets arbete prioriteras, där skolsköterskor bidrar med hälsofrämjande och närvarofrämjande insatser, samt medverkar i frågor om elevernas arbetsmiljö. Hälsosamtalen utgör en stor del av det förebyggande arbetet. Vaccinationstäckningen har minskat något (MPR 92,8 %, HPV Flickor 85,5 %, Pojkar 88,8 %, DTP 91,8 %), men arbete pågår för att höja den. Insatser inkluderar samtalsutbildning, informationsträffar och förbättringar av samtyckesinsamling via Prorenata.

Hälsobesök erbjuds alla elever, och statistiken sammanställs för presentation till skolor, ledning och nämnd. Kylskåpstemperaturer kontrolleras enligt rutin. Dokumentationen håller god kvalitet rent generellt. Åtgärder pågår för att nå elever med hög frånvaro eller de som inte är i skolan, för att ytterligare öka vaccinationstäckningen och säkerställa att alla elever får tillgång till hälsoinsatser.

Psykologer

Testadministration: Psykologteamet har genomfört egenkontroll testadministration. Egenkontrollen bestod denna gång av två delar. Först lästes manual för aktuellt kapitel tillsammans med efterföljande diskussion. Därefter genomfördes digital testning tillsammans. Egenkontrollens syfte är att möjliggöra erfarenhetsutbyte samt kvalitetssäkra testmomentet.

Manualläsningen gav även denna gång värdefull input som ledde till utvecklande diskussioner i teamet. Momentet upplevs som både givande och lärorikt. Bland de frågor som diskuterades var behovet av pappersdokumentation vid digital testning. Eftersom samtalen på de verbala testen tillfälligt spelas in med hjälp av iPad, behöver dokumentationen inte göras i samma omfattning som vid manuell testning, vilket underlättar det administrativa arbetet.

En annan fråga rörde bedömningen av elevens kommentarer och "prat" mellanuppgifterna. Teamet enades om att sådana kommentarer endast påverkar poängsättningen om de påverkar svaret på föregående uppgift. I övrigt bedöms dessa kommentarer inte som relevanta för testresultatet, men de kan ge värdefull kvalitativ information om eleven. Diskussioner fördes också om hur ett svar som ger 1 poäng skiljer sig från ett som ger 2 poäng på verbala uppgifter, vilket gav utrymme för gemensam reflektion och erfarenhetsutbyte.

Den digitala testningen genomfördes samtidigt som teamet sammanställde en lathund för att underlätta hanteringen av det digitala arbetssättet. Upplevelsen är att fler i teamet nu använder digital testning och att målet att detta ska bli förstahandsalternativ känns mer hanterbart. Samtidigt är det

tydligt att övning och reflektion kring arbetsmetoden är nödvändiga för fortsatt utveckling. Under momentet uppkom även frågor om förvaring av testprotokoll i digital form. Nuvarande rutin innebär att protokoll skrivs ut och förvaras i arkiv av sekretesskäl, vilket upplevs som ineffektivt. Mot denna bakgrund har PLA lyft frågan till styrgruppen om möjligheten att använda digital förvaring i Prorenata som ett alternativ.

Lokaler och utrustning: Psykologteamet har också genomfört egenkontroll av lokaler och utrustning. För första gången genomfördes detta med digital enkät, vilket upplevts underlätta administration och genomförande.

Det har framkommit brister gällande ljudisoleringen i test- och mötesrum. När en sekretessdörr installerades i konferensrummet som används för ändamålet, uppmärksammades att ljudläckaget ut i korridoren är omfattande. Detta medför både en sekretessrisk och en risk för störande ljud vid testning. För att hantera detta används i dagsläget tydliga skyltar som informerar om att testning pågår, och besökare hänvisas till en annan väntplats än korridoren. Frågan om ytterligare ljudisolering har tidigare överlämnats till ansvarig för lokaler på utbildningskontoret, och verksamhetschefen påminner nu om vikten av att åtgärder vidtas.

Journalsignering: Psykologteamet har genomfört egenkontroll av journalsignering. Samtliga teammedlemmar ombads vid ett teamtillfälle att kontrollera signeringskorgen i Prorenata.

I nära anslutning till egenkontrollen signalerar en kollega upplevd hög arbetsbelastning, vilket hanteras tillsammans med chef. I detta arbete innefattas flertalet försenade journalanteckningar. Utöver detta noteras ingen försenad dokumentation i teamet.

December 2024 - februari 2025

Styrgrupp

Egenkontroll mottagande anpassad skola: Då inget mottagande av elev har skett i anpassad skola sedan senaste egenkontrollen beslutades att endast göra egenkontrollen gällande dokumentation.

Egenkontroll dokumentation utifrån process – mottagande och uppföljning anpassad skola: Sammanfattat ses en positiv utveckling av dokumentationen i processen sedan egenkontrollen juni 2024. Vidare utvecklingsbehov som identifieras och som av styrgruppen överlämnas till arbetsgruppen för processen är:

- Det framkommer att anteckning gällande start av ärendet saknas i elevakt. Det finns behov av att skapa en mall i ärendet i elevakten i syfte att synliggöra när processen startas för att underlätta tydligheten.
- Dokumentationen i elevakten gällande aktuell process behöver göras i aktuellt ärende. För att underlätta detta behövs mallarna i Prorenata kopplat till Ärende mottagande anpassad skola gås igenom och revideras efter behov. Mallar behöver döpas om och inventering behöver ske om nya mallar behöver skapas. Allt i syfte att öka tydligheten i elevakt när ärendet är igång och framförallt dokumenteras i andra journaler/akter.
- Noteras att social och medicinsk bedömning inkommer efter konsensusmötet.
- Det noteras att utlåtande från psykolog i sin helhet ej har fildelats till samordnarakten men förkortad version återfinns i elevakt. Styrgruppen noteras att det ej finns nedskrivet i processen att detta ska utföras. Revidering av process kommer att ske.

Skolsköterskor och skolläkare

Journalgranskning: Syftet med journalgranskningen är att förbättra vår dokumentation samt att säkerställa att dokumentationen håller god kvalitet genom egenkontroll. Det sker genom att teamet

delas in i mindre grupper. Alla läser och granskar en avidentifierad anteckning från ett hälsobesök i taget och ger återkoppling till den som skrivit anteckningen. Alla tar med en valfri avidentifierad anteckning från ett hälsobesök. Vi utgår ifrån om anteckningen är korrekt, tillräcklig, väsentlig och värderingsfri. Vi ger förslag på förbättringar eller annat som kan vara värdefullt för den som skrivit anteckningen. Tanken är att vi ska lyfta det som är positivt och fokusera på det samt vara konstruktiva i vår bedömning. Efter bedömningen i mindre grupper sker en diskussion i hela teamet.

Sammanfattningsvis bedöms alla journalanteckningar vara av hög kvalitet. Alla anteckningar är korrekta, tillräckliga, väsentliga och värderingsfria. Dokumentation är en stor del av arbetet och bedöms som svårt och tidskrävande. Det är svårt att avgöra i vissa fall hur mycket som ska dokumenteras och att hålla det fritt från värderingar samtidigt som en bedömning ska göras i vissa fall. Sökorden i mallarna är till stor hjälp i arbetet men det kan ibland vara svårt att veta vad som ska dokumenteras under de specifika sökorden. Framkommer i diskussionerna att de tolkas olika av olika personer. Framkommer även att vissa sökord saknas och att det ibland förekommer dubbeldokumentation. Användandet av frasminnen anses underlätta dokumentationen och används på olika sätt av olika personer. Anteckningsmallarna i Prorenata kommer att revideras under sommaren enligt årsplaneringen.

Teamet upplever att det är mycket givande att utföra journalgranskningen. Det är värdefullt och lärorikt att se andras anteckningar men även att få sin anteckning granskad och att få konstruktiv återkoppling.

Egenkontroll gällande dokumentation och signering: Dokumentation sker i stor utsträckning under eller i direkt anslutning till besöket. I princip alltid inom samma dag. Om det inte sker under samma dag beror det på omständigheter som ej gått att påverka. De flesta avsätter tid för dokumentation men på olika sätt beroende på verksamheten. I vissa fall passar det bättre att ha samtal på förmiddagen och sen göra dokumentationen senare under dagen då eleverna slutat för dagen. Signering sker alltid inom två veckor. Oftast sker signeringen i direkt anslutning till att anteckningen skrivs.

Rutin gällande smart checklista och checklista vid övergång: Rutinen följs i princip av samtliga. Vad gäller de elever som är inskrivna i den anpassade skolan är det svårt att checka av aktiviteter i den smarta checklistan då åldern inte alltid stämmer med årskurs och klassplaceringar. Dessa elever läggs istället på bevakningslistan för att checka av att allt blir utfört och att de erbjuds de samtal, vaccinationer och kontroller som ingår. På anpassad grundskola med ämnesområden genomförs dessutom sällan synkontroll och hörselkontroll utan eleverna remitteras därav blir det inte en "grön bock" i checklistan. Kommande hälsobesök samt planerade vaccinationer sätts alltså upp som bevakning. Systematisk genomgång av samtliga klasser vid terminsslut sker. Genomgång är nödvändig då eleverna byter klasser/grupper vid behov under läsåret samt att elever kan skrivas in från andra skolor under läsåret.

De smarta checklistorna används systematiskt av alla enligt rutin och checklistor inför övergång utförs där journalgenomgång genomförs. Dock problematiskt att de ej blir ibockade per automatik då elever kommer från annan kommun till gymnasiet. Måste hanteras manuellt i dessa fall.

Alla i teamet anser att de smarta checklistorna i Prorenata som bockas av automatiskt vid dokumentation är ett stöd i arbetet och de säkerställer att alla elever erbjuds basprogrammet gällande hälsosamtal, vaccinationer och så vidare. I de fall det upptäcks att åtgärder ej är utförda omhändertas det eller sätts på bevakningslista för planering av åtgärd. Vid avsteg från rutinen skrivs händelse enligt rutin.

Psykologer

Testadministrering: Psykologteamet har genomfört egenkontroll testadministration. Egenkontrollen bestod denna gång av manualläsning för aktuellt kapitel tillsammans med efterföljande diskussion.

Den gemensamma manualläsningen skapar utrymme för gemensam reflektion och lärande. Detta kapitel upplevdes dock behovet av diskussion vara mindre än vid tidigare genomförda kapitel. Detta förklaras med att det utvalda deltestet är relativt självinstruerande och teammedlemmarna upplever sällan svårigheter i administreringen av detta test. Vissa oklarheter i manualtext identifierades dock och diskuterades.

Journalgranskning: Psykologteamet fokuserade i journalgranskningen återigen på journalanteckningar kopplat till utredning vid misstanke om intellektuell funktionsnedsättning. Samtliga teammedlemmar som arbetar med utredning ombads skriva ut den senast färdigställda och genomförda utredningen, från start till slut.

I två mindre grupper lästes sedan en utredning i taget och diskussion fördes enligt punkterna nedan.

- Går de olika stegen i processen för utredning att följa med en röd tråd?
 - o Bakgrund till att utredningen genomförs
 - o Anamnstagning föräldrar
 - o Intervju elev
 - o Testning
 - o Testresultat
 - o Sambedömning i teamet
 - o Genomgång av testprotokoll
- Sker hänvisningar till samordnarakt? Är de begripliga?
- Används de mallar som finns i Prorenata?
 - o Behövs fler mallar för att underlätta dokumentationen?
 - o Behövs nya frasminnen för att underlätta dokumentationen?
- Är journalen begriplig för elev/vårdnadshavare?
- Reflektera kring anteckningen "sammantagen bedömning" utifrån orden: korrekt, tillräcklig, väsentlig och värderingsfri.

I båda grupperna upplevdes egenkontrollen positiv och konstruktiv. Det är värdefullt att få ta del av varandras dokumentation, både i syfte att inspireras och också tillsammans problematisera kring olika delar. De journalanteckningar som lästes höll god kvalitet.

Positiva exempel som framkom att inspireras av:

- Att aktivt använda sig av fetmarkeringen för att rubriksätta och dela in längre avsnitt i dokumentationen. Detta ökar läsvänligheten.
- Frasminnesförslag för SON-R testning för alla att använda sig av i syfte att underlätta dokumentationen.
- I anteckningar gällande intervjuer kan avsnittet starta med "all nedanstående information är beskriven av X". Detta för att inte behöva återkommande hänvisa till att "X berättar" i syfte att klargöra att det inte är psykologens bedömning eller upplevelse.

Förbättringsförslag som framkom:

- Det finns ett önskemål att anpassa de olika kontakttyperna för anteckningsmallarna. Idag finns ett standardutbud som samtliga professioner delar och psykologteamet ser behov av att undersöka om dessa kan anpassas med efter olika professioners behov. Psykologiskt ledningsansvarig tar frågan vidare till Prorenata-gruppen.

- Det är viktigt att korrigera datum för sammanställning psykologutredning så att den signeras med det datum då den färdigställs. Sammanställning psykologutredning är ett arbetsmaterial fram tills att utredningen är slutförd. Datum som sätts automatiskt på anteckningen är dock när den startas och inte slutförs. Detta innebär att sammanställningen riskerar att i löpande journal hamna före andra journalanteckningar vilket kan upplevas förvirrande. Dokumenterande psykolog behöver därför när sammanställningen är färdigskriven aktivt ändra datumet så att anteckningen hamnar rätt placerad i den löpande journalen.
- Behov av nya rubriker i anteckningsmallar identifierades och upprättades.
- Behov av att gemensamt diskutera och ta fram ledstång för vad som ska dokumenteras under rubriken observation vid testning. Denna rubrik upplevs olika och olika detaljerad beskrivning görs. Detta blir en arbetsuppgift för teamet framöver.

Övriga diskussioner

- Teamet diskuterar vad som menas med att anteckningarna ska vara begripliga för vårdnadshavare och elev. Olika diagnostiska resonemang behöver beskrivas men kan inte alltid antas vara begripliga för elever och vårdnadshavare beroende på förmåga. Teamet konstaterar att begriplighet främst är kopplat till att inte använda förkortningar och onödigt komplicerat språk, medan vårdnadshavare och elev alltid ska erbjudas personlig genomgång för att säkerställa begripligheten vid behov.
- Diskussion om hur bakgrund till att psykologutredning startar formuleras. Idag används mallen "deltagande i planeringsmöte" som uppstart, då detta är första steget enligt processen. I den mallen finns ingen bakgrundsrubrik, men bakgrunden finns att hitta i samordnaraktens. Teamet beslutar att det är tillräckligt att starta på detta sätt då dokumentationen enligt "Process för mottagande i anpassad skola" ska ses som en helhet över olika akter.
- Gemensam diskussion om hur bedömningsrubriken används i samtliga anteckningsmallar. I ett utredningsarbete genomförs alltid en sammanfattad bedömning och det är den som är viktigast att lägga tyngdpunkten vid. Övriga bedömningsrubriker finns för att göra delbedömningar vid behov, alternativt för att hänvisa till att sammanfattad bedömning genomförs i utredningens slutskede.
- Gemensam diskussion kring hur omfattande en sammanfattande bedömning behöver vara. Önskan framkommer att tillsammans diskutera och ta fram ledstång för detta.

5.2 Händelsehantering

Arbetet med avvikelser, klagomål, synpunkter och risker (nedan kallat för händelser) följer arbetsgången som beskrivs nedan. Vid rapporterade händelser bedömer styrgruppen allvarlighetsgraden enligt socialstyrelsens rekommenderade riskmatris och beslutar om åtgärder i syfte att öka patientsäkerheten. Uppföljning av beslutade åtgärder följer samma struktur som uppföljning av mål och strategier. Det sker genom att följa ett årshjul som finns i 2C8 och en planeringslista som regelbundet uppdateras.

Identifiera: Medarbetaren identifierar en händelse/risk och beskriver vad man som medarbetare har tagit del av eller upplevt. Det dokumenteras i "Dokumentet händelserapport" och vidarebefordras till medicinskt ledningsansvarig. Medarbetaren ansvarar för att direkt åtgärda uppenbart akuta patientsäkerhetsrisker.

Analysera: Analys av händelsen/risken genomförs i styrgruppen för den medicinska delen av elevhälsan. Styrgruppen fastslår varför händelsen/risken har uppstått och bedömer allvarlighetsgraden.

Åtgärda och följa upp: Med utgångspunkt från analys och bedömning genomförs lämpliga förändringar i befintlig rutin eller genom uppförandet av ny rutin för att eliminera patientsäkerhetsrisker. Förbättringar återförs till verksamheten för implementering på nästkommande yrkesträff.

Styrgruppen går varannan vecka igenom aktuella händelser. Dessa sammanställs och analyseras. Resultatet återförs till vårdgivaren via patientsäkerhetsrapport till nämnden fyra gånger per år.

Händelser under patientsäkerhetsåret

Mars 2024 - maj 2024

Styrgruppen

Styrgruppen har inte rapporterat några händelser för denna period.

Skolsköterskor och skolläkare

Händelse: En händelse gällande långsam postgång vilket gjorde att eleven inte fick kallelse i tid. Ingen patientskada.

Åtgärd: Behov av att i rutiner för postgång utgå ifrån att det tar flera dagar innan post anländer till adressat och att kallelser postas i god tid. Ny rutin gällande postgång formuleras av skolskötersketeamet.

Händelse: En händelse där förfrågan om remissvar inkommer 240220 gällande remiss som skulle skickats 221028, en remiss som aldrig mottagits av skolhälsovården. Remissen avsåg önskan om möjlighet och bedömning av möjlighet till distansundervisning.

Åtgärd: Bedömningen vid genomgång av journal är att eleven är uppföljd av skolhälsovården i frågan och ingen patientskada bedömd. Vad som orsakat händelsen är oklart.

Händelse: En händelse gällande att vaccin beställts av fel leverantör. Detta medförde en större kostnad och beror på avsteg från rutin.

Åtgärd: Påminnelse om följsamhet till rutin i teamet.

Händelse: En händelse gällande elev som fått vaccination troligtvis för tidigt. Detta var en elev som hade fått sitt vaccin utanför vaccinationsprogrammet, vilket noterats i journal i löpande text. Enligt vaccinationsprogrammet skulle dosen getts vid given tidpunkt, men detta gällde inte denna elev.

Åtgärd: MLA utreder händelsen och återkommer. Då intervall gällande vaccinationer har förändrats visade det sig att vaccinationen har getts inom acceptabelt tidsintervall. Därav bedöms det som att ingen patientskada har skett.

Händelse: En händelse gällande att elev inte blivit erbjuden hälsobesök i ÅK 7 enligt rutin. Eleven kommer att kallas för detta besök omgående. Ingen patientskada bedömd. En händelse gällande att skolsköterska dokumenterat på papper gällande planering för vaccinationer av elever, vilket inte dokumenterats i Prorenata. Ingen patientskada men brister i följsamhet till rutin.

Åtgärd: Påminnelse i teamet att följa rutin om att använda digitalt dokumentationsstöd.

Händelse: En händelse gällande journalkopior som inte skannats in i digital journal enligt rutin. Notering finns att journalkopior inkommit och ska lämnas till skolläkare.

Åtgärd: Brister i följsamhet till rutin då journalkopior ska skannas in och inte överlämnas i pappersformat. MLA påminner om rutin i teamet.

Händelse: Ett antal händelser har upprättats i samband med att skolsköterska avslutat sin tjänst och ny skolsköterska genomfört genomgång av arkivskåp samt genomgång av checklistor. Skolsköterska som tog över uppdraget har i samråd med verksamhetschef och MLA gått igenom händelserna med

berörd skolsköterska i syfte att kartlägga och analysera. Läs mera i återkoppling som kommer efter händelserna samt hur arbetet i teamet fortsätter i syfte att tydliggöra rutiner och arbetssätt.

En händelse gällande att 10 elever inte erbjudits hälsosamtal i årskurs 7. Eleverna går i åk 8 och nio, och det är oklart vad som orsakat händelserna. Finns inget dokumenterat i journal gällande kallelse, uteblivet besök eller bokning.

Åtgärd: Eleverna är nu uppsatta på bevakningslista och kommer att kallas för hälsobesök.

Händelse: En händelse gällande dubbel journal i Prorenata.

Åtgärd: Journalen är ihopslagen. Ingen patientskada.

Händelse: En händelse gällande att skolsköterska inte rekviderat journal enligt rutin för elever som kommer från andra skolor. Vad händelsen beror på är oklart, det finns otydligheter i hur skolsköterska informeras om att elever börjar vid inflyttning till kommunen,

Åtgärd: Journalerna har nu rekviderats. Vi behöver se över rutin för hur skolsköterska får information om att elever börjar. Vidare utredning pågår.

Händelse: En händelse gällande elev som fått vaccination DTP i årskurs 8 utan att tidigare journal rekviderats. Journalen har nu rekviderats för att undersöka om vaccinationen var felaktig eller inte. Händelsen beror på bristande följsamhet till rutin.

Åtgärd: MLA utreder vidare. Vaccination var ej felaktig. Ingen patientskada.

Händelse: En händelse gällande dokument som scannats har sedan sparats i arkivskåp (rekvisitioner, samtycken, medgivanden, externa journalkopior). Avsteg från rutin gällande hantering av inkomna dokument.

Åtgärd: MLA har gått igenom dokument och dubbelkollat. Rivit de dokument som varit inscannade.

Händelse: Uteblivna vaccinationer av 11 stycken elever i ÅK 8 som ej fått DTP, 1 saknar journalhandling. 3 stycken saknar journal i ÅK 9 och där är det oklart vad som gjorts. 1 elev i ÅK 8 saknar journal och även där är det oklart vad som gjorts.

Åtgärd: Eleverna har satts upp på bevakningslista och planeras för åtgärder.

Återkoppling utifrån samtal med skolsköterska med anledning av händelserna ovan:

Bristfällig information från administratör på skolan gällande in och utflytt av elever bidrar till svårigheter att planera för åtgärder enligt basprogrammet. Vissa av eleverna har hög frånvaro i skolan. Svårigheter att få in medgivanden för rekvisition av journaler från vårdnadshavare har förekommit. Vad gäller de hälsosamtal som ej var gjorda i åk 8 och 9 fanns förklaringar till detta. Skolsköterska gick in i journalerna på eleverna det gällde och kände igen samtliga. Det rörde sig om elever som haft hög frånvaro i skolan och inte varit närvarande när hälsosamtal utförts. Alla elever hade dock blivit erbjudna samtal men det var ej dokumenterat. Vad gällde de elever i åk 9, som ej fått vaccination under åk 8 fanns det även där förklarliga skäl. Eleverna hade antingen inte varit i skolan eller ej lämnat in medgivande. Dock fanns detta inte dokumenterat i journalen, skolsköterska hade fört dokumentation i en egen pärm över vaccinationerna så att ingenting skulle missas. Alla eleverna hade blivit erbjudna vaccination.

Åtgärder i teamet med påminnelse om att:

- Använda Prorenata för att planera åtgärder.
- Boka elever i kalender i Prorenata så det går att söka historik t.ex. om eleven uteblir.
- Att alltid dokumentera om elev kallas, uteblir, tackar nej eller liknande.
- Rekquirera tidigare journalkopior på elev innan åtgärder och att rekquirera journalkopior så snart som möjligt när elev börjar på skolan.
- Bättre kommunikation med administratörer för att få information om in och utflytt av elever.

- Följa rutin gällande dokumenthantering samt arkivskåp. Riva dokument som scannats enligt rutin. Tydlig märkning av dokument i arkivskåp.
- Följa rutin gällande smarta checklistor samt bevakningar för att upptäcka avsteg tidigt.
- Tänka på att dokumentera så att någon annan skolsköterska ska kunna ta över arbetet. Tydlighet vad som planerats och varför, gäller även de elever som sätts upp på bevakningslista av någon anledning.
- Undvika sidodokumentation.

Händelse: En händelse gällande avsaknad av sammanfattning av BVC journal i EMI journal. Detta med anledning av att elevens tidigare EMI journal sammanfattats och inte skannats in i sin helhet varför denna behöver begäras in igen.

Åtgärd: Följa ny rutin om att journaler skannas in i sin helhet.

Händelse: Händelser gällande svarstid i prorenata, dvs försenas svarstid utifrån vår rutin.

Åtgärd: Påminnelse har skickats till skolläkare via outlook. Kompetensutveckling i teamet vad gäller tillväxt i syfte att minska Prorenata förfrågningar. Tydliga rutiner som följs, ny rutin gällande tillväxt. Fortsatta samtal och diskussioner i teamet utifrån hur vi kan utveckla det kollegiala stödet vid frågor man behöver stöd med. Stöd och stöttning av verksamhetschef till skolläkare vad gäller prioritering av arbetsuppgifter. Fortsatta samtal och ansvar för att implementera angivna åtgärder är MLA och verksamhetschef.

Händelse: En händelse gällande synpunkt från vårdnadshavare gällande en elev som fått en allergisk reaktion i skolan. Eleven var hos skolsköterskan för en bedömning och avvek sedan. Skolsköterskan bedömde att eleven då mådde bra. Senare under dagen tillkallades ambulans på fritidsgården då eleven fått en reaktion. Vårdnadshavare kontaktades då. Vårdnadshavare har sedan kontaktat verksamhetschef gällande att vårdnadshavare ej kontaktades i första läget. Samtal har skett med skolsköterska, elev och vårdnadshavare och det är nu utrett.

Åtgärd: Verksamhetschef har utrett händelsen med berörda personer. Skolsköterska ska kontakta vårdnadshavare vid liknande situationer framöver. Information i teamet.

Händelse: En händelse gällande att vaccinationstäckning på Egebyskolan minskat. 11 av 36 har avböjt. Skolsköterska upplever att det inte finns tid för att lägga det extra arbete som krävs för att motivera vaccinationen, ett arbete som tidigare utförts med extra besök och samtal.

Åtgärd: Styrgruppen ser att motivationsarbete för vaccination behövs. Skolsköterske-teamet tar upp det på nästa teamträff för att erbjuda stöd från kollegor vid behov.

Händelse: En synpunkt gällande en elev som ramlat på skolidrotten och fått ont i nacken. Eleven uppsökte skolsköterska som gjorde en bedömning utifrån att eleven hade rörlighet i nacken, ingen akut smärta och inget illamående. Vid kontakt med vårdcentral så röntgas eleven och fraktur upptäcks.

Åtgärd: Ingen åtgärd. Skolsköterskan genomförde bedömning utifrån given information och allmäntillstånd.

Händelse: En händelse gällande en elev som på hälsobesök i åk 1 på gymnasiet berättat om negativ upplevelse av uppföljning från skolsköterska under högstadietiden gällande vikt. Eleven har vid återkommande besök fått väga sig och ta emot kostråd trots att eleven upplevt sig inte mottaglig och haft motstånd till detta.

Åtgärd: Fortsatta diskussioner i skolskötersketeamet gällande bemötande.

Psykologer

Händelse: En händelse gällande att psykolog medvetet frångått process då vårdnadshavare fått kallelse till utredningsstart utan att planeringsmöte genomförts. Beslut om detta togs på grund av effektivitetsbehov. Psykolog avlastar kollega och behöver i detta syfte komma igång under en specifik

tidsperiod, en tidsperiod som krockade med samordnares frånvaro. I dialog med vårdnadshavare görs detta avsteg. Händelsen är en del av kvalitetsarbete och rör ingen patientskada.

Åtgärd: Ingen

Händelse: En händelse gällande att anteckning efter samtal med elev endast dokumenterats i elevakt. I efterhand har psykologen uppmärksammats på att anteckningen även borde gjorts i psykologjournal då det var ett möte med pedagog, elev och psykolog. Detta utifrån riktlinjen att när psykolog möter enskilda elever klassas detta som hälso- och sjukvårdsarbete. Det är svårt att bedöma vad som är hälso- och sjukvård i denna typ av möten och frågan är ständigt aktuell i psykologgruppen. Ingen patientskada.

Åtgärd: Psykologteamet fortsätter regelbundet diskutera gränsdragning kring vilka insatser som ska journalföras och vilka som det räcker med dokumentation i elevakt.

Händelse: En händelse gällande att psykolog startat med testuppgifter enligt åldersangivelse istället för startpunkt vid misstanke intellektuell funktionsnedsättning. Detta innebär att eleven fått starta senare i testuppgiftsordningen. I denna testning klarade eleven av samtliga startuppgifter och vändregel behövde aldrig användas, vilket är en indikation på att uppgifterna inte var för svåra där eleven startade.

Åtgärd: Psykologteamet sambedömde ärendet enligt rutin och är överens om att detta inte har påverkat testresultatet. Tillsammans lästes också manual kring detta och det framkommer att när elev klarar startuppgifterna enligt ålder får eleven samtliga poäng före denna startpunkt oavsett om uppgifterna klarats av eller inte. Ingen patientskada.

Händelse: En händelse gällande försenad signering av tre journalanteckningar. Signering är genomförd i efterhand. Ingen patientskada bedömd.

Åtgärd: Fortsatt arbete med att prioritera dokumentation och att avsätta dokumentationstid.

Händelse: En händelse gällande försenad dokumentation i utredning av inkommen handling. Skattningsformulär inkommer och då skolpsykolog avvaktade med att rätta detta i väntan på ytterligare skattningsformulär så passerade 14 dagar innan dokumentation genomfördes. Ingen patientskada.

Åtgärd: Skolpsykolog har dokumenterat i efterhand. Påminnelse i teamet om att dokumentera att formulär mottas med hänvisning till att rättning sker senare.

Händelse: En händelse gällande försenad journalföring av möte. Psykolog har i efterhand dokumenterat. Ingen patientskada bedömd.

Åtgärd: Ingen utöver arbete med att prioritera dokumentation

Juni 2024 - augusti 2024

Styrgruppen

Styrgruppen har inte rapporterat några händelser för denna period.

Skolsköterskor och skolläkare

Händelse: Går igenom checklistorna för åk 6 och upptäcker att det inte finns några journalanteckningar på två elever (tvillingpar) vilket undertecknad skolsköterska inte har noterat tidigare. Troligtvis på grund av att ingen av eleverna sökt hjälp från skolsköterskan. Tar kontakt med skolans administratör för att kolla upp när eleven började på skolan och får till svar att hen började läsåret 23/24. Ber administratören att alltid skriva ut en blankett om ny elev och lägga i skolsköterskans postfack vilket hon bekräftar att hon brukar göra. Information om elevstart fick skolsköterskan i sitt postfack i mars 2023 enligt administratören. Förslag på förbättringar för att undvika att situationen uppstår igen kan vara att få information via skolans administratör när nya

elever ska börja på skolan. Om den skolsköterskan som finns på plats när informationen ges inte finns på plats när eleverna börjar så är det viktigt att denna information förs vidare. Vid läsårsstart är det sedan viktigt för ny skolsköterska att få informationen och genomföra adekvata åtgärder.

Åtgärd: Samverkan med administratörer på skolorna, bjuda in MLA till administratörsträff. Förbättrad kommunikation vid överlämning mellan skolsköterskor. Verksamhetschef kontaktar administratörssamordnare.

Händelse: En händelse gällande att elevs mamma hör av sig via mail. Har funderingar kring om en uppföljande tillväxtkontroll efter hälsobesök blivit av. Undertecknad ser i elevens journal att uppföljande tillväxtkontroll utfördes 240206. Dock saknas notering om huruvida vårdnadshavare har fått återkoppling om att detta gjorts.

Åtgärd: Återkopplar till vårdnadshavare direkt och erbjuder i samband med detta även en ytterligare tillväxtkontroll. Förslag på förbättringar för att undvika att situationen uppstår igen är att alltid återkoppla i direkt anslutning till att insats utförs alternativt att sätta upp vårdnadshavarkontakt på bevakningslista. Planera så att god tid till både utförande av insats, dokumentation och eventuell vårdnadshavarkontakt finns vid ett och samma tillfälle. Händelsen bedöms huvudsakligen vara orsakad av brister kring kommunikation. Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska återkopplar i teamet.

Psykologer

Händelse: En händelse gällande försenad journalföring för psykologer. Ingen patientskada.

Åtgärd: Anteckningen är skriven.

Händelse: En händelse gällande att psykolog missat att enligt rutin maila mottagare av fildelning hos extern aktör. Detta uppmärksammades och mail skickades när psykolog uppmärksammades att remissen inte hanterats. Remissen är nu mottagen och inte patientskada bedömd.

Åtgärd: Ingen.

September 2024 - november 2024

Styrgruppen

Styrgruppen har inte rapporterat några händelser för denna period.

Skolsköterskor och skolläkare

Händelse: Skolsköterskor har rapporterat en händelse gällande överlämning av epikriser från BVC (Familjeläkarna) till EMI som dröjt trots påminnelser. Epikriserna har nu inkommit men för sent enligt rutin.

Åtgärd: Arbeta på att förbättra samverkan och kommunikation med Familjeläkarnas BVC. Förslag på ny samverkan med BHV överläkaren på organisationsnivå. Fortsätta arbetet med att undersöka möjligheterna till att få tillgång till NPÖ (Nationell patientöversikt). Ingen patientskada.

Händelse: Skolsköterskor rapporterar återigen en händelse gällande dubblett av journal i Prorenata gällande elev som tidigare varit kopplad till KAA (kommunalt aktivitetsstöd). Journalen är nu sammanslagen.

Åtgärd: Styrgruppen uppdrar åt Prorenatagruppen att undersöka möjligheterna att minska risken för att detta inträffar då det framkommit ett mönster där inskrivning av elever från KAA till skolan ökar risken för dubbel journalföring. Ingen patientskada.

Händelse: Skolsköterskor har rapporterat en händelse gällande försenad uppföljning av tillväxt då skolsköterska missade att kontakta skolläkare för bedömning. Även dokumentation av samtal med

vårdnadshavare kring detta saknas. När detta upptäcktes kontaktades vårdnadshavare och uppföljningen genomfördes men något senare än planerat. Skolsköterskan har dokumenterat i efterhand.

Åtgärd: Ingen åtgärd utöver uppmaning att följa befintliga rutiner. Ingen patientskada.

Händelse: I samband med hälsobesök i årskurs 1 så blir skolsköterskan uppmärksam på att påminnelse-sms om hälsobesök skickats till arbetsgivares mobilnummer. I journalen finns mobilnummer till vårdnadshavare ifyllt men inte på primärt nummer utan vid respektive förälder.

Åtgärd: Påminna vårdnadshavare om att uppdatera kontaktuppgifter i Tieto. Undersöka om det vore möjligt att sända systematisk påminnelse om att uppdatera uppgifter via IKT-pedagog. Enhetschef ansvarar för detta. Ingen patientskada.

Händelse: Vid genomgång av de smarta checklistorna uppmärksammade skolsköterskan att en elev i årskurs 3 på gymnasiet saknar vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta (DTP). Kontakt togs med eleven för att undersöka om vaccinationen genomförts under högstadiet och för att fråga om eleven önskar vaccination nu. Det framkom att eleven är inflyttad från en annan kommun och hade flyttat till Mjölby mellan årskurs 8 och 9. I elevens tidigare kommun ges vaccinationen i årskurs 9, medan den i Mjölby ges i årskurs 8. Detta har lett till att eleven fallit mellan stolarna. Det saknas dessutom en ifylld checklista vid stadieövergången, och den smarta checklisten på gymnasiet är inte heltäckande för elever som flyttat in från andra kommuner, vilket gör att sådana fall inte markeras i systemet

Åtgärd: Eleven har erbjudits och fått vaccination. Teamet ska vara extra uppmärksam vid inskrivning av elever från andra kommuner, särskilt gällande vaccination och hälsosamtal. Checklista vid stadieövergång ska upprättas enligt rutin, och möjligheten att anpassa smarta checklistor för inflyttade elever ska undersökas. Smarta checklistor har införts sedan händelsen för att minimera risken för upprepning. MLA påminner teamet om att följa rutiner och ser över utvecklingen av checklistorna. Ingen patientskada.

Psykologer

Händelse: En händelse där en av två övningsuppgifter i testadministrering missats på grund av att sidorna "klistrats" ihop och en uppgift därför bläddrats förbi och inte genomförts.

Åtgärd: Vid genomgång av testresultat noteras att eleven klarat av startuppgifterna som kommer efter övningsuppgifterna vilket gör att miss av övningsuppgift inte bedöms påverka testresultatet. Att uppgiften missats noterades dock i journalen. Ingen patientskada bedömd.

Händelse: En händelse gällande ett önskemål om remissvar där läkare skickat remiss och uttryckt önskemål om psykologsamtal för elev.

Åtgärd: Psykolog svarar och förtydligar att psykologiska insatsen i elevhälsan inte är remissmottagare från regionen utan läkaren hänvisas till att remittera till annan instans.

Händelse: En händelse gällande skrivare som inte fungerat vilket inneburit att det i elevs journal skapats dubbel notering om journalutskrift. Vid första utskriften kom inga kopior. Skrivaren är nu fungerande igen.

Åtgärd: Ingen utöver att skrivaren felanmälades och fixades. Ingen patientskada.

Händelse: gällande försenad signering/färdigställande av journalanteckning.

Åtgärd: Fortsatt arbete i teamet för att underlätta dokumentation. Ingen patientskada.

Händelse: En händelse gällande att psykolog i mailtråd med föräldrar har namngett andra aktuella vårdgivare utan att radera elevens namn som föräldrar skrivit i mailtråden. Maillet innehåller således känsliga uppgifter som går att härleda till berörd elev. Mailtråden startades av vårdnadshavare som godkänt detta kommunikationssätt, men personuppgifter ska enligt rutin raderas.

Åtgärd: Fortsatt arbete med att utveckla användandet av SEFOS som säker kommunikationsväg, för att öka säkerheten i kommunikation av känsliga uppgifter. Styrgruppen kontaktar ansvarig IKT pedagog för detta. Påminnelse i teamet om att radera namn i mail om svar ges via mail. Ingen patientskada bedömd, utifrån att det i detta fall också var vårdnadshavare som både initierade kontaktvägen och också angav personuppgifter.

Händelse: En händelse gällande att fel elev kopplades till inkommande meddelande i journalsystemet.

Åtgärd: PLA kontaktar Prorenata som meddelar att meddelande i systemet inte sparas på aktuell elev utan hanteras som arbetsmaterial i systemet. Konversationen är dock inte möjlig att radera, utan PLA får rekommendation att varje individ i konversationen arkiverar meddelandet, vilket också genomförs. Ingen patientskada.

December 2024 - februari 2025

Styrgruppen

Händelse: En händelse gällande att det dokumenterats i EMI journal om psykologs preliminära bedömning från ett konsensusmöte. Informationen som dokumenterades är av sådan karaktär att vårdnadshavare ännu inte meddelats detta och det ska således inte dokumenteras i EMI-journal då den inte hör hemma i den medicinska bedömningen.

Åtgärd: Samtal har förts med journalförande som menar att anteckning behövs i syfte att vara en medicinsk bedömning. Detta står fortfarande oklart och arbete pågår kring att klargöra rutiner. Verksamhetschef HSL kallar till möte med berörd där PLA deltar för att synliggöra hur detta blir problematiskt för psykologrollen.

Skolsköterskor och skolläkare

Händelse: En händelse gällande elev som uteblivit från hälsokartläggning och som sedan inte erbjuds ny tid på grund av att eleven märkts som inaktiv i journalsystem. Detta var dock felaktigt då eleven var klassplacerad och elev på skolan.

Åtgärd: Systemförvaltare har kontaktat Prorenata som identifierat att elevinläsningen gått fel. Prorenata bedömer det som ett systemfel och att sannolikheten att det händer igen är mycket liten. Eleven är aktiv i systemet igen och erbjuds hälsokartläggning, dock en termin sent. Ingen patientskada.

Händelse: En händelse gällande att skolsköterskas bokning i Prorenatas kalender ligger utanför arbetstid. Hur den hamnat där är oklart. I systemet ser det ut som att MLA som systemadministratör har ändrat bokningen, vilket MLA inte medvetet har gjort, utan i sådana fall av misstag.

Åtgärd: MLA undersöker hur detta kan ha gått till samt tar upp det med teamet. Troligtvis beror detta på den mänskliga faktorn. Bokningen har ombokats i samband med uppföljning av misstag. Ingen patientskada.

Händelse: När skolsköterska återkommer efter ledighet ser skolsköterskan att skolläkaren skickat en remiss den 241220 och bitt skolsköterskan informera VH om detta via meddelande i Prorenata. Eftersom skolsköterskan var ledig över jul uppmärksammades detta först 7 januari då hon var åter i tjänst. Bakgrund till remissen var att skolsköterska genomfört uppföljning av tillväxt efter uppmaning av skolläkaren. Skolläkaren har efter uppföljningen valt att skicka remiss utan att kontakta vårdnadshavare. Enligt rutin ska remiss skrivas i "samråd med vårdnadshavare", vilket inte skett. Att lämna ut patientinformation till annan instans måste ske i *samtycke* med vårdnadshavare.

Åtgärd: Efterfråga om det finns ett samtycke som inte blivit dokumenterat i journal. Om samtycke saknas görs en ny händelse med ytterligare åtgärder till exempel behöver vårdnadshavare bli informerad om att fränsteg från processen skett. Se över att det bara finns en rutin eller process, inte

både och. I den del som behålls ska det förtydligas att samtycke för remiss ska finnas och vara dokumenterat. Se över rutinen för hur viktiga meddelanden i Prorenata besvaras vid frånvaro. Detta för att säkerställa att brådskande ärenden inte blir liggande under längre ledigheter. Skulle kunna åtgärdas genom att skapa en process där skolläkaren kan markera brådskande ärenden som kräver omedelbar uppföljning. Processen för remisshantering har tagits bort och rutinen för remisshantering har uppdaterats. I rutinen framgår nu tydligare att samtycke för remiss ska finnas och vara dokumenterat.

Händelse: Remissvar saknas för remiss skickad vår 2024. Journalkopior inhämtas och remissvar inkommer januari 2025.

Åtgärd: Teamet behöver se över rutinen gällande remisshantering. I rutinen behöver det framgå vems ansvar det är att ta hand om remissvar. Vi behöver i den nya rutinen även ta ställning till hur vårdgivaransvaret ser ut. Skolläkaren kommer framöver att lägga upp en bevakning på 3 månader när remiss skickas.

Händelse: Journalkopia har skickats till fel skola via Prorenata då förväxling av journalkopieringskod har gjorts då de togs fram samtidigt. Kontakt har tagits med berörd skola att neka detta vilket har gjorts.

Åtgärd: Uppmaning att vara noggrann vid dokumentation och arbeta med en sak i taget.

Händelse: En händelse gällande att en elev med skyddad ID utan förklarlig anledning blivit inaktiv i Prorenata i oktober/november 24.

Åtgärd: Eleven har aktiverats manuellt. Vårdnadshavare har fått info men dock något senare om hälsobesök. Kontakt har tagits med systemförvaltare som har kontaktat Prorenata och gjort en felanmälan. Fortsatt samtal kring om någon behöver gå igenom logglistor.

Händelse: När BVC-epikriser skrivs in i EMI-journal har det noterats att fyra tillväxtkurvor avviker från de tillväxtbedömningar som EMI utför. Eleverna har dels ökat på tillväxte men även minskat i tillväxt utan åtgärd från BVC. Fanns ingen notering i epikriserna om att det skulle följas upp.

Åtgärd: MLA informeras och det beslutas att skolsköterska tar kontakt med BVC. Vid samtalet framkommer att våra rutiner/uppdrag skiljer sig åt. I 3 av fallen beslutades det att ej göra någon åtgärd, i det fjärde fallet beslutas det att skolsköterskan erbjuder ett uppföljande besök. Dialog behövs med BVC för att samverka kring överlämning. Liten grupp bildas som ser över detta och samverkar med BVC för att säkerställa överlämningar samt likvärdiga bedömningar. MLA leder denna grupp. Skolläkare kommer att ha dialog med BHV överläkare för att samverka gällande bedömningar.

Händelse: Vid genomgång av smarta checklistor upptäcks det att egenkontroll/journalgenomgång inför stadiövergång ej har genomförts enligt rutin. Eleverna var inflyttade från annan kommun. Vid genomgång av journalerna visade det sig att samtliga aktiviteter som EMI erbjuder var genomförda.

Åtgärd: Följa rutiner. MLA påminner i teamet.

Händelse: Vid genomgång av smart checklista noteras att tidigare skolsköterska dokumenterat fel vad gäller vilken dos av MPR som givits i Åk 1. Vid genomgång av journal inklusive BVC-epikris framgår det att eleven fick MPR dos 1 enligt nationella vaccinationsprogrammet på BVC och dosen i Åk 1 bör således vara dos 2.

Åtgärd: Efter samtal med MLA beslutas att anteckningen bör korrigeras. Felaktig anteckning stryks och ny anteckning upprättas med korrekt dos. Påminnelse om noggrannhet vid dokumentation i teamet, MLA ansvarar för detta.

Händelse: Vid hälsobesöket i åk 4 upptäcktes att det saknades tillväxtuppgift på två elever från 5-års besöket på BHV. Vid närmare kontroll upptäcktes det att det inte fanns någon inskannad BHV-epikris och att kollega redan konstaterat det vid hälsobesöket i åk 1. Men ingen åtgärd vidtogs då.

Åtgärd: Epikriser från BVC rekvideras. Påminnelse i teamet om att följa rutinen, MLA ansvarar för detta. MLA undersöker om det bockas av i den smarta checklistan.

Händelse: I samband med hälsobesök åk 1 skickas remiss gällande syn. Efter en vecka kommer remissen i retur, från Öron-näsa-halskliniken med meddelandet "Vänligen skicka remissen till ögonkliniken istället".

Åtgärd: Vårdnadshavare kontaktas om att remissen skickades fel. Adress ändras till Ögonmottagningen, remissen skickas iväg till rätt instans. Påminnelse i teamet om att dubbelkolla adress vid utskick. Införa NPÖ i organisationen, felet hade troligtvis uppmärksamrats tidigare då. Verksamhetschef HSL tar frågan gällande NPÖ vidare till ledningsgrupp.

Händelse: Vid dokumentation efter hälsobesök upptäcktes att ingen anteckning om stadieövergång var dokumenterad hos eleven. Undertecknad vill minnas att en genomgång är gjord då en uppföljning är gjord under slutet av vårterminen -24 men att dokumentationen måste ha missats.

Åtgärd: Skolsköterskan går igenom journalen igen och gör en anteckning om stadieövergång. Går även igenom övriga klasser igen med hjälp av smarta checklistor. Undertecknad hade missat att det fanns en smart checklista gällande stadieövergång, undertecknad kommer att använda sig av den framöver. Kolla smarta checklistor enligt rutin. MLA påminner i teamet.

Händelse: Skolsköterska fick ett mail från vårdnadshavare som undrade när eleven skulle på sin uppföljande ryggkontroll. Eleven var hos skolsköterskan 23.05.29 på ett hälsobesök och skulle få komma åter om ett år. Dock har detta inte skett då ingen bevakning kring detta fanns.

Åtgärd: Undertecknad träffar eleven samma dag och utför ryggkontrollen. Informerar även den skolsköterska som var på plats under den tiden om händelsen. Diskuterar även möjliga orsaker till detta. Bli bättre på att sätta upp på bevakning, se över sin arbetsmiljö då det kan vara gynnsamt att stänga dörren om sig vid dokumentation då man lätt blir störd annars. Alltid sätta upp elever för bevakning som ska följas upp. Avsätta tid för dokumentation. MLA påminner i teamet.

Psykologer

Händelse: En händelse gällande att telefontolk var dubbelbokad och inte kunde närvara vid en utredningsåtergivning med vårdnadshavare, detta trots att Språkservice bekräftat tolkbokningen. Mötesdeltagarna var på plats och mötet fick därför hållas utan tolk med hjälp av en närvarande anhörig som kunde tolka. Återgivningen bedömdes därav gå att genomföra. Ingen patientskada.

Åtgärd: Berörd psykolog återkopplade detta till Språkservice som upprättat en avvikelse.

Händelse: Psykolog deltog i tvärprofessionell sambedömning i processen för mottagande i anpassad skola och uppmärksammade att medicinskt samt pedagogiskt underlag inte var färdigt. Enligt processen ska samtliga underlag vara färdigställda för att sambedömningen ska äga rum. Mötet fick ombokas.

Åtgärd: Verksamhetschef följer upp detta med samordnare för anpassad skola för att påminna om vikten av att processen följs. Ingen patientskada.

Händelse: Fyra händelser gällande svarspostkuvert adresserade till psykolog som varit öppnade och ankomststämplade när psykolog får brevet. Psykologteamets uppfattning är att post till psykologer inte ska öppnas på utbildningskontoret utan lämnas oöppnat till psykolog som journalför det. Ingen patientskada.

Åtgärd: Rutinen som finns för postöppning anger att post stämplat med hälso-och sjukvårdsmärkning inte ska öppnas på utbildningskontoret. Berörda brev i dessa händelser var ej HSL-märkt, varför de öppnats. Styrgruppen ser ett behov av att revidera rutinen, då samtlig post till psykologer berör hälso-och sjukvård och inte behöver följa ordinarie diarieföringsrutin på grund av att det journalförs. VC HSL kontaktar berörd person på utbildningskontoret för att revidera rutinen.

Händelse: Tre händelser gällande försenad journalsignering av flertalet anteckningar. Berörd psykolog har i och med dessa händelser också signalerat hög arbetsbelastning, varför journalanteckningarna inte kunnat signeras inom tidsram. Ingen patientskada.

Åtgärd: Anteckningarna är signerade. Berörd psykolog har kontinuerlig uppföljning och stöd av chef kring arbetsbelastning samt att hitta strategier som möjliggör att dokumentationen hinns med.

Händelse: En händelse gällande två sent upprättade journalanteckningar på grund av hög arbetsbelastning. Ingen patientskada.

Åtgärd: Anteckningarna är upprättade och signerade. Berörd psykolog har kontinuerlig uppföljning och stöd av chef kring arbetsbelastning samt att hitta strategier som möjliggör att dokumentationen hinns med.

Händelse: En händelse gällande ett meddelande som skulle skickats som mail i Prorenata till specialpedagog till skola istället skickades som mail till den elev som innehållet i mailet handlade om. Detta då berörd psykolog valde "använd elev för att skicka mail" istället för "använd elev för att skicka meddelande om" i Prorenata. Meddelandet innehöll mycket kortfattad information om att psykolog önskar att specialpedagog medverkar på möte. Psykolog har tidigare haft kontakt med berörd elev.

Åtgärd: Psykolog ringer upp elevens mamma och förklarar misstaget samt ber om ursäkt. Elevens mamma ombeds föra informationen vidare till eleven. Ingen patientskada bedömd.

Händelse: En händelse gällande för sent upprättad anteckning om avbokad möte på grund av sjukfrånvaro. Ingen patientskada.

Åtgärd: Anteckningen är upprättad. Händelsen belyser behov av att se över hur arbetsuppgifter säkerställs vid sjukfrånvaro. Styrgruppen planerar att se över rutinen för frånvaro.

Händelse: Kopia av sammanfattande bedömning av utredning skrevs ut två veckor efter att den skickades till skrivaren.

Åtgärd: Kopia lämnades till ansvarig för utskriften och utskriften strimlades. Skrivaren är både felanmäld och lagad. Informera alla medarbetare att radera pågående poster/utskrifter som "fastnar i skrivaren" i datorns skrivarinställningar, genomgång på teamet. Ingen patientskada.

Händelse: Fyra händelser gällande försenad signering.

Åtgärd: Signeringen har gjorts i efterhand. Fortsatt arbete med strategier för dokumentation, främst att avsätta tid för journalföring. Ingen patientskada.

Händelse: Fildelning inför tvärprofessionell sambedömning gick ej att genomföra i Prorenata.

Åtgärd: Bedömningen överlämnades muntligt. Felanmälan till Prorenata som åtgärdade problematiken. Fildelningen genomfördes när systemet möjliggjorde det. Ingen patientskada.

Händelse: Försenad dokumentation på grund av sjukfrånvaro.

Åtgärd: Dokumentationen är genomförd i efterhand. Rutinen för längre sjukfrånvaro och HSL-arbete behöver ses över. Ingen patientskada.

Analys av händelser

Styrgruppen ser att rapportering sker återkommande och frekvensen har fortsatt att öka, vilket endast ses som positivt och kvalitetshöjande. Analysen visar att inga patientskador eller allvarliga händelser har bedömts. I det fortlöpande systematiska patientsäkerhetsarbetet hanteras samtliga händelser och omsätts till direkta åtgärder i verksamheten. Dessa åtgärder bidrar till fortlöpande kvalitetshöjning.

Under året har flera händelser rapporterats kopplat till bristande följsamhet till rutiner, försenad dokumentation och administrativa fel. Inom skolhälsovården har förseningar i postgång, felaktig hantering av journalkopior och brister i uppföljning av vaccinationer och hälsobesök varit

återkommande. Även tekniska problem och bristande samverkan mellan olika aktörer, exempelvis mellan skolläkare och vårdnadshavare, har lyfts som områden för förbättring.

Inom psykologverksamheten har flera händelser rört dokumentationsförseningar, mindre felaktigheter i testadministreringar och administrativa misstag, exempelvis vid fildelning och mailkommunikation. Ett antal händelser har även identifierat brister i samverkan, där remisser och samordnade bedömningar inte alltid genomförts enligt process.

Utifrån styrgruppens övergripande händelseanalys framkommer återigen trenden att flest händelser rapporteras kring bristande följsamhet till rutiner/processer där händelser kopplat till dokumentation är i majoritet. Detta förklaras med att patientsäkerhetsarbetet har sin utgångspunkt i rutiner och processer. Vid avvikelse från detta ska det rapporteras. Styrgruppen har under tidigare patientsäkerhetsår identifierat liknande trend. Utifrån detta finns behov att se över processen för händelseanalys och bedömning av händelser för att utveckla mer specifika analyser och insatser framåt.

5.3 Riskanalys

Återkommande riskanalyser är en central del av patientsäkerhetsarbetet och syftar till att identifiera och minimera potentiella risker i verksamheten.

Återkommande årliga riskanalyser i styrgruppen

Styrgruppen har under patientsäkerhetsåret identifierat behov av revidering i arbetsgången gällande riskanalyser kring processer, bemanning, dokumentation och samverkan. Den nuvarande arbetsgången upplevs svårarbetad och syftet upplevs oklart, vilket bidragit till att riskanalyser inte har prioriterats att genomföras. Inför kommande patientsäkerhetsår behöver detta revideras.

Identifierade behov av särskilda riskanalyser

Verksamhetschef på habiliteringen har signalerat en förändring där utredning av barn med omfattande svårigheter inom habiliteringen av olika orsaker inte involverat frågeställningen intellektuell funktionsnedsättning. Tidigare har habilitering utrett frågeställning intellektuell funktionsnedsättning i samband med utredning kring annan frågeställning (som exempelvis autism nivå 2 och 3), men utifrån hur habilitering under en period har organiserat sig med konsulter sker utredningar oftare utifrån ett smalare perspektiv. Resultatet utav detta är att elever med omfattande svårigheter inte har utretts gällande intellektuell funktionsnedsättning och när frågan om anpassad skolform väcks behöver elevhälsan genomföra utredningar som tidigare genomförts av bredare tvärprofessionella team inom habiliteringen. Utifrån detta ser psykologteamet ett behov av att genomföra en riskanalys utifrån patientsäkerhet.

5.4 Informationssäkerhetsarbete

Informationssäkerhet inom elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats syftar till att skydda känslig information från att läcka ut, förvanskas eller förstöras. Samtidigt ska rätt information vara tillgänglig för rätt personer vid rätt tidpunkt. Under året har ett flertal frågor kopplade till informationshantering, behörigheter och journalsystem aktualiserats och hanterats för att säkerställa en hög säkerhetsnivå och följsamhet till gällande lagstiftning.

Loggkontroller och behörighetshantering

Loggkontroller har utförts av MLA och PLA månatligen gällande in- och utloggningar i datasystemet Prorenata samt även kontroll av behörighet. Detta för att säkerställa att personal har åtkomst enbart till det de behöver. MLA och PLA tilldelar behörigheter i respektive team för att upprätthålla denna säkerhet. Loggkontroller som genomförts har varit utan anmärkningar men ibland har behörigheter korrigerats i samband med kontrollen.

Hantering av tidigare journalsystem

Under året lyftes frågan gällande information i tidigare journalsystem Journal 3 och PMO och om dessa system skulle sparas. Styrgruppen ser inget behov av att spara Journal 3 och PMO, då dessa uppgifter överförts till nya journalsystemet Prorenata som börjat användas. Det vill säga att styrgruppen uppfattar att all dokumentation från Journal 3 och PMO finns i Prorenata. Ingenting har indikerat något annat varför beslut tas om att det ej längre finns behov av att ha tillgång till Journal 3 och PMO.

Behörighet i Prorenata för Skolfam-psykologer

Frågeställning har väckts gällande psykologs behörighet i Prorenata gällande de elever som är i Skolfam. I dagsläget måste skolpsykolog få tillgång till hela skolan. PLA undersökte möjligheten att ge behörighet på individnivå istället. I systemet finns det numera möjlighet att ge behörighet till endast elev varför styrgruppen beslutar att psykolog mot Skolfam har endast behörighet på individnivå till de elever som är aktuella i verksamheten. PLA ger denna behörighet enligt beslut i styrgruppen.

Hantering av Vineland 3

Fråga har lyfts gällande Vineland 3 som är ett nyinköpt digitalt skattningsformulär av adaptiv förmåga. I denna version anger föräldrar sina namn på formuläret. Psykologteamet har enligt tidigare rutin kodat elevens personuppgifter i den digitala testplattformen utifrån GDPR. I Vineland 3 förekommer inga elevuppgifter, men föräldrarnas för- och efternamn. Det behöver undersökas vidare om detta behöver annorlunda hantering för att skydda personuppgifter. Frågan är lyft med utbildningskontoret och IT-avdelningen. PLA ansvarar för detta.

Tillgång till elevakt för EMI

EMI har enligt beslut från januari 2021 inte haft tillgång till elevakt. Under 2024 har en utvärdering av beslutet genomförts med bland annat en barnkonsekvensanalys som underlag. Styrgruppen bedömer att det inte finns tillräckligt med stöd för att EMI ska ha obegränsad tillgång till elevakt. I analysen framkommer dock att det tidigare beslutet att EMI, efter samtycke, får tillgång till ärenden inte fungerar tillfredställande då nuvarande journalsystem begränsade tillgången till specifika ärenden.

För att kunna följa intentionen med beslutet gällande tillgång till elevakt finns behov av att ändra EMIs behörighet och tillgång från ärendetilldelning till elevens hela elevakt. Möjlighet att få tillgång till elevakt kommer att ges utifrån varje enskild skolsköterska/skolläkares bedömning av behov i förhållande till att kunna stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. Detta kommer senare att utvärderas och följas upp av MLA.

Tillgång till Unikum för EMI

Frågan har under året väckts gällande tillgång till Unikum för EMI. Systemförvaltare ställer sig frågande till varför EMI ska ha tillgång till unikum, med tanke på att elevakt inte är tillgängligt.

Diskussion har förts på förvaltningen om vem som ska fatta beslut om detta. Enligt systemförvaltare ska varje rektor fatta beslut om detta och inte verksamhetschef HSL. Detta utifrån GDPR och inte sekretess. Detta problematiseras av VC HSL och ledningsgrupp UTB kontaktas. VC HSL bjuds in till ledningsgrupp för att lyfta frågan. Ledningsgruppen ställer sig positiva till att EMI har tillgång till Unikum.

Införande av NPÖ (Nationell patientöversikt)

Under året har frågan gällande tillgång till NPÖ (Nationell patientöversikt) varit fortsatt aktuell då vi ser ett stort behov av att ha tillgång till detta. Det skulle innebära en ökad säkerhet gällande behandlandet av journalkopior. I dagsläget skickas denna information via brev eller via fildelning. Att införa NPÖ skulle stärka patientsäkerheten. Verksamhetschef HSL kommer att ta med frågan gällande införandet av NPÖ till HSL-personal inom CBE till ledningsgrupp. Enligt systemansvarig finns inga hinder för att lösa det tillsammans med Prorenata, Inera och IT som stöd. Verksamhetschef HSL återkommer gällande detta efter behandling i ledningsgruppen. Vid ett eventuellt införande behöver visst förarbete ske gällande nya rutiner samt för att samla in samtycken för att upprätthålla god patientsäkerhet.

Digital förvaring av psykologiska testprotokoll

Frågan väckts gällande övergång till digital förvaring av psykologiska testprotokoll. VC HSL har presenterat detta i ledningsgruppen som ställer sig positiva till att frågan undersöks vidare med utbildningsförvaltningens IT-strateger.

5.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

För att minska risken för vårdskador krävs en välfungerande samverkan mellan elevhälsans hälso- och sjukvårdsinsats och andra aktörer. Enligt 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren identifiera processer där samverkan behövs. Utöver kontakt vid behov med exempelvis psykiatri, ungdomshälsan, Mini-Maria, polis, socialtjänst och vårdcentraler, har även olika samverkansforum funnits under året.

Barn- och ungdomshabiliteringen

Regelbunden samverkan sker två gånger per läsår gällande elever med måttlig, svår eller ospecificerad intellektuell funktionsnedsättning i behov av Egebyskolans "lilla förskoleklass". Dessa elever är aktuella för mottagande i anpassad skola ämnesområden. Samverkan sker i två olika mötesforum. Det första när psykolog och samordnare anpassad skola träffar habiliteringsrepresentant i syfte att planera underlagsarbetet för mottagandet. Vid det andra mötet ska verksamhetschefer delta i syfte att följa upp samverkan på en övergripande nivå. På grund av chefsbyten inom elevhälsan och omorganisering i Regionen har detta dock inte ägt rum.

Omsorgs- och socialförvaltningen

Återkommande samverkan mellan verksamhetschef centrala barn och elevhälsan med verksamhetschef omsorgs- och socialförvaltningen inom ramen för gemensamma utvecklingsarbeten.

Barn- och ungdomspsykiatri (Capio)

Två gånger per termin träffar psykologteamet psykologrepresentant från Capio där gemensamma ärenden hanterats.

Två gånger per termin träffar skolsköterskor/skolläkare barn och ungdomspsykiatri där samverkan sker gällande rutiner, remisser samt olika gemensamma frågeställningar. Vid några av dessa träffar har det funnits ett tema som har diskuterats utifrån våra olika perspektiv för ökad patientsäkerhet och ett ökat elevstöd.

Ungdomshälsan, minimaria och polis

Skolsköterskor på gymnasiet träffar två gånger per termin representanter för ungdomshälsan, minimaria och polisen för att diskutera gemensamma frågor som till exempel drogförebyggande arbete och kommunövergripande teman för att förebygga risker vid exempelvis skolavslutning.

Barnmottagningen

Skolläkaren har regelbundna träffar med endokrinläkare på barnmottagningen angående avvikande tillväxtkurvor samt försenad pubertetsutveckling.

Socialförvaltning

Skolsköterskorna har regelbundet träffat representanter från socialtjänsten för att se över samarbetsformer och förstå varandras verksamheter.

Barn- och ungdomshälsan

Samverkan har skett på teamtid för skolsköterskor/skolläkare.

Sammanfattning och förbättringsförslag

För att förbättra samverkan med psykiatri har samverkansform strukturerats tydligare genom en uppdelning av samverkans möten per team samt att specifika frågor ämnen kan lyftas. Genom att antalet tillfällen specificeras skapar det en överskådlig och systematisk samverkan. Vidare har områden där planerad samverkan inte genomförts enligt plan, exempelvis på grund av chefsbyten, markerats för att identifiera förbättringsområden och säkerställa kontinuitet i samarbetet.

5.5.1 Samverkan med elever och vårdnadshavare

Elever och vårdnadshavare har en central roll i patientsäkerhetsarbetet. Under året har arbetet med digitala samtycken och återkopplingar via elevportalen vidareutvecklats för att öka samverkan och delaktighet.

Skolsköterskor och skolläkare

Bemötandeenkät skolsköterskor: Sammanställning av enkät gällande bemötande höstterminen 2024 som är en egenkontroll gällande elevers delaktighet i vården. Enkäten genomfördes under hösten 2024 i årskurs 1 i samband med hälsosamtal där vårdnadshavare deltog. Enkäten, som besvarades av 92 personer, var tillgänglig via en QR-kod och genomfördes under veckorna 34–43. På frågan om bemötandet under besöket svarade 92 procent att de var mycket nöjda, och nästan 90 procent upplevde en mycket bra känsla efteråt.

Alla uppgav att de fick tillräckligt med tid för egna frågor och funderingar. På den öppna frågan "Har du något mer du vill framföra gällande dagens besök?" var svaren positiva. Några önskade årliga besök, medan andra nämnde svårigheten att ta ledigt från jobbet. Överlag var deltagarna mycket nöjda med både besöket och bemötandet. Resultatet har analyserats i teamet och beslut tas att enkäten ska genomgå en större revidering inför nästa omgång. Teamet har ännu ej beslutat vad enkäten då ska innehålla men tanken är att det ska fånga elevens upplevelse av besök, eventuellt i samband med hälsobesök i årskurs 4, kanske även den återkoppling som vårdnadshavare får ta del av.

Tankar finns även att utvärdera delaktigheten i samband med vaccination. Beslut gällande enkäten kommer att fattas under vårterminen 2025 inför egenkontrollen som planeras till höstterminen 2025 enligt fastställd årsplanering.

Bemötandeenkät skolläkarmottagning: Enkäten genomfördes under HT 2024 och VT 2025 i samband med skolläkarmottagning via QR-kod. 35 personer svarade på enkäten vilket kan vara vårdnadshavare eller elev själv som besvarat. På frågan Hur upplevde du bemötandet under dagens besök? Svarade de allra flesta upplevde besöket som mycket bra. Svarsalternativ var Mycket dåligt till Mycket bra på en skala från 1-5.

Den andra frågan var Efter besöket går jag härifrån med en upplevelse/känsla som är. Svarsalternativ var från negativ till positiv på en skala från 1-5. De flesta hade en positiv upplevelse/känsla när de gick från besöket. Ett fåtal har svarat på mitten av skalan. Den sista frågan med svarsalternativ var Fick du tid/utrymme för egna frågor och funderingar under samtalet? Svarsalternativ var ingen tid alls till tillräckligt med tid på en skala från 1-5. I princip alla fick tillräckligt med tid och utrymme under besöket. Den sista frågan var en öppen fråga där de svarande fick besvara med fri text. Frågan var Har du något mer du vill framföra gällande dagens besök? Några har kommenterat att de var jättenöjda med besöket och de önskar ej framföra något ytterligare.

Psykologer

Bemötandeenkät psykologer: Psykologteamet har detta patientsäkerhetsår valt att undersöka om syftet med en elevs kontakt med psykolog är tydligt för elev/vårdnadshavare samt att det psykolog kommer fram till framförs på ett begripligt sätt för elev/vårdnadshavare. Detta har undersökts genom två digitala enkäter som skickas till/ alternativt presenteras för elev/vårdnadshavare i samband med första och sista besöket i en utredning. Enkätens innehåll har varit följande:

Första besöket:

- Jag har fått tillräckligt med information om syftet med besöket hos psykologen
 - o Ja
 - o Nej
- Om nej, vilken information saknar du?

Sista besöket

- Jag har förstått återkopplingen och vad psykologen har kommit fram till
 - o Ja
 - o Nej
- Om nej, vad hade du velat veta mer om?

Totalt har fyra svar inkommit av 11 möjliga. Samtliga svarar att de har fått tillräckligt med information om syftet med besöket och att de har förstått återkopplingen och vad psykologen kommit

fram till. Det inkommer endast svar från cirka en tredjedel av patienterna. De svar som saknas förklaras av att digital enkäten bedömts oanvändbar på grund av tolkbehov och att psykolog glömt bort att erbjuda enkäten. Psykologteamet behöver hitta ett sätt för dessa utvärderingar som är genomförbara i samtliga vårdkontakter.

6. Övergripande analys samt mål för kommande år

För att säkerställa en hög kvalitet inom patientsäkerhetsarbetet är analys och ett riktat målarbete avgörande. Årets arbete har analyserats och lett fram till ny riktning som utgör underlag för kommande år målarbete. Under denna rubrik presenteras en sammanfattning om hur analysarbetet under året gått till och vilken riktning detta arbete har lett fram till.

Analys

Analysarbetet har under året genomförts systematiskt utifrån målarbete, händelser, egenkontroller, informationssäkerhetsarbetet, riskanalyser och samverkan. Analyserna har genomförts utifrån arbetsgången identifiera, analysera, åtgärda och uppföljning av åtgärd.

Utifrån analys har en riktning för kommande års patientsäkerhetsarbete identifierats. Respektive team och styrgrupp kommer att, med utgångspunkt i riktningen, formulera specifika mål för arbetet. Dessa mål kommer att arbetas med under kommande HSL-dag och målen kommer att presenteras i kommande patientsäkerhetsrapport.

Riktning för HSL-arbetet är att:

- Öka användarvänligheten och stärka följsamheten till rutiner och processer i syfte att de på ett förbättrat stöd kan utgöra det vardagliga arbetet.
- Fortsätta utveckla och säkerställa kvalitet i journaldokumentation.

Vad gäller ledningssystemet så har det inte reviderats utifrån befintlig rutin på grund av stora förändringar inom organisationen:

- Tillfälligt chefssatt organisation med oklarhet kring verksamhetschefs uppdraget
- Ny ledningsansvarig för tal- och språkteamet.

Kommande patientsäkerhetsår behöver en omfattande revidering genomföras.



Mjölby kommun

Utbildningsförvaltningen
Utbildningsförvaltningen
Telefon: 010-234 50 00
E-post: utbildning@mjolby.se
Burensköldsvägen 11-13, 595 80 Mjölby

Världsvan
& Hemkär