

Utbildningsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till Utbildningsnämnden

Datum:
2026-01-14

Diarienummer:
UBN-2025-05975

Handläggare:
Viktor Engström

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Förslag till beslut

Utbildningsnämnden beslutar

1. **att** fastställa patientsäkerhetsberättelsen gällande utbildningsnämndens medicinska, psykologiska och logopediska delar för 2025.

Ärendet

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

Beredning

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

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

Föredragning

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

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

grundskolor, gymnasier, anpassade gymnasieskolor samt på språk- och talavdelningarna på Botulvs förskola.

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

Under 2025 har utbildningsförvaltningen i Uppsala kommun fortsatt att utveckla sitt arbete med patientsäkerhet inom elevhälsans medicinska, psykologiska och logopediska insatser. Patientsäkerhetsarbetet har präglats av ett systematiskt och långsiktigt fokus på att identifiera risker, förbättra rutiner och öka kunskapen om patientsäkerhet bland medarbetarna. En central del har varit att främja en god säkerhetskultur, där öppenhet, lärande och samarbete står i centrum.

Medarbetarna som arbetar inom HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) visar stor motivation och engagemang för att skapa en god och säker vård för eleverna. Återkommande utbildningsinsatser, professionsövergripande yrkesträffar och ett aktivt arbete med avvikelshantering har bidragit till att höja kompetensen och riskmedvetenheten i organisationen. Antalet rapporterade avvikelser har minskat något jämfört med föregående år, vilket delvis kan förklaras av förändrad kategorisering. Samtidigt är viljan och förmågan att rapportera avvikelser fortsatt god, och det finns en tydlig strävan att arbeta med kvalitetsfrågor och förbättringar. Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2025 och ingen Lex Maria-anmälan har upprättats.

Analysen av årets arbete visar att det finns utmaningar kring informationshantering, journaldokumentation och hantering av elever med skyddade personuppgifter. Brister i rutiner och processer har identifierats, särskilt vid hög arbetsbelastning och frånvaro, vilket kan påverka kvaliteten och likvärdigheten i elevhälsans insatser. Det finns även behov av att utveckla digitala lösningar och förenkla arbetsprocesser för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

Sammantaget visar årets patientsäkerhetsarbete på en organisation som präglas av engagemang, lärande och ständig utveckling. Medarbetarna arbetar aktivt för att skapa en säker vård för eleverna, och det finns en stark vilja att fortsätta förbättra verksamheten genom ökad kunskap, tydligare rutiner och bättre stöd för både personal och elever.

Barnkonsekvensanalys

Patientsäkerhetsarbetet bidrar till ökad trygghet och säker vård för barn och elever. Förbättrade rutiner och ökad kompetens hos personalen minskar risken för vårdskador och säkerställer att barn får rätt insatser i tid. Utmaningar kvarstår kring informationshantering och hantering av skyddade personuppgifter, vilket kan påverka vissa barns tillgång till stöd. Sammantaget stärks barns rätt till en säker skolmiljö, men fortsatt utveckling behövs för att nå likvärdighet för alla.

Ekonomiska konsekvenser

Inga ekonomiska konsekvenser i detta ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 12 januari 2026
- Bilaga 1, Patientsäkerhetsberättelse 2025
- Bilaga 2, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Utbildningsförvaltningen

Susana Olsson Casas
Utbildningsdirektör

Patientsäkerhetsberättelse för utbildningsnämnden Uppsala kommun 2025



Datum 2026-01-12

Ansvarig för innehållet

Verksamhetschef Viktor Engström

Ledningsansvariga Emma Ager, Paulina Rodriguez Milovic och Marie Wahlman

Diarienummer: UBN-2025-05975

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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

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

Källa:

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

Innehåll

Inledning.....	2
Förklaring till förkortningar och begrepp i texten.....	5
SAMMANFATTNING.....	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet	10
Riskanalys	12
Prorenata	12
Patientsäkerhet relaterad till elever med skyddade personuppgifter	12
Strålskydd.....	12
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Nyanställning och introduktion av ny personal	13
Kompetensutveckling	13
Resurser och kompetensförsörjning	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Vårdprocesser.....	19
Webbhandböckerna	19
Journalhantering/journalföring.....	19
Säker vård här och nu	19
Riskhantering	19
Analys av risker under 2025	20
Stärka analys, lärande och utveckling.....	21
Avvikelser	21
Ett fortsatt stadigt inflöde av avvikelser.....	22
Analys och åtgärder utifrån bakomliggande orsaker	22
Kommunikation och information	22
Utbildning och kompetens.....	22
Omgivning och organisation	23
Teknik, utrustning och apparatur	23

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

Förklaring till förkortningar och begrepp i texten

Basprogram och vaccinationer	Alla elever erbjuds ett hälsobesök i förskoleklass, årskurs 2,4,7 och 1 på gymnasiet och vaccinationer enligt gällande barnvaccinationsprogram
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
EMI	Elevhälsans medicinska insats
Epikris	Sammanfattning i en patientjournal, som görs efter en vårdperiod.
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSL-teamet	Intern grupp inom Barn- och elevhälsan bestående av verksamhetschef, LLA, MLA, PLA, objektspecialist, arkivassistent.
IF	Intellectuell funktionsnedsättning
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
LLA	Logopediskt ledningsansvarig logoped
MLA	Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska
NPF	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (tex ADHD eller Autism)
NPÖ	Nationell patientöversikt
PLA	Psykologiskt ledningsansvarig psykolog
SITHS	SITHS e-id, säker e-legitimation, som gör att man kan logga in i e-tjänster med stark autentisering.
Webbhandböcker	En del av ledningssystemet för skolsköterskor, skolläkare, psykologer och logoped.

SAMMANFATTNING

Under 2025 har utbildningsförvaltningen i Uppsala kommun fortsatt att utveckla sitt arbete med patientsäkerhet inom elevhälsans medicinska, psykologiska och logopediska insatser.

Patientsäkerhetsarbetet har präglats av ett systematiskt och långsiktigt fokus på att identifiera risker, förbättra rutiner och öka kunskapen om patientsäkerhet bland medarbetarna. En central del har varit att främja en god säkerhetskultur, där öppenhet, lärande och samarbete står i centrum.

Medarbetarna som arbetar med uppgifter inom HSL (Hälsö- och sjukvårdslagen) visar stor motivation och engagemang för att skapa en god och säker vård för eleverna. Återkommande utbildningsinsatser, professionsövergripande yrkesträffar och ett aktivt arbete med avvikelshantering har bidragit till att höja kompetensen och riskmedvetenheten i organisationen. Antalet rapporterade avvikelser har minskat något jämfört med föregående år, vilket delvis kan förklaras av förändrad kategorisering. Samtidigt är viljan och förmågan att rapportera avvikelser fortsatt god, och det finns en tydlig strävan att arbeta med kvalitetsfrågor och förbättringar. Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2025 och ingen Lex Maria-anmälan har upprättats.

Analysen av årets arbete visar att det finns utmaningar kring informationshantering, journaldokumentation och hantering av elever med skyddade personuppgifter. Brister i rutiner och processer har identifierats, särskilt vid hög arbetsbelastning och frånvaro, vilket kan påverka kvaliteten och likvärdigheten i elevhälsans insatser. Det finns även behov av att utveckla digitala lösningar och förenkla arbetsprocesser för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

Sammantaget visar årets patientsäkerhetsarbete på en organisation som präglas av engagemang, lärande och ständig utveckling. Medarbetarna arbetar aktivt för att skapa en säker vård för eleverna, och det finns en stark vilja att fortsätta förbättra verksamheten genom ökad kunskap, tydligare rutiner och bättre stöd för både personal och elever.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande strategin under 2025 har varit att identifiera och prioritera åtgärder för att stärka patientsäkerheten genom bland annat att förtydliga processer, rutiner och aktiviteter samt att implementera dessa.

Tabell 1: Mål för 2025

Mål 2025	Strategier	Resultat/utfall
Övergripande mål = öka patientsäkerheten		
Ökad patientsäkerhet för elever med skyddade personuppgifter	Se över möjligheten att få in elever med skyddade personuppgifter i det digitala journalsystemet.	Enligt webbenkät till HSL-medarbetarna framkommer risker gällande dokumentationssvårigheter, utifrån att hanteringen av pappersjournal försvårar bevakning, remisser, uppföljning samt genomförande av basprogram och vaccinationer. Den vanligaste risken som uppges är bristande vetskap om elever med skyddade personuppgifter, utifrån att de inte finns i det digitala journalsystemet. Risk- och konsekvensanalys för att föra in och hantera elever i digitalt journalsystem har påbörjats.
Säker och tydlig process vid frågeställning intellektuell funktionsnedsättning	Genomlysning av IF-processen gällande vad som ska göras och i vilken ordning	En översyn av process och rutiner pågår tillsammans med remissgrupp.
Förtroget med och trygghet i processer och rutiner	Göra en gemensam webbhandbok för alla HSL-professioner. God implementering av processer och rutiner för att uppnå en hög följsamhet.	Strukturerad av processer, rutiner och aktiviteter pågår aktivt. Arbetet mot sammanslagning och överföring till ny kommungemensam plattform pågår och kommer slutföras under 2026. Samverkan med rektorer/enhetschefer har skett på lunchseminarier för att öka förtroget med HSL-professionernas processer och rutiner. Lunchseminarierna har varit uppskattade och värderas som ett viktigt inslag för de som deltagit. Utifrån egenkontroll i form av digital enkät samt journalgranskning fokuserades det på den gemensamma

		yrkesträffen på förtrogenhet med och trygghet i process och rutiner gällande framför allt journaldokumentation/journalhantering. En klar majoritet av deltagarna på den gemensamma yrkesträffen var nöjda med innehållet gällande detta område.
Hög vaccinationstäckning av MPR, HPV och dTp och att alla elever erbjuds ett hälsobesök.	Se över rutiner för information till elev och vårdnadshavare inför vaccination och hälsobesök.	En översyn av rutiner för vaccinationer och hälsobesök pågår och fortsätter under 2026. Andelen genomförda hälsosamtal är hög, förutom för gymnasiets åk 1, vilket kan bero på ett annat upplägg kring hälsobesök. Vaccinationsstatistik visar generellt god täckning, men med ett mindre tapp vid övergången från BVC till skolan och efter första dosen. De få undantagen rör elever där orsakerna är spruträdsla, frånvaro, sjukdom vid vaccinationstillfället eller vårdnadshavare som vill avvakta eller tackar nej till vaccin.

Tabell 2: Hälsobesök

Årskurs	Täckningsgrad 23/24	Täckningsgrad 24/25
Förskoleklass	100%	100%
Årskurs 2	100%	100%
Årskurs 4	100%	99,6
Årskurs 7	90%	100%
Gymnasiet årskurs 1	70%	63,8%

Tabell 3: Vaccinationstäckning

Vaccination	Täckningsgrad 23/24	Täckningsgrad 24/25
MPR <i>Mässling, påssjuka, röda hund</i>	96%	100%
HPV dos 1 <i>Humant papillomvirus</i>	96%	100%
HPV dos 2 <i>Humant papillomvirus</i>	94%	97%
dTp (Difteri, Stelkramp (tetanus) och kikhosta (pertussis))	91%	88%

Organisation och ansvar

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

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

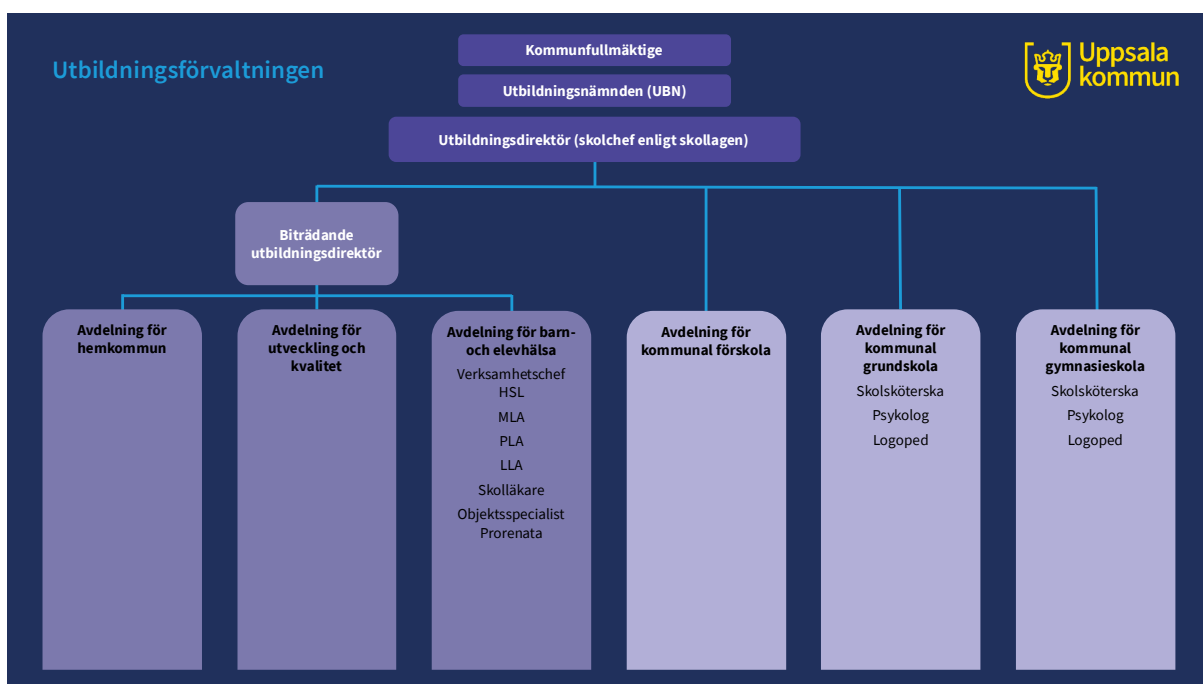
Verksamhetschef har uppdragit enskilda uppgifter för elevhälsans HSL-insatser till tre ledningsansvariga inom de fyra HSL-professionerna; logoped, psykolog, skolläkare och skolsköterskor. Utöver detta har en skolläkare uppdragits ansvar för en enskild uppgift gällande generell ordination av läkemedel.

Verksamhetschef ansvarar alltså för att arbetet sker i enlighet med HSL men uppdrar åt elevhälsans tre utsedda logopediska (LLA), medicinska (MLA) och psykologiska ledningsansvariga (PLA) att kvalitetssäkra de respektive professionernas processer, aktiviteter och rutiner. Vidare ska LLA, MLA och PLA upprätthålla och utveckla rutiner för uppföljningar och utvärderingar av arbetet. De tre ledningsansvariga driver och utvecklar patientsäkerhetsarbetet genom löpande avvikelshantering och egenkontroll i form av bland annat journalgranskning och enkäter till professionerna. De ledningsansvariga ger även ledning och styrning till de olika professionerna genom yrkesträffar, konsultationer, omvärldsbevakning och informationsdelning.

Inom utbildningsförvaltningens vårdgivaruppdrag finns även stödfunktioner. Dessa utför arbetsuppgifter som syftar till en säker vård. Det är objektspecialist för journalsystemet Prorenata och arkivassistent som ansvarar för utbildningsförvaltningens mellanarkiv samt journalutlämning. De är delaktiga i arbetet med egenkontroller, uppföljningar, revidering av rutiner, framtagande och utveckling av nya arbetssätt, samt ansvarar för omvärldsbevakning och håller i utbildningar gällande journalsystem och arkivhantering.

Elevhälsans psykologiska och medicinska insats styrs av både skollag och HSL. Den logopediska insatsen omnämns inte i skollagstiftning men styrs även den av HSL. Skolsköterskor, psykologer och logoped är anställda av rektor/enhetschef på skolan/enheten. Tre skolläkare är centralt organiserade.

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



Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Samverkan har skett med flera externa verksamheter:

- Habiliteringen, BUP och logopedmottagningen rörande rutiner kring hänvisning och uppdrag.
- Länsgemensamma möten med Cosmos asyl- och integrationshälsan, kring rutiner för nyanlända elevers hälsoundersökning.
- Centrala Barnhälsovården (CBHV) kring rutiner som berör gemensamma områden samt för utvärdering och justering av rutin för begäran av barnhälsovårdsjournal.
- Region Uppsalas journalutlämning (RUJ) för utvärdering och justering av rutin för begäran av barnhälsovårdsjournal.
- Konsultrond med EMI i länet och regionens barnspecialistmottagningar. Där lyfts bland annat arbetssätt och metoder, kvalitet, lagar och systematiskt kvalitetsarbete.
- Smittskyddsenheten på Akademiska sjukhuset, kring bland annat vaccinationstäckning, spridning av information om TBE-vaccination och vid behov råd kring olika sjukdomar och smittspridning.
- Konsultronder med barnspecialistmottagningarna i länet 1gång per termin.
- Konsultronder med remissmottagare på specialiserade enheter på barnsjukhuset: överviktsenheten för barn och ungdom, barnneurologen, barnendokrinmottagningen och ryggortopeden.
- Dialog med BarnSäkert-teamet kring möjlig samverkan.
- CBHV (centrala barnhälsovården) kring uppdaterade överlämningsblanketter från BVC till skola vid skolstart.
- Vaccinationsråd på Akademiska sjukhuset.
- NAG nationell arbetsgrupp kring det nya nationella hälsoprogrammet för barn 0–20 år.
- LAG Nikotin.
- Pilot SDK kring journal.

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Grundläggande information kopplad till utbildningsförvaltningens verksamhet är viktig och behöver hanteras på ett säkert sätt. Därför måste informationen skyddas och hanteras så att den är tillgänglig vid behov, att den är tillförlitlig och korrekt och endast tillgänglig för behörig personal. Information får

inte manipuleras eller förstöras. Detta brukar beskrivas utifrån ledorden gällande informationssäkerhet: tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet.

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

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

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

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

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

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

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

Medarbetarna har sedan februari 2025 även tillgång till tjänsten Nationell Patientöversikt (NPÖ), vilket ger tillgång till regionvårdens journaler. Inloggning sker med SITHS-kort.

Loggkontroller i journalsystemet och NPÖ utförs för all HSL-personal kvartalsvis samt vid behov.

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

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

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

Risikanalys

Prorenata

Tillfälliga driftstörningar har ibland uppkommit när nya versioner har lanserats. Under året har vissa buggar identifierats, vilka påverkat olika funktioner i systemet. Under 2025 har antalet störningar och buggar ökat jämfört med året innan. Prorenata har relativt snabbt löst problemen.

Behörigheten i Prorenata ser olika ut för HSL-medarbetarna, där vissa medarbetare endast har behörighet till sina skolor medan andra har breda, ibland skolformsövergripande behörigheter. Risken med de bredare behörigheterna är att medarbetaren har åtkomst till elever som det inte finns en vårdrelation till.

Patientsäkerhet relaterad till elever med skyddade personuppgifter

Elever med skyddade personuppgifter finns inte i det digitala journalsystemet Prorenata. Skolan ska ha lokala rutiner för elevgruppen. Om skolans lokala rutin inte följs så finns risk för att HSL-personal inte kan utföra sina arbetsuppgifter, såsom att erbjuda ett hälsobesök eller vaccinationer, samt andra insatser.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ej aktuellt.

En god säkerhetskultur

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

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

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

Under 2025 har två professionsövergripande yrkesträffar för HSL-personal hållits, varav en haft särskilt fokus på patientsäkerhetskultur. Inför denna träff uppmanades all HSL-personal att genomföra Socialstyrelsens webbutbildning "Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet". I utvärderingen av denna träff framgår att en stor majoritet av de svarande uppskattade gruppdiskussionen som fokuserade på case. Att diskussionerna genomfördes i blandade professionsgrupper var uppskattat och gav ett bredare perspektiv.

I den digitala egenkontrollsenkäten till professionerna ställdes frågan "Har dina kunskaper om patientsäkerhet ökat under detta läsår?", där 71 procent uppgav att så var fallet. Även förra året låg resultatet på samma höga nivå. Man kan anta att HSL-medarbetarna ständigt ökar sin kunskap inom området.



I egenkontrollsenkäten framkom även att den mest återkommande upplevelsen var att kunskaperna stärkts genom utbildning och gemensamma yrkesträffar. Det uppges även att ledningsansvariga fungerat som bra stöd och informationskälla gällande avvikelshantering.

I egenkontroller och löpande samtal med medarbetarna framkommer bilden av god motivation att aktivt arbeta med kvalitetsfrågor, såväl inom den egna verksamheten som hos andra vårdgivare.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med resurser och att personalen har adekvat kompetens samt goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Idag är resursfördelningen olika på de olika skolorna och den är inte jämlik eller dimensionerad utifrån antal elever, vårdtyngd och uppdragsbeskrivning.



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

Kompetenskrav för hälso- och sjukvårdspersonal inom utbildningsförvaltningen:

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

Nyanställning och introduktion av ny personal

Alla nya HSL-medarbetare genomgår en interaktiv digital introduktionsutbildning för att få kännedom om gällande lagar, processer och rutiner. Den nya medarbetaren får även en yrkesspecifik introduktion och introduktion i det digitala journalsystemet samt en introduktion till NPÖ, där vissa delar genomförs digitalt.

Kompetensutveckling

Under 2025 har medlemmar från HSL-teamet deltagit i olika forum såsom Prorenatas nätverksträff, Skolsköterskeföreningens kongress samt utbildning på Karolinska Institutet om diagnosen intellektuell funktionsnedsättning.

Yrkesträffar har erbjudits alla HSL-professioner med syfte att vara ett stöd i det löpande arbetet och att skapa en god säkerhetskultur för dessa medarbetare. Yrkesträffar genomförs vid tre tillfällen per termin, där en träff per termin är professionsövergripande för all HSL-personal inom elevhälsan, där fokus ligger på gemensamma HSL-frågor och samverkan. Träffarna är inte obligatoriska, men HSL-personalen förväntas ta del av innehållet, antingen på plats eller efteråt. Enligt egenkontrollsenkäten framkommer att en stor majoritet av HSL-personalen deltar på yrkesträffarna, och att de till mycket stor del tycker att innehållet i träffarna är relevant för dem.

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

Alla utredande skolpsykologer har erbjudits månatlig handledning gällande utredning av intellektuell funktionsnedsättning, vilket sammanlagt 26 av 35 medarbetare deltagit i.

Samverkan och kompetensutbyte har skett med flera externa verksamheter:

- Vaccinationsråd tillsammans med Region Uppsala för att följa forskning och nyheter kring vaccinationsprocessen.
- MLA och PLA deltar i länsgemensamma nätverksmöten för ledningsansvariga inom resp. profession.
- MLA deltar i nationell nätverksträff -Elevhälsosamtal & elevhälsodata
- MLA deltar i samverkan med smittskyddssjuksköterska och läkare för informationsinhämtning/spridning och nyheter.
- LLA deltar i nationella nätverksmöten för ledningsansvariga logopeder.
- PLA deltar i revision av ViS-dokument vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
- Länsgemensamma möten för elevhälsochefer. Enhetschef för Centrala teamet deltar.
- MLA deltar i samverkansmöte med elevhälsan närliggande län.
- Ledningsansvariga har deltagit i framtagande av rutin för systematiskt kvalitetsarbete för skolformernas elevhälsoarbete.
- Länsövergripande styrgrupp för kunskapsstyrning, verksamhetschef deltar.
- Föreläsning stick-och spruträdsla av Barn- och Ungdomshälsan.
- Uppdragsutbildning i Motiverande samtal (MI) på 3 högskolepoäng har erbjudits via Karolinska Institutet till HSL-personal.
- Skolläkarmöten i länet.
- MLA är med i pilot för säker digital kommunikation (SDK) med regionen för överföring av BVC-journaler.
- Audiometriföreläsning i samarbete med hörselpedagogerna
- Föreläsning om BMI för alla inom EMI

Resurser och kompetensförsörjning

Enligt skollagen ska varje skola ha tillgång till skolsköterska, skolläkare och skolpsykolog. Vissa skolor har även valt att anställa logoped. Det är rektor/enhetschef som är närmaste chef för skolsköterska, psykolog och logoped. Rektor/enhetschef ansvarar för rekrytering, anställning och arbetsledning av dessa kompetenser. Ledningsansvariga är behjälpliga vid frågor kring kompetens och annat vid nyrekrytering av HSL-personal.

Bristande bemanning innebär en patientsäkerhetsrisk. Risken uppstår oftast utifrån att resursen är för liten i förhållande till antalet elever. Det uppstår också en risk vid kort- och långtidsfrånvaro, det blir ett glapp innan vikarier eller nyrekrytering är på plats. En del av dessa risker har lett till att brister uppstått och avvikelser registrerats.

Det är fortsatt få behöriga sökanden till vissa lediga tjänster gällande skolsköterskor. Gällande psykolog- och logopedtjänster har antalet sökande varit tillfredsställande. Verksamhetschef

kommunicerar löpande med förvaltningens ledningsgrupp om utmaningen att säkra framtidens rekryteringsbehov.

Ungefär en fjärdedel av grundskolorna samt alla anpassade grundskolor har tillgång till skollogoped som är kopplad till skolans elevhälsa.

Skolläkare arbetar på skolornas elevhälsa men är anställda centralt på avdelning barn- och elevhälsa. Skolläkarna arbetar inom den medicinska insatsen på skolan specifikt, men är också tillgängliga för skolornas elevhälsoarbete på generell nivå. Resursen på 2,2 heltider är fördelat på hela grund- och gymnasieskolan. Resursen har ökat under innevarande år men utifrån elevantal behöver den följas upp under kommande år. Det finns risk att skolläkarna inte har möjlighet att involveras i det främjande och förebyggande elevhälsoarbetet.

Enstaka grundskolor har inte lyckats anställa psykolog/psykologvikarie direkt vid vakanser, utan i stället anlitat stödorganisationens ambulerande psykologer. Detta innebär att det finns en risk att skolan under en period inte har tillgång till skolpsykolog i det löpande elevhälsoarbetet utan enbart vid utredningar/enstaka insatser.

I grundskolans stödorganisation finns skolsköterskor och psykologer som kan stötta vid olika typer av vakanser. De kan också gå in göra individinsatser som utredningar om den ordinarie resursen är för låg. Dessa är anställda av grundskolans centrala organisation. MLA är stöd i ärendefördelning för de ambulerande skolsköterskorna och både MLA och PLA har deltagit i rekryteringsprocesserna. Det finns även logopeder som är anställda i grundskolans stödorganisation för handledning/konsultation kring specifika elever eller för generellt elevhälsoarbete.

Inom den centrala barn- och elevhälsan finns psykologer som arbetar med målgruppsprövningar utifrån hemkommunens lagstadgade uppdrag.

Det finns även centralt anställda logopeder inom barn- och elevhälsan som genomför logopediska utredningar för elever i grundskola och gymnasieskola. Därutöver finns logoped som arbetar på individnivå med barn med konstaterad språkstörning i förskola med språk- och talavdelning, samt logoped som arbetar med generellt barnhälsoarbete i förskolan.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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

Eleven ska delta aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med eleven. Inför utredning, remiss, vaccination samt övriga individinsatser som faller under HSL inhämtas samtycke från vårdnadshavare/myndig elev eller från elev efter mognadsbedömning. Vid alla typer av utredningar inhämtas elevers och vårdnadshavares bild.

Under året har arbetet med mognadsbedömningar utvecklats ytterligare, genom en utbildningsinsats inför införande av ny mall i journalsystemet gällande mognadsbedömning.

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

För att ytterligare säkerställa att eleven ges möjlighet att vara delaktig i sin vård kommer detta område att vara i fokus under 2026.

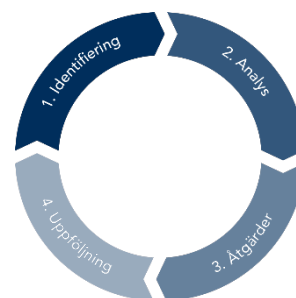


AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

För att följa upp och säkra verksamhetens kvalitet har det under året gjorts följande:



- Logguppföljning av aktivitet i journalsystemet och NPÖ en gång per kvartal.
- Digital enkät med uppföljningsfrågor till all HSL-personal 1 gång per år, där följsamhet till gällande rutiner och patientsäkerhetsrisker följs upp.
- Journalgranskning för att säkerställa efterlevnad av dokumentationsriktlinjer, det vill säga kvaliteten på journalföringen.
- Översyn av behörigheter och olika roller i journalsystemet för att säkerställa att personal endast har tillgång till de uppgifter de behöver inom ramen för sitt arbete.
- Årlig kontroll av EMI:s medicintekniska produkter.
- Löpande uppföljning av psykolog- och logopedtest och skattningar, där versionen med den senaste/bäst lämpade normeringen är den som ska användas vid utredning. Uppföljningen sker både i digital enkät samt av ledningsansvarig via omvärldsspaning.
- Riktad uppföljning och utvärdering av den logopediska HSL-insats som genomförs på språk- och talavdelningarna på Botulvs förskola.
- Riktade verksamhetsbesök har genomförts vid behov.

Ett övergripande resultat av egenkontrollen visar att alla HSL-medarbetare huvudsakligen arbetar enligt de processer och rutiner som finns. Under år 2026 kommer ett fortsatt fokus att ligga på revidering av processer och aktiviteter som ett led i ett systematiskt kvalitetsarbete. Därefter följer arbete med implementering inom dessa områden för att säkerställa god följsamhet och därmed god och säker vård. Vidare kommer fokus även att ligga på fortsatt arbete med att ytterligare digitalisera HSL-arbetet.

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

Tabell 4. Uppföljningsområde, resultat och analys utifrån egenkontroller i urval

Uppföljningsområde	Identifiering	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
Logguppföljning – säkerställa att inga obehöriga besök i journaler förekommer, såväl i det egna journalsystemet som i NPÖ.	Logguppföljning genomförts en gång per kvartal. Inga obehöriga besök har upptäckts.	Årets fynd sammanfaller med tidigare års fynd, där det inte identifierats överträdelser. Gällande NPÖ finns ett fåtal besök som inte rört aktuell vårdkontakt, utan annan typ av kontakt. Att differentiera mellan vårdmässiga respektive pedagogiska/administrativa	Informationsinsatser har genomförts under året för att tydliggöra när en elevkontakt är en vårdkontakt. Detta arbete kommer att fortgå under 2026.	Vid nästa års analys i patientsäkerhetsberättelsen.

		behov inom ramen för NPÖ behöver förtydligas. Det finns generellt en god kunskap att endast gå in i journaler för de patienter som den anställde har en vårdrelation till.		
Tydligt utformad patientjournal	Journalgranskning för samtliga professioner har genomförts vid ett tillfälle med fokus på specifika mallar/processer. Information från digital enkät visar att medarbetarna ser journalföring som den största patientsäkerhetsrisken. I fritextkommentarerna framgår att medarbetarna önskar tydligare rutiner och kunskaper om god journaldokumentation.	I analysen framkommer: Vissa brister i dokumentation kring anledning till besök i NPÖ. Att samtycke för insats av logoped och psykolog inte alltid är dokumenterat. Att mallen för avbokat besök används men att det ibland saknas en tydlig fortsatt planering.	Genomgång på yrkesträff kring resultaten av granskningen har genomförts. En översyn planeras att genomföras 2026 för hur den information som tas från NPÖ bör dokumenteras. Fortsatt arbete 2026 för att öka förtroget och tydlighet gällande journaldokumentation i allmänhet.	Uppföljning i journalgranskning och digital enkät.
Mottagningsrum som uppfyller kraven på sekretess och ljudkänslig testning.	Resultatet har samlats in via digital enkät. I år bedömer 63 % att de har ändamålsenliga rum.	I jämförelse med året före är det en tillbakagång i andel som bedömer att de har ändamålsenliga rum (66% 2024). Ljuddämmning samt kontorslandskap/delade arbetsutrymmen och risk för insyn anges som de största orsakerna till bristande mottagningsrum. Även trånga lokaler och att det ibland inte finns tillgång till rum anges som orsak.	Under 2026 sträva efter tillfällen att påtala förbättringsområden för rektorer/enhetschefer.	Uppföljning i digital enkät.
Användning av skolläkarresurs	Resultatet har samlats in via digital enkät. De konsultationer som efterfrågats av skolorna har genomförts.	Skolläkarbemanningen har varit nerdragen under ett antal månader under läsåret och vissa uppgifter har då prioriterats bort. Skolläkarna uppger att de har hög tillgänglighet när de är fulltaliga med en väntetid på 1–2 veckor.	Överlag används skolläkarresursen bra, men uppdraget kan tydliggöras ytterligare gentemot skolorna. Skolläkarna skulle till exempel kunna användas mer vid frånvaro hos elever och där komma in tidigt i processen. De skulle även kunna samverka med övrig personal på skolan samt ge stöd och handledning på gruppnivå.	Fortsatt utvärdering nästa läsår genom uppföljning i digital enkät och i dialog.
Den teamövergripande remissprocessen lokalt på skolorna.	Har mätts en gång under 2025. En klar majoritet, 80%, tycker att det teambaserade remissarbetet på skolan fungerar väl/mycket väl. Av psykologerna anger 74% att underlag för NPF-remisser kommer i gång inom tre månader. Efter ytterligare tre månader uppger 95% att insatsen påbörjats.	Nöjdheten är densamma som förra året när kategorierna "fungerar väl" och "fungerar tillräckligt väl" läggs ihop. Skolornas egna rutiner för remissarbete och ansvarsfördelning är det som anges som det vanligaste problemet. Även brist på psykolog och logoped anges som anledning till svårigheter i processen. Analysen visar att NPF-remisser vanligtvis skickas inom rimlig tid.	Förtydliga remissprocessen (NPF- och logopedutredning) under 2026 genom att ta fram en mall för samtycke till remiss. Implementera uppdaterad riktlinje gällande samverkan kring barn med misstänkt ADHD och/eller autism i professionsgrupperna under 2026, samt i samverkan med skolformerna.	Uppföljning i digital enkät gällande tidsåtgång för remissarbete, oavsett frågeställning.

Elever med skyddade personuppgifter.	Resultatet har samlats in via digital enkät. Resultat visar på att 85% tycker att rutinen för elever med skyddade personuppgifter fungerar bra eller ganska bra. 9% tycker att den inte fungerar så bra och 5% att den fungerar dåligt. Bland dessa svar finns en stor grupp som inte har eller aldrig haft elever med skyddade personuppgifter och därför inte kan uttala sig.	Rutinerna kring elever med skyddade personuppgifter brister främst i informationsflödet till skolsköterska som inte alltid får veta när en elev börjar eller slutar på skolan. Avsaknaden av digital dokumentation skapar risker och extra arbete, då pappersjournaler är tidskrävande och svåra att hantera. Det finns även problem med att få tillgång till tidigare journaler och otydliga rutiner kring hantering och sekretess.	Tydligare rutiner behöver arbetas fram under 2026 gällande hanteringen av journaler (begäran, upprättande, etc.)	Uppföljning i digital enkät.
---	---	--	--	------------------------------

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Rutinen för avvikelshantering finns i webbhandböckerna, kännedom om processen följs upp på årlig basis. I den digitala egenkontrollsenkäten för 2025 framkom det att 70% av HSL-medarbetarna hade fått ökade kunskaper om patientsäkerhet under det senaste året. Andelen är den samma som förra året, kommande år kommer även den faktiska kunskapsnivån ses över för att få en säkerställa att kompetens finns bland medarbetarna.



Utredningar av avvikelser har genomförts av ledningsansvariga. Vid behov har avvikelser analyserats och utretts vid gemensamma avvikelsemöten för ledningsansvariga. Komplexa avvikelser har hanterats i möte med ledningsansvariga, verksamhetschef, objektspecialist och arkivassistent. Vidare har ett mer omfattande analysarbete gjorts i kvartalsvisa möten mellan ledningsansvariga och verksamhetschef.

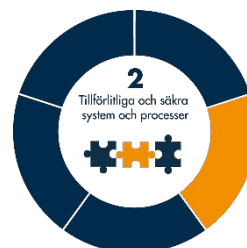
Under 2025 har en gemensam yrkesträff med fokus på patientsäkerhet genomförts. Inför denna träff uppmanades alla HSL-medarbetarna att genomföra utbildningen *Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet*. Återkommande fokus kring patientsäkerhet planeras fortsatt en gång per år för att upprätthålla kompetens och förtrogenhet och öppenhet inom detta område.

Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2025.

Risk för vårdskada ses framför allt vid bristfällig journalföring, då gällande rutiner inte följs eller upplevs otydliga och om en remiss inte slutförs inom en rimlig tid och riskeras att avstanna vid avslut av tjänst eller tillfällig vakans om ingen ersättare sätts in.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på gemensamma rutiner, det säkerställer att arbetet utförs på ett likvärdigt och patientsäkert sätt. Det pågår ett ständigt arbete för att kvalitetssäkra våra processer och system. Processerna och rutinerna finns beskrivna i det interna ledningssystemet. Systemens och processernas användbarhet och säkerhet analyseras nedan.



Vårdprocesser

I år har en strukturering och systematisering av samtliga vårdprocesser genomförts och förtydligats i beskrivningen av ledningssystemet, se bilaga 2. Ett arbete pågår med att upprätta, förtydliga och inrätta rutiner, lathundar och övriga stöddokument i dessa processer.

Webbhandböckerna

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

Enligt frågan i den digitala enkäten ”Fungerar webbhandboken som ett stöd i ditt arbete?” visar resultatet att 57% upplever att den fungerar bra och 37% tycker att den fungerar ganska bra.

Enligt kommentarer i den digitala enkäten fungerar webbhandboken huvudsakligen bra som ett stöd och ger trygghet i arbetet, men det största och återkommande hindret är att det är svårt att hitta rätt information på ett smidigt sätt. Vissa områden finns på flera ställen i webbhandboken och kan då innehålla olika och ibland motstridig information. Näst vanligast är att viss information saknas eller att den inte är tillräckligt konkret. Målet var att göra en ny gemensam handbok för alla med alla processer och rutiner under 2025, detta har fått skjutas fram på grund av organisatoriska förändringar. Målet är att införa en sammanhållen handbok under 2026.

Journalhantering/journalföring

Från 2025 har antalet blanketter som skickas ut från EMI till vårdnadshavare/elev via Prorenatas webbportal utökats.

Psykologer och logopeder använder sedan våren 2025 Prorenatas webbportal för digital delning av psykologutlåtanden respektive inhämtande av samtycke vid insats.

Under året har Nationell patientöversikt, NPÖ, införts med målet effektiv och säker informationsöverföring över huvudmannagränser. Professionerna har nu möjlighet till en sammanhållen journalföring och kan ta del av patientinformation genom direktåtkomst inför bland annat utredningar och vaccinationsbedömningar. Verksamheten är konsument av tjänsten, det vill säga kan ta del av men inte dela journaldokumentation. På sikt planeras att verksamheten även ska bli producent.

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

Verksamheten har under 2025 fortsatt arbetet med att öka antalet inkomna riskrapporter, dels genom att informera professionerna om risker, dels genom att uppmuntra till inrapportering.

Enligt medarbetarna handlar de främsta patientsäkerhetsriskerna om journal- och informationshantering. Där anges fördröjd eller felaktig dokumentation, bristande sekretess och svårigheter att följa upp elever med skyddad identitet eller på resursenheter som de största



riskerna. Även remisshantering innebär risker genom långa väntetider, bristande återkoppling och otydliga rutiner, vilket kan leda till att elever inte får rätt stöd i tid. Resurs- och bemanningsbrist skapar hög arbetsbelastning, stress och ojämn kvalitet i hälsosamtal, bedömningar och utredningar. Vaccinations- och läkemedelshantering innebär ytterligare risker. Bristande lokaler, framför allt gällande delade och lyhörda rum innebär risker kopplade till sekretess, trygghet och säkerhet. Slutligen bidrar otydliga rutiner, otillräcklig/ineffektiv introduktion och kommunikationshinder till att kvalitet och likvärdighet i elevhälsan kan bli bristande. Önskemål om att få gå bredvid någon i samma profession som nyanställd samt mer kollegialt lärande vid nyanställning efterfrågas. Mängden risker har fortsatt att öka jämfört med föregående år. Detta tros bero på en ökad riskmedvetenhet.

Under 2025 har medarbetarna på de återkommande yrkesträffarna arbetat utifrån fallbeskrivningar, för att få en djupare förståelse för olika händelser som kan påverka patientsäkerheten. Bland annat har de fått kategorisera händelser i negativa händelser, tillbud, risker samt synpunkter och klagomål. Vidare har kunskap om vikten av riskmedvetenhet och riskrapportering fortsatt betonats och kontextualiserats inom ramen för generell patientsäkerhet i en verksamhet.

På en av årets gemensamma yrkesträffar för all HSL-personal låg fokus på journaldokumentation. Utgångspunkten var områden som uppmärksammats genom bland annat journalgranskningar och egenkontrollsenkät. Syftet var att stärka personalens kunskap och förståelse för journalens roll och utformning, vilket i förlängningen kan bidra till en mer kvalitativ patientjournal – något som gynnar både patienterna och det dagliga vårdarbetet.

Vid införandet av tillgång till NPÖ hölls en relativt omfattande och obligatorisk utbildning för att få tillgång till tjänsten, detta efter att ha tagit del av andra vårdgivares implementering och analyserat möjliga risker i samband införandet.

Analys av risker under 2025

Exempel på risker som identifierats under verksamhetsåret:

- **Bemanning**
Det finns en risk att planerade hälsosamtal, uppföljningar, utredningar och vaccinationer inte hinner genomföras under innevarande läsår på grund av frånvaro, minskad tjänstgöringstid eller ett ökat elevantal utan motsvarande översyn av HSL-professionernas tjänstgöringsgrad. Detta kan i sin tur leda till att dokumentationen blir bristfällig och att nödvändiga insatser uteblir. Ambulerande skolsköterskas mer avgränsade uppdrag innebär att alla delar i skolsköterskans ordinarie uppdrag inte kan erbjudas, utan vaccinationer och hälsobesök prioriteras. Övriga uppgifter behöver sedan hanteras när ordinarie skolsköterska finns på plats.
- **Lokaler och utrustning**
Det finns en risk kopplad till icke-ändamålsenliga lokaler och lokalbrist, vilket skapar arbetsmiljöproblem och gör att allt arbete inte kan utföras effektivt. Elevbesök tar längre tid att genomföra under dessa förhållanden. Vidare kan sekretess samt korrekta testresultat äventyras i och med icke-ändamålsenliga rum. En annan risk gäller utskrifter som riskerar att hamna i fel skrivare eller blir ofullständiga och skrivs ut vid senare tillfälle och hittas av annan person.
- **Ledningssystem**
Verksamhetens fyra professioner har tre olika webbhandböcker, där samtliga rutiner och vårdprocesser beskrivs. Detta riskerar att skapa otydlighet professionerna emellan och i värsta fall ett icke-överensstämmande innehåll.

- Yttre faktorer/aktörer
Det finns risker kopplade till posthantering, då post som skickats från verksamheten delats ut till fel adress och öppnats av fel vårdgivare.
- Implementeringsbrister
I samband med införande av nationell patientöversikt (NPÖ) i början av verksamhetsåret har implementeringen inte alltid varit tillräcklig för medarbetare. Det har exempelvis förekommit missuppfattningar gällande villkoren för användning av tjänsten, samt förfrågningar från annan skolpersonal att använda tjänsten i icke-vårdrelaterade sammanhang.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Avvikelserapportering görs för att identifiera risk för vårdskada eller vårdskada. Sammantaget har det under perioden december 2024 – november 2025 rapporterats totalt 157 händelser i avvikelssystemet. Av dessa var 88 avvikelser avseende den egna organisationens vård, vilka är kategoriserade utifrån processer i tabellen nedan. Fyrtio inrapporterade händelser rörde externa avvikelser. Elva av händelserna rörde risker och 8 var synpunkter och klagomål. Resterande 10 rapporter som inkommit rörde händelser som inte klassificeras som något av de ovanstående, till exempel händelser som skett inom den pedagogiska verksamheten.



Tabell 5. Avvikelser under 2025 (december 2024 - november 2025)

Avvikelser utifrån processer	Avvikelser inom den egna verksamheten
Handledning/konsultation	3
Hälsobesök	8
Journalhantering	18
Läkemedelshantering	0
Medicinska kontroller	10
Medicintekniska produkter	3
Remisser	11
Utredning/bedömning	16
Vaccination	16
Öppen mottagning	2

Rekrytering/introduktion av ny medarbetare	1
Summa	88

Ett fortsatt stadigt inflöde av avvikelser

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

Under 2025 minskade de inrapporterade avvikelserna något jämfört med 2024, däremot ökade antalet externa avvikelser. Under året inkom även en betydande andel risker samt synpunkter/klagomål, vilket tillsammans med en förbättrad hantering av dessa bidragit till en bredare identifikation av patientsäkerhetsrisker kopplade till den utförda vården. De externa avvikelserna, avvikelser som rör andra vårdgivare, är inte föremål för analys i föreliggande berättelse, men ger en indikation på medarbetarnas förmåga att identifiera fel som uppstår, oavsett verksamhet. Det totala antalet inrapporterade händelser ligger på en liknande nivå som förra året. Det framkommer att avvikelser inte alltid rapporteras på grund av tidsbrist, eller eget åtgärdande av det inträffade, vilket är något som diskuteras löpande med medarbetarna.

Inga allvarliga vårdskador har inträffat under 2025 och ingen Lex Maria-anmälan har upprättats.

Analys och åtgärder utifrån bakomliggande orsaker

Kommunikation och information

Avvikelser visar brister i informationsöverföring, både internt mellan medarbetare och gentemot elever och vårdnadshavare. Avvikelserna beror på ett flertal faktorer, såsom bristande ID-kontroll, hantering av elever med skyddade personuppgifter och otydlig ansvarsfördelning mellan medarbetare. Exempelvis har elever förväxlats, uppföljningar har uteblivit och information om elever med skyddade personuppgifter har inte nått alla berörda.

För att öka förutsättningar till säker kommunikation och informationsdelning har arbetet påbörjats gällande rutin för ID-kontroll inklusive tillhörande stödstrukturer i journalsystemet. Arbetet med att tydliggöra och säkerställa hanteringen av elever med skyddade personuppgifter. Tillsammans kan detta skapa ett jämnare och säkrare informationsflöde i verksamheten.

Utbildning och kompetens

Flera avvikelser är kopplade till kännedom om och följsamhet till gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Detta gäller framför allt gällande journaldokumentation och journalhantering, remisshantering, vaccinationsbedömning samt hantering av elever med skyddade personuppgifter.

Missade kontroller, felaktiga bedömningar och brister i journalgenomgång är några exempel som visar att vissa moment inte är helt förankrade hos alla. Detta kan bero på begränsad introduktion och begränsad framgång med implementering av rutiner och aktiviteter. Tillgänglighet och tydlighet gällande rådande processer och rutiner kan också vara en orsak. På en av årets gemensamma yrkesträffar har arbete genomförts för att öka kännedom och följsamhet kring lagar, föreskrifter och

ruiner. I många fall har individuella uppföljningar med medarbetare gjorts, för att fördjupa förtroendet till befintliga och/eller justerade rutiner. En förstärkt introduktion och återkommande uppföljningar utifrån individuella behov behöver utvecklas ytterligare

Omgivning och organisation

Planerade vaccinationer, hälsobesök, remisser och kontroller har inte kunnat utföras i tid. Detta har kan bero på stress, hög arbetsbelastning, sjukfrånvaro och vakanta tjänster. När arbetsmiljön är pressad ökar risken att vissa insatser behöver prioriteras bort vilket medför risk för avvikelser.

Ambulerande personal har vissa prioriterade uppdrag och det kan innebära att vissa uppgifter utifrån prioritering inte utförs direkt, till exempel ersätts fullständiga hälsobesök med förkortade hälsobesök och epikriser/sammanfattningar uteblir.

En checklista för hantering av frånvaro finns sedan tidigare. Under året har löpande arbete gjorts för att kommunicera och diskutera innehållet i checklista med anställande chefer i förvaltningen. Vidare har även fortsatt dialog hållits på såväl tjänstemanna- som politisk nivå för att påtala olika bemanningsutmaningar. Under föregående verksamhetsår förstärkte den kommunala grundskolan sin stödorganisation, där flera HSL-medarbetare anställts för att möta tillfälliga vakanser. Det finns ett fortsatt behov att möta bristande bemanning, som i vissa fall beror på personalomsättning, längre vakanser på skolor, ojämnbemanning mellan skolor samt rekryteringssvårigheter.

Teknik, utrustning och apparatur

Tekniska problem, såsom buggar i journalsystemet, utebliven autosparning och brister vid inskanning, har orsakat flera avvikelser. En stor bugg i journalsystemet under sommaren medförde felaktiga svar på digitala blanketter vilket innebar ett stort merarbete med att hantera efterdyningar av buggen, inhämta nya samtycken och hälsouppgifter samt att inplanerade vaccinationer fick skjutas fram. Informationsinsatser har genomförts och planeras fortsatt för att säkerställa att all personal känner till relevanta arbetssätt vid tekniska störningar. Det planeras att införas tydligare kontrollfrågor vid inskanning av dokument i journalmallar.

Procedurer, rutiner och riktlinjer

Det har förekommit avvikelser som beror på att rutiner saknas eller är otydliga. Detta visar sig särskilt gällande journalgenomgång, bevakningar, vaccinationer, hantering av skyddade elever och remissuppföljning. Aktuella rutiner har setts över och vid behov förenklats eller förtydligats för att undvika att upprepning sker. Arbetet fortsätter för att rutiner och stöddokument ska vara lättåtkomliga. Under kommande verksamhetsår ska verksamhetens samtliga rutiner inventeras i syfte att samla dem under processer, att justera innehåll, samt inventera behovet av fördjupad implementering på grupp- och individnivå. Journalgranskning bidrar till att rutinefterlevnaden hålls på en hög nivå över tid.

Klagomål och synpunkter

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

Rutiner för klagomål och synpunkter från elever, vårdnadshavare eller andra finns på uppsala.se. Klagomål och synpunkter som kommer in via uppsala.se registreras och utreds enligt gällande rutin.

Åtta klagomål och synpunkter har inkommit. Synpunkterna har tagits i beaktande och i vissa fall har en översyn av verksamhetens rutiner gjorts eller är under pågående arbete. I förekommande fall har

klagomål och synpunkter lyfts med rektor och medarbetare. I en del av ärendena har klagomål och synpunkter även åtgärdats genom samverkan med vårdnadshavare.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Patientsäkerhetsfokus är en stående punkt på den gemensamma yrkesträff för alla HSL-medarbetare som ligger på våren varje år.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Samtliga mål för 2026 bygger på identifierade förbättringsområden i verksamheten. Det övergripande målet är att ha en hög patientsäkerhet och ge en god vård genom att arbeta med ständiga förbättringar. Utifrån analys av året som gått framkommer behov av en översyn av processer, rutiner och aktiviteter för att kunna uppnå en tydligare struktur och därmed underlätta arbetet och åstadkomma en god och säker vård.

Tabell 6: Mål för 2026

Mål 2026 Övergripande mål = öka patientsäkerheten	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
Förtroget med och trygghet i processer och rutiner	Införa en gemensam webbhandbok för alla HSL-professioner. Utveckla implementeringsstrategier för att stärka professionernas förtroget och följsamhet till fastställda processer och rutiner.	Fortsatt strukturering av processer, rutiner och aktiviteter. Sammanslagning och överföring till ny kommungemensam plattform planeras att slutföras 2026. Fortlöpande implementering via exempelvis workshops, case, seminarier eller andra former med fokus på verksamhetsnära exempel.	Journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.
Stärka riskmedvetenhet och patientsäkerhetskultur genom utbildning och systematisk uppföljning	Fortsatt implementering av avvikelseprocessen.	Fortsatt implementering av avvikelseprocessen via exempelvis återkommande utbildningsinsatser, digitala mikroutbildningar och professionsövergripande yrkesträffar. Tydliggöra risker vid tillfällig frånvaro eller avslut av tjänst genom att digitalisera och inlemma avlämnandeblanketten i riskhanteringsarbetet.	Utvärdering av yrkesträffar, journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.
Förbättra och förenkla processerna för dokumentation och journalhantering samt kommunikation med	Utveckla tydligare och mer användarvänliga rutiner för journalhantering, särskilt med fokus på att minska brister i dokumentation, öka följsamheten	Inventering, revidering och rensning av processbeskrivningar och rutiner, samt fortsatt implementering gällande målområde genom teoretiska och praktiska moment.	Journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.

patienter och andra instanser.	och säkerställa att samtycke och planering dokumenteras korrekt. Utveckla och förtydliga processer gällande kommunikation.		
Utveckla digitala lösningar och processer för ökad patientsäkerhet	Undersöka och införa nya digitala verktyg och processer, exempelvis för digital journalföring även för elever med skyddade personuppgifter, samt förbättra användningen av Nationell Patientöversikt (NPÖ) och andra digitala stödsystem.	Fortsatt samverkan med informationshanteringsansvariga, framtagande av nya, samt revidering av befintliga digitala mallar och formulär.	Journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.
Ökad patientsäkerhet för elever med skyddade personuppgifter	Arbeta för möjligheten att få in elever med skyddade personuppgifter i det digitala journalsystemet. Förtydliga den nuvarande processen för analog hantering av elever med skyddade personuppgifter.	Utforma möjlig process för digital hantering av elever med skyddade personuppgifter inför eventuellt införande av dessa elever i digitalt journalsystem. Inventering och revidering av process och rutiner, samt fortsatt implementering.	Logguppföljningar, digital enkät till HSL-medarbetarna, samt eventuella referensgruppssamtal.
Säker och tydlig process vid frågeställning intellektuell funktionsnedsättning (pågående från 2025)	Genomlysning av IF-processen gällande vad som ska göras och i vilken ordning	Uppdatera och justera befintlig IF-process med ingående aktiviteter och rutiner samt implementera detta. Korrelera IF-processen med arbetsgången för antagning till anpassad skola. Informera rektorer/enhetschefer om förtydligad IF-process för HSL-professionerna.	Journalgranskning och digital enkät till HSL-medarbetarna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Innehåll

Inledning	3
Syfte.....	4
Definition av kvalitet	4
Ansvarsfördelning	4
Vårdgivarens ansvar	4
Verksamhetschefens ansvar.....	4
Systematiskt kvalitetsarbete	5
Löpande verksamhet	5
Avvikelsehantering.....	5
Behörighet och kompetens.....	6
Personuppgiftshantering	6
Samverkan	6
Information	6
Ledningsansvariga.....	7
Rektors ansvar.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	7
Processer och rutiner	7
Kompetens.....	10
Kompetenskrav logoped och psykolog	10
Kompetenskrav skolläkare	10
Kompetenskrav skolsköterska.....	10
Kompetenskrav vid anställning	10
Kompetensutveckling	11
Samverkan	11
Samverkan inom skolan	11
Övrig samverkan	11
Systematiskt förbättringsarbete	11
Riskanalys	12
Egenkontroll.....	12
Utredning av avvikelser.....	12
Klagomål/synpunkter	12
Lex Maria	12
Patientsäkerhetsberättelse	13
Dokumentationsskyldighet	13

Inledning

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

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

Lagar och förordningar som styr arbetet:

Lagar

- Skollag (2010:800)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientdatalag (2008:355)
- Patientlag (2014:821)
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- Smittskyddslag (2004:168)
- Lag om egenvård, Riksdagen, Lag (2022:1250) om egenvård
- Förvaltningslagen (2017:900)
- Diskrimineringslagen (2008:567)
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Förordningar

- Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)
- Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)
- Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning - dataskyddsförordningen (GDPR)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrift om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel (HSLF-FS 2018:43)

- Föreskrifter om ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2016:51) om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn HSLF-FS 2020:25
- HSLF-FS 2021:52 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- Senaste version av SOSFS 2004:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
- Extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram SKOLFS 2022:334 (skolverket.se)

Syfte

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

Definition av kvalitet

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

Ansvarsfördelning

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

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren ansvarar för att utse ansvarig för anmälan enligt Lex Maria.

Verksamhetschefen ansvarar för anmälan enligt Lex Maria, vilket är registrerat i Socialstyrelsens vårdgivarregister (SOSFS 2005:28).

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, samt utifrån det planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschefens ansvar

Utbildningsnämnden har utsett Viktor Engström till verksamhetschef och att ansvar för anmälan enligt Lex Maria vilket är registrerat i Socialstyrelsens vårdgivarregister

(SOSFS 2005:28). Verksamhetschefen representerar vårdgivaren, det vill säga utbildningsnämnden. Vårdgivaren bestämmer vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter och vilket ansvar verksamhetschefen har utöver det författningsreglerade ansvaret. I verksamhetschefens uppdrag ingår att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten genom:

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamhetschefen ska:

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

Löpande verksamhet

Verksamhetschefen ska:

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

Avvikelsehantering

Verksamhetschefen ska:

- ansvara för att egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd utövas
- ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från elev, vårdnadshavare, medarbetare, andra myndigheter, föreningar och organisationer
- ta emot rapporter om avvikelser i enlighet med 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) från verksamhetens medarbetare
- utreda risker och händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada

- vidta nödvändiga, omedelbara åtgärder med anledning av en avvikelse och vid behov göra anmälan enligt Lex Maria
- vid behov initiera fördjupade händelseanalyser och tillsätta ett analysteam för arbetet. Följa upp händelseanalyser och återkoppla innehållet till berörda parter.
- i ett dokument analysera och sammanställa inkomna rapporter om risk för vårdskada, klagomål och synpunkter samt utifrån vad som framkommer vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

Behörighet och kompetens

Verksamhetschefen ska:

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

Personuppgiftshantering

Verksamhetschefen ska:

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

Samverkan

Verksamhetschefen ska:

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

Information

Verksamhetschefen ska:

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

Ledningsansvariga

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

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

Rektors ansvar

Rector ska:

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

Processer

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

- identifiera de aktiviteter som ingår
- bestämma aktiviteternas inbördes ordning
- för varje aktivitet utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten (SOSFS 2011:9).

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

För att kunna säkerställa likvärdig hälso- och sjukvård samt en elevhälsa av god kvalitet inom förvaltningen ska gemensamma processer och rutiner för arbetet identifieras och beskrivas. Varje process är indelad i en serie aktiviteter där det framgår vilka rutiner som gäller för respektive process. All personal behöver känna till och arbeta efter de fastslagna processerna och rutinerna. Dessa hittas i webbhandboken för respektive profession. Vissa processer är gemensamma för all personal, medan andra är specifika utifrån de respektive professionerna och deras arbetsuppgifter. Verksamhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att processerna kvalitetssäkras och utvecklas systematiskt. Detta görs tillsammans med ledningsansvariga och barn- och elevhälsans HSL-team.

Alla processer med tillhörande aktiviteter och rutiner finns beskrivna i webbhandboken om inte annat anges.

Gemensamma processer

Styrprocesser

- Avvikelsehantering inklusive lex Maria
- Egenkontroll
- Rekrytering/introduktion av nya medarbetare samt avslut av tjänst (yubikey mm)
- Administration av digitalt journalsystem
- Upphandling/inköp läkemedel
- Upphandling/inköp/kontroll medicintekniska produkter
- Arkivering

Huvudprocesser som gäller all hälso- och sjukvårdspersonal

- Dokumentation och journalhantering
- Remisshantering
- Patientsäker kommunikation
- Samtal, råd och stöd
- Intyg
- Anmälan till socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om att barn far illa

Stödprocesser som gäller all hälso- och sjukvårdspersonal

- Samverkan (extern, intern, säker intern kommunikation, EHT, verksamhetsgrenar osv)
- Medicintekniska produkter
- Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Skyddade personuppgifter

Processer gällande EMI

De gemensamma processerna för samtliga hälso- och sjukvårdspersonal finns beskrivet under rubriken Processer tidigare i ledningssystemet. De yrkesspecifika processer som skall finnas beskrivna i metodstödet för skolsköterska och skolläkare är följande:

Huvudprocesser

- Hälsobesök av skolsköterska i förskoleklass, åk 2, 4, 7, gymnasieskolans år 1 samt nyanländ eller utifrån behov
- Screeningkontroller (tillväxt, syn, hörsel, rygg)
- Öppen mottagning och enklare sjukvårdsinsatser
- Blodtryckskontroll
- Vaccination
- Akut omhändertagande
- Läkemedelshantering
- Generell ordination
- Skolläkarmottagning (konsultationer, medicinska bedömningar)
- Elevadministration (ny elev, elev slutar på skolan, elev på resursenhet, nyanländ elev, papperslösa, samhällsplacerad elev)

Stödprocesser

- Hygienrutiner (inkl basalhygien, städning)
- Underhåll av medicintekniska produkter
- Omhändertagande av farligt avfall
- VFU-studenter
- Säker digital kommunikation (SDK)

Processer gällande psykologisk insats

De gemensamma processerna för samtliga hälso- och sjukvårdspersonal finns beskrivet under rubriken Processer tidigare i ledningssystemet. De yrkesspecifika processer som skall finnas beskrivna i metodstödet för psykolog är följande:

Huvudprocesser

- Psykologutredning vid misstanke om intellektuell funktionsnedsättning
- Skolpsykologisk utredning (ej IF)
- Annat enklare hälso- och sjukvårdsarbete inriktat på enskilda elever

Stödprocesser

- Medicintekniska produkter (tester och hantering av psykologiska test)
- Psykologkandidater

Processer gällande logopedisk insats

De gemensamma processerna för samtliga hälso- och sjukvårdspersonal finns beskrivet under rubriken Processer tidigare i ledningssystemet. De yrkesspecifika processer som skall finnas beskrivna i metodstödet för logoped är följande:

Huvudprocesser

- Logopediska individinsatser
- Logopedutredning

Stödprocesser

- Medicintekniska produkter (tester)
- VFU-studenter

Kompetens

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

Kompetenskrav logoped och psykolog

Legitimation utfärdad av Socialstyrelsen.

Kompetenskrav skolläkare

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

Kompetenskrav skolsköterska

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

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

Kompetenskrav vid anställning

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

nyanställning är uppfyllda. Verksamhetschefen ansvarar för att följa upp att alla medarbetare har god kännedom om de riktlinjer för arbetet som finns.

Kompetensutveckling

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

Samverkan

Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten och/eller LSS och med myndigheter (SOSFS 2011:9).

Samverkan inom skolan

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

Övrig samverkan

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

Systematiskt förbättringsarbete

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

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



Riskanalys

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande (SOSFS 2011:9).

Egenkontroll

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

Utredning av avvikelser

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

Klagomål/synpunkter

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

Lex Maria

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

Patientsäkerhetsberättelse

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

Dokumentationsskyldighet

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