



# Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

**Elevhälsans medicinska och psykologiska insats**

**Utbildningsförvaltningen Bollebygds kommun**

**År 2025**



Datum:

Ansvarig för innehållet: Milena Lampret, Verksamhetschef för Elevhälsan

# INLEDNING

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att öppet och tydligt redovisa processer, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. För att uppfylla kraven att förbättra patientsäkerheten ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta systematiska kvalitetsarbete är lagstadgat och ska i sin tur också dokumenteras. En del av denna dokumentation skall redogöra för hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. I ledningssystemet så framgår att verksamheten ska bedrivas med kvalitet, resultatet av det arbetet står också beskrivet i detta dokument.

Ett av kommunens viktigaste uppdrag är att organisera skola för barn och unga. I Bollebygdskommunala skolor finns fem grundskolor, en anpassad grundskola samt ett gymnasium med totalt cirka 1125 elever. Utbildningsnämnden har det politiska ansvaret för verksamheterna, vilket inkluderar vårdgivaransvaret för elevhälsans medicinska och psykologiska insatser.

Verksamhetschefen tillsammans med medicinskt ledningsansvarig (MLA) ska med stöd av ett ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Riksföreningen för skolsköterskor och svenska skolläkarföreningen har gemensamt tagit fram ”Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insats” (rev 2025). Elevhälsoarbetet i Bollebygdskommun utgår från dessa vid utvärdering av kvalitetsarbetet. Grunden i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete är att skapa en god och säker vård där förekomsten av vårdskador är låg. I patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Det innebär att patienterna inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att insatser har missats. Kvalitet definieras som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. (SOSFS 2011:9).

I rapporten beskrivs det patientsäkerhetsarbete som bedrivits under 2025 och de mål som fastställts inför 2026.



Källa:

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

**Förklaring till förkortningar i texten:**

HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
MLA	Medicinskt ledningsansvarig
EMI	Elevhälsans medicinska insats
EPI	Elevhälsans psykologiska insats
ELI	Elevhälsans logopediska insats
PLA	Psykologiskt ledningsansvarig
BVC	Barnavårdcentral
BHV	Barnhälsovård
EHT	Elevhälsoteam
PMO	Digitalt journalsystem
Prorenata	Digitalt journalsystem

## Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
1. Engagerad ledning och tydlig styrning	6
1.1. Övergripande mål och strategier	6
1.2. Organisation och ansvar	8
2. En god säkerhetskultur	11
3. Adekvat kunskap och kompetens	12
4. Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
1. Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
2. Tillförlitliga och säkra system och processer	15
3. Säker vård här och nu	16
3.1 Riskhantering	16
4. Stärka analys, lärande och utveckling	16
4.1. Avvikelse	16
4.2. Klagomål och synpunkter	18
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19

## **SAMMANFATTNING**

Under 2025 har arbetet fortskridit enligt fastställda processer, ledningssystemet har tydliggjorts och egenkontrollen av verksamheten har utvecklats. Det har uppmärksammats att arbetsbelastningen är hög och det har initierats en kartläggning om hur elevhälsans medicinska insats kan organiseras om mer ändamålsenligt. I dagsläget saknas ca 60% skolsköterska i grundbemanningen varav en hållbar fördelning över enheterna är svår att få till. Det saknas ca 20% skolläkare, det blir framförallt synligt vid behov av större utredningar. Avvikelse som kommit in visar ett behov av att säkra verksamheten vid längre frånvaro samt ett behov av att se över grundbemanningen. Egenkontrollen visar också brister inom lokaler och tillgänglighet till skolsköterskor.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhet:

- Etablering och implementering av en tydligare egenvårdsplan inom elevhälsans medicinska insats
- Rekrytering av skolläkare med rätt kompetens
- Upphandling av dokumentationssystem i samverkan med kranskommuner i Sjuhärad

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten uppnått de resultat som förväntades med aktuella resurser och förutsättningar under 2025. Ytterligare arbete med att utveckla verksamheten för att säkerställa en god och säker vård som bedrivs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ligger framför oss som i slutändan kommer bidra med än mer ökad patientsäkerhet och kvalitet.

### **En blick framåt:**

Efter analys av kartläggning och kvalitet och patientsäkerhetsarbetet framkommer följande som utvecklingsområden för 2026:

- Att hälso- och sjukvårdspersonal har relevant och uppdaterad kompetens samt personalresurser för att kunna tillhandahålla god och säker vård.
- Systematisering av arbetet inom HSL som bedrivs i utbildningsförvaltningen
- Ändamålsenliga och tillgängliga lokaler

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Det finns ett nationellt patientsäkerhetsmål med visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” med det övergripande målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. För att arbeta mot visionen krävs fyra grundläggande förutsättningar:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- God säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 (PSL) definieras vårdskada som lidande, fysisk eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som eleven fått, men också av att eleven inte har fått den vård som behövs. Definitionen av patientsäkerhet är ”skydd mot vårdskada”. Genom att säkerställa bemanning med personal som har adekvat utbildning och erfarenhet, och att de ges förutsättningar att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser, kan en likvärdig, god och säker vård ges till eleverna. Med en organisation där tillbud, risker och avvikelser tillvaratas och ses som en tillgång för utveckling av patientsäkerhetsarbetet skapas en trygg och säker vård.

## 1. 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 samtliga nivåer.

### 1.1. Övergripande mål och strategier

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

Elevhälsans medicinska, logopediska och psykologiska insats skall arbeta för att ingen patient drabbas av vårdskada. Detta möjliggörs genom tydliga processer och rutiner som fortlöpande planeras, utförs och utvärderas under året. Elevhälsans medicinska, logopediska och psykologiska insats ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande för hälsa, lärande och utveckling mot skolans mål. En förutsättning för detta är en tydlig ledning och styrning med systematiskt kvalitetsarbete med väl definierade mål för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. De mål och strategier som tas fram för patientsäkerhetsarbetet inom elevhälsan i Bollebygds kommun bygger på det kvalitetsarbete som skett under föregående år. Målen formuleras utifrån de händelser och avvikelser som identifierats i verksamheten, samt de egenkontroller som utförts.

I tabellen nedan formuleras de mål som skrevs fram i föregående års patientsäkerhetsberättelsen samt de strategier som används för att nå målen:

### Övergripande mål

- Att säkerställa en god och säker vård som bedrivs i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)



	Delmål	Strategier/åtgärder och aktiviteter	Resultat/utfall
1.	Att hälso- och sjukvårdspersonal har relevant och uppdaterad kompetens för att kunna tillhandahålla god och säker vård.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rekrytering av skolläkare med rätt kompetens och involvera skolläkare i större utsträckning</li> <li>-Kartlägga kompetensbehov</li> <li>-Planera för kompetensutveckling</li> <li>-Handledning för skolpsykolog</li> <li>-Handledning för skolsköterskor</li> <li>-Fortbildning inom sekretess</li> </ul>	<p>Rekryteringen av skolläkare är avslutad och EMI har nu två skolläkare från Närhälsan Bollebygd som ska bemanna skolläkarmottagningen på totalt 5%.</p> <p>Kompetensbehov hos medarbetare kartläggs, planeras och utvärderas på medarbetarsamtal. Skolsköterskor får medicinsk handledning av skolläkare.</p> <p>Fortbildning inom sekretess är bokad under VT 2026 för hela Bollebygds elevhälsopersonal</p> <p>Pågående process av handledning för skolpsykolog som inte ännu är klar och initierad.</p>
2.	Systematisering av arbetet inom hälso- och sjukvården som bedrivs i utbildningsförvaltningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Årshjul</li> <li>-Metodstöd som är lätt att arbeta i</li> <li>-Tydlig egenkontrollplan</li> <li>-Dokumentations process</li> <li>-Kartlägga och systematisera arbetet inom HSL</li> <li>-Tillsätta PLA för att säkerställa kvalitet inom elevhälsans psykologiska insats</li> <li>-Fylla i och arbeta med checklista för kvalitetssäkring inom EMI, EPI och ELI.</li> </ul>	<p>Många av processerna är etablerade inom EMI. Egenkontrollprocessen har tydliggjorts och arbetas mer aktivt med för att säkra verksamheten, Det är fortsatt ett pågående arbete med att tillsätta psykologiskt ledningsansvarig. Enligt lag finns inget krav samtidigt så ses ett behov för att säkerställa kvalitet inom verksamhetens psykologiska insats. Kvalitetssäkring inom de olika professionerna lyfts på professionsträffar med verksamhetschef.</p>
3.	Förbättrad kommunikation och informationsöverföring	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Samverkan för överlämningar mellan vårdgivare</li> <li>-Utveckla samverkan med BHV, fokus överlämning.</li> <li>-Utveckla samverkan med Närhälsan genom skolläkare</li> <li>-Samverkan lokalt i organisationen</li> <li>-Utveckla hur samtliga professioner arbetar i PMO för ökad patientsäkerhet och sammanhållen dokumentation</li> </ul>	<p>Samverkan är utvecklad med BHV och skolläkare som är knutna till vårdcentralen.</p> <p>Arbetet med att standardisera EHT och dokumentation, där har enheterna kommit olika långt. Det aktuella dokumentationssystemet har sina brister i användarvänlighet, det har under 2025 initierats en upphandlingsprocess av dokumentationssystem tillsammans med övriga kranskommuner i Sjuhärad. Upphandlingen blev klar och beslut är taget att kommunerna kommer upphandla Prorenata och samverka under implementeringsprocessen för en likvärdig dokumentation.</p>

Verksamheten har kommit framåt under 2025 med att nå mål för att säkra kvalitet och patientsäkerhet. EMI har kommit längre än verksamhetens psykologiska insats på grund av att det finns en medicinsk ledningsansvarig som ansvarar för att säkra den medicinska insatsen och detta är inte tillsatt inom psykologiska insatsen. Delar av målen från 2025 kommer att tas med in i arbetet för 2026.

## 1.2.Organisation och ansvar

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

För skolsköterska, skolläkare, skollogoped samt skolpsykolog som arbetar i grund- och anpassad grundskola faller delar av arbetet under hälso- och sjukvårdslagen. I förlängningen innebär detta att kommunen och utbildningsnämnden är vårdgivare. Utbildningsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete och att verksamhetschefens ansvar och arbetsuppgifter finns dokumenterade. Enligt lag måste utbildningsnämnden delegera vårdgivaransvaret till en verksamhetschef, som svarar för den vård som bedrivs inom verksamheten. Verksamhetschefen ska med stöd av ett ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I de fall då verksamhetschef inte är legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal skall enskilda ledningsuppgifter delegeras till behörig personal. Det handlar exempelvis om uppgifter som rör vård och diagnostik och som vanligen uppdras åt skolsköterska med medicinskt ledningsansvar att fullgöra.

### Verksamhetschef enligt HSL

Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten och se till att vården tillgodoser hög patientsäkerhet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen delegeras detta vårdgivaransvar från kommunen och utbildningsnämnden till en verksamhetschef, Milena Lampret. Verksamhetschefen har i och med detta det samlade och odelade ledningsansvaret för vården i förhållande till vårdgivaren. Verksamhetschefen leder det systematiska förbättringsarbetet och har det yttersta ansvaret för att verksamheten tillgodoser kraven om hög patientsäkerhet och god kvalitet.

### Medicinskt ledningsansvar

Verksamhetschefen har skriftligt uppdragit det medicinska ledningsansvaret (MLA) åt skolsköterska Marika Holgersson. MLA stödjer verksamhetschef, rektor, skolsköterskor, skollogoped och skolläkare i det systematiska kvalitetsarbetet och innehar ledningsansvaret inom medicinsk vård, diagnostik och behandling. I uppdraget ingår bland annat arbete med ledningssystemet, egenkontroller och utredning av avvikelser. Trots att MLA åtagit sig delar av ledningsansvaret är det alltid verksamhetschefen som är ytterst ansvarig varav det är av stor vikt att MLA och verksamhetschef har ett tätt och väl utarbetat samarbete.

### Psykologiskt ledningsansvar

Verksamhetschefen ska uppdra psykologiska ledningsuppgifter åt personer inom verksamheten som har tillräcklig kompetens att fullgöra dem. Psykologiskt ledningsansvar är en sådan enskild ledningsuppgift som ofta överlåts till skolpsykolog på uppdrag av verksamhetschefen. I PLA ingår bland annat kvalitetsutveckling samt kvalitetssäkring av rutiner gällande behandling och vård. Verksamhetschefen hade som mål 2025 att tillsätta psykologiskt ledningsansvarig. Målet har inte uppnåtts och verksamheten står fortsatt utan psykologiskt ledningsansvar vilket leder till bristande kvalitetssäkring och patientsäkerhet.

### Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Enligt 6 kap. 2 §. PSL arbetar varje legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal under eget yrkesansvar. Detta innebär att såväl skolsköterska, skolläkare, skollogoped som skolpsykolog själv bär ansvaret för att arbetet överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska också följa rutiner och bidra till hög patientsäkerhet.



Som legitimerad personal inom HSL har alla ett individuellt medarbetaransvar att rapportera, medverka och bidra till ökad kvalitet och säkerhet i den verksamhet som man är anställd inom. De ska tillämpa ledningssystemets processer och rutiner, arbeta evidensbaserat, rapportera om systematiska förbättringsbehov såsom avvikelser och risker samt klagomål och synpunkter. De ska också bidra till hög patientsäkerhet, hålla eleven och vårdnadshavaren informerad samt anmäla om barn riskerar att fara illa.

### **1.2.1.Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

För att lösa komplex problematik behövs många gånger tvärprofessionell kompetens och därmed också samverkan inom och mellan myndigheter och vårdgrannar. För skola är det därför angeläget att samverka såväl inom enheten som mellan skolan, hälso- och sjukvården samt Individ och familjeomsorg (IFO). Samverkan regleras till största del av utarbetade riktlinjer och rutiner. En del av dessa har utformats på egen hand, en del är kommun- eller regionövergripande.

#### **Intern samverkan**

Rektor leder det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som är en del av det systematiska kvalitetsarbetet, det är också viktigt att utveckla stödfunktioner för att organisera och leda tvärprofessionellt samarbete som främjar ungas hälsa, lärande och utveckling. Denna uppgift, att organisera stödfunktioner för ett sådant arbete, kan inte den enskilda rektorn bära ensam därför ses ett behov av än tydligare ramar kring tvärprofessionell samverkan.

I kommunen hålls regelbundna elevhälsoteam-möten (EHT) på de olika enheterna. Här bidrar varje profession med sin specialistkompetens för att tidigt upptäcka elever som behöver stöd och för att ge varje elev så goda förutsättningar som möjligt. Det finns en aktuell process kring ärendegång på EHT som har dragits för samtliga enheter tidigare år, under 2025 så har processen implementerats i olika grad på enheterna. På de enheter där det implementerats till större grad så ses en god effekt både på tydlighet i mötet, på hur elever följs upp och hur uppdrag tilldelas.

Centrala elevhälsan arbetar aktivt för att identifiera behov och föra in sin kunskap och kompetens i verksamheterna. I arbetet med att upprätthålla god kvalitet verkar centrala elevhälsan kontinuerligt för att arbetet sker med fokus på deras uppdrag och att arbetet sker tidseffektivt. Det har implementerats en konsultprocess där enheterna kan ansöka om insatser från Centrala Elevhälsans professioner för att verka för likvärdighet och kvalitet mellan och inom enheterna. Detta har utvärderats och visar goda resultat som ökar kompetensen hos medarbetare och kommer elever till gagn.

Det finns etablerade rutiner kring professionsträffar med samverkan inom professionsgruppen samt samverkan med verksamhetschefen, utvecklings- och samverkansmöte inom elevhälsan. Dessa träffar hålls regelbundet och leds av verksamhetschef förutom EMIs professionsmöte som leds av MLA.

#### **Extern samverkan**

Vad gäller extern samverkan finns upprättade rutiner. Exempelvis finns riktlinjer kring remisshantering till andra instanser i vårdkedjan och orosanmälan till IFO. Inom Västra Götaland finns också riktlinjer kring samverkansmöten gällande samordnad individuell plan (SIP) vid eventuellt behov av insatser från både skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård samt riktlinje och rutin kring egenvård. Det finns upprättad samverkan med BVC, ungdomsmottagning, rehab och Mini Maria.

Under 2025 så har en samverkan mellan förskola-skola och BHV och EMI upprättats för en tydlig ärendegång när ansvaret går från förskola och BHV till skola och EMI.

### **Nätverket för medicinskt ledningsansvariga i Sjuhärad**

Medicinsk ledningsansvarig (MLA) deltar vid nätverksträffar med andra MLA i Sjuhärad där frågor som nya riktlinjer, lagar och författningar tas upp. De diskuterar, följer upp och utvärderar nya metoder som elevhälsans medicinska insats använder sig av. I denna samverkansgrupp har det initierats en gemensam handledningsinsats som sträcker sig över läsåret 25/26. Handledningen ges av extern konsult och ska bidra till ökad kompetens kring ledningsfrågor samt ökad samsyn mellan kommunerna.

### **Nätverket för språk-, läs- och skrivutveckling i Västra Götaland**

Nätverket består av språk-, läs- och skrivutvecklare som representerar resp. hemkommun inom Västra Götaland. Syftet med nätverket är att stimulera huvudmän, skolor och förskolor att aktivt arbeta med språk-, läs- och skrivutveckling och därmed bidra till en ökad likvärdighet och god undervisning. Nätverket bedrivs på uppdrag av Skolverket och NCS - *Nationellt centrum för språk-, läs- och skrivutveckling samt skolbibliotek*.

### **Skollogopeder i Västsverige**

Frågor som tas upp kan exempelvis handla om journalföring, sekretess, förfarande gällande remittering och utredning, logopediskt ledningssystem med mera.

### **Lilla skollogopednätverket**

Nätverket består av lokalt och centralt anställda skollogopeder från kommunerna Bollebygd, Mölndal, Borås, Lerum, Alingsås och Härryda. Frågor som tas kan exempelvis handla om nya metoder/material för kartläggning och insatser, utbyte kring innehåll gällande kompetensutveckling för lärare gällande språk, läsning och skrivning med mera.

### **Samverkansgrupp med Sjuhärads elevhälsochefer**

Syftet är att skapa en ökad samsyn och likvärdighet för våra elever inom Sjuhäradsregionen. Resultatet av ovanstående samverkan, i och utanför verksamheten, syftar till en högre kvalitet och säkrare vård för eleverna.

### **Ledningsråd Västragötalandsregionen**

Ett ledningsråd med övriga kommuner i regionen som arbetar för en standardiserad EMI inom VG regionen och införande av Millenium. Ledningsrådet upphörde hösten 2025 efter beslut att inte implementera Millenium. Samverkan EMI inom kommunerna i Västra Götalandsregionen avslutades därför och arbetet kring standardisering mellan kommunerna avstannade.

### **Samverkan mellan kranskommunerna i Sjuhärad**

Under 2025 startade en samverkan mellan kranskommunerna i Sjuhärad inför upphandling av dokumentationssystem. Syftet med samverkan är att få samma dokumentationssystem och arbeta för att standardisera dokumentation och ärendegång i systemet. Upphandlingen landade i ett byte från PMO till Prorenata för samtliga kommuner som var med i upphandlingen. Implementeringen av Prorenata äger rum under vårterminen 2026 och kommunerna kommer fortsatt att samarbeta.

## **1.2.2. Informationssäkerhet**

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

God informationssäkerhet kännetecknas av tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Det handlar om att dokumenterade personuppgifter ska vara åtkomliga och användbara (tillgänglighet) samt oförvanskade (riktighet). Åtgärder ska kunna härledas till en användare (spårbarhet) och inga utomstående/obehöriga användare ska kunna ta del av uppgifterna (konfidentialitet).

I Bollebygds kommun är respektive nämnd ansvarig för de behandlingar av personuppgifter som sker inom respektive nämnds ansvarsområde. Utbildningsnämnden har således, i enlighet med lag, utarbetat rutiner kring dokumentation, e-postanvändning, sekretess osv. Nämnden ansvarar också för att IT-avdelningen tillsammans med administratörer säkerställer att digitala journalsystem uppfyller kraven kring informationssäkerhet. Detta sker exempelvis via uppdatering, loggkontroll och informationsklassning av dokumentationssystem.

Elevhälsan använder för närvarande det digitala journalsystemet PMO. EMI och EPI handhavar också pappershandlingar som förvaras i arkivskåp placerade på enskilda kontor samt i kommunens egna arkiv. Antalet pappershandlingar har, med nya rutiner, minskat till en mycket liten mängd. För att säkerställa att verksamheten kan bedrivas även om de digitala systemen är ur funktion så har en kontinuitetsplan upprättats.

Vid journalföring och dokumentation följs patientdatalagen. Detta innebär bland annat ansvar om att patientuppgifter är signerade samt skyddade och oåtkomliga för obehöriga. Elevhälsan följer även rutiner utformade av utbildningsnämnden. Vissa psykologtestningar lyder under instrumentalsekretess vilka endast förvaras i pappersform med särskild märkning när de ska till kommunarkivet.

Under 2025 har arbetet med införande av E-arkiv i kommunen intensifierats. Än har implementeringen inte kommit till Bollebygd, förarbetet är i full gång och efter implementering kommer det skapas nya rutiner kring arkivering av journaler.

Loggkontroll av in- och utloggningar och elevåtkomst i journalsystemet PMO utförs för att skydda eleverna och vårdnadshavare mot dataintrång (4 kap 9c§ brottsbalken). Loggkontroll utförs 1 gång/månaden och enligt rutin är det MLA och systemansvarig administratör som ansvarar för loggläsningarna. I samband med loggläsningarna så utförs också en granskning av vårdnadshavarna i PMO för att säkerställa att de stämmer överens med folkbokföringen. Rutin upprättades för att säkerställa att enbart vårdnadshavare står som just vårdnadshavare i PMO. Det har också införts ett tvingande kommentarsfält för de gånger medarbetare går in i journaler som de enligt systemet inte har behörighet till.

## 2. En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Patientsäkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet. Lärande och reflektion tillsammans med identifiering och rapportering av risker och avvikelser är centrala delar i att utveckla en god kultur.

Ledningssystemet definierar ansvarsfördelningen och rutinerna för avvikelser, klagomål och synpunkter.

EMI har fortsatt att arbeta aktivt med att utveckla ledningssystemet gällande rutiner och riktlinjer för att på så sätt öka patientsäkerheten och minimera vårdskador. Bollebygds kommun har tidigare köpt in metodstöd av GöteborgsStad, från årsskiftet 2023-2024 var det inte längre tillgängligt. I väntan på implementering av regionala och nationella riktlinjer så har MLA, med Göteborgs Stads metodstöd, länsgemensamma och nationella rutiner som utgångspunkt, arbetat



utvecklat ledningssystemet HSL, ledningssystemet uppdateras kontinuerligt med information som delas i samverkansmöten med övriga MLA i Sjuhärad.

Under året 2025 så implementerades en tydlig bedömningsmodell för arbetet med avvikelser, rutin kring risk och konsekvensanalys och händelseanalys. På professionsmöten EMI så är avvikelser/klagomål en stående punkt för att påminnas om vikten av att rapportera avvikelser samt att patientsäkerhetskulturen ska genomsyra det dagliga arbetet.

Klagomål och synpunkter från elever, vårdnadshavare eller personal hänvisas till rektor eller till verksamhetschefen för elevhälsan beroende på ärendets art.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Det gör att en god kommunikation mellan verksamhetens olika funktioner är avgörande för att upprätthålla en god kvalitet och patientsäkerhet.

### 3. Adekvat kunskap och kompetens

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- sjukvårdspersonal skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Skolsköterska, skolläkare, skollogoped och skolpsykolog ska känna till och arbeta utifrån de processer och rutiner som är upptagna i ledningssystemet samt har en skyldighet att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. För att säkerställa hög patientsäkerhet krävs att skolsköterska, skolläkare, skollogoped och skolpsykolog har rätt kompetens och arbetar utifrån ledningssystemets processer och rutiner.



Detta kräver kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling. Det åligger medarbetarna att själva vid bristande kunskap meddela verksamhetschef så att utbildning kan erhållas. Detta är också en fråga som verksamhetschef ställer vid de medarbetarsamtal som genomförs varje termin.

Skolsköterskor har under 2025 genomgått följande kompetensutveckling:

- MI-utbildning (gäller en skolsköterska) (En skolsköterska)
- Endagens utbildning kring barnobesitas (Tre skolsköterskor)
- Handledning medicinskt ledningsansvar 4 h (MLA)

Skolläkare har under 2025 genomgått följande kompetensutveckling:

- Skolläkarkongress 2 dagar. (Två skolläkare)
- Handledning för skolläkare

Skolpsykolog har under 2025 genomgått följande kompetensutveckling:

- IF-utredning i skolan, 2 heldagar

Skollogoped har under 2025 genomgått följande kompetensutveckling:

- Kartläggning av läs- och skrivsvårigheter/dyslexi i skolan via Svenska Dyslexiföreningen. 4 halvdagar.

Frågan om kompetensutveckling förs på medarbetarsamtal och alla professioner har ett eget ansvar att hålla sig uppdaterad kring forskning. På professionsträffar för skolsköterskor har det utarbetats ett årshjul som styr vilka rutiner/riktlinjer som skall läsas igenom och när, för att säkerställa att rutinerna efterlevs och är kommunicerade på ett årsbasis.

Under 2025 inleddes skolläkaravtal mellan EMI och Närhälsan, vilken bidrar med tätare kontakt, samverkan med vårdcentral, möjlighet till fortbildning för skolsköterskor av skolläkare.

Skolläkarna som nu verkar inom EMI är utbildade inom allmänmedicin och har genom sin ordinarie tjänst på Närhälsan i Bollebygd lokal förankring.

## 4. Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är elevens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om eleven är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med eleven. Att eleven bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Välinformerade, respekterade, hörda och deltagande elever och närstående är en viktig del av säker och god vård. EMI och EPIs rutiner bör således utarbetas på så sätt att de, i högsta mån, inkluderar och tar tillvara på såväl elevers som närståendes tankar och önskemål. Med anpassningar utifrån omständigheter såsom ärendetyp och elevens ålder och mognad informeras eleven och närstående kring skäl för vård/behandling, tillvägagångssätt, prognos och resultat. Är det möjligt utformas och genomförs också insatsen i samråd med elevens och den/de närstående. I regel ökar elevernas medinflytande i takt med stigande ålder tills det slutligen övergår till självbestämmande. Elevens ålder och mognad påverkar således till vilken grad närstående behöver/bör involveras.

Ett tydligt årshjul medför att analyser på grupp och organisationsnivå är möjligt och information som är riktad kan då komma ut till berörda vårdnadshavare/pedagoger. Under 2025 har detta arbetet fortgått och rutiner kring hur, när och vad skolsköterskor återkopplar till vårdnadshavare har skapats och efterlevs. Återkoppling på gruppnivå har systematiseras vilket inneburit att EHT och pedagoger fått övergripande information från skolsköterskor på gruppnivå efter hälsobesök.

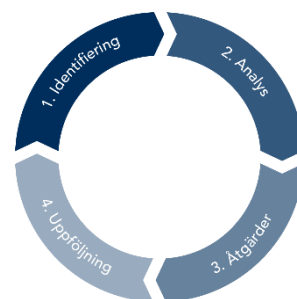


## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Säkring av verksamheten kräver ett fortlöpande arbete. Här är egenkontroll, analys och lärande av erfarenhet viktiga faktorer som bidrar till att minska risken för vårdskador och öka kvaliteten och säkerheten.

Egenkontroll kan beskrivas som en intern granskning att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen innebär också en granskning om att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.



Sammanfattningsvis har följande egenkontroller genomförts under 2025:

Egenkontroll skolsköterskor	Omfattning	Genomförande	Anmärkningar
Journalgranskning	1 gång/år	Ansvarig skolsköterska gör journalgenomgång och en omvårdnadsepikris på de barn som efter läsåret byter stadium och byter skolsköterska.	Inga anmärkningar
Loggkontroll	1 gång/månad	MLA med systemförvaltare utför loggkontroll enligt framtagna rutin.	Information om vårdnadshavare blir i vissa fall felaktig i PMO vid överföring från EA.

			Rutin finns för att åtgärda.
Vaccinationsordination	Genomförs innan vaccinationstillfällen.	MLA, fysiskt besök och digitalt	Inga anmärkningar
Vaccinationstäckning	1 gång/år i samband med patientsäkerhetsberättelse	MLA	Vaccinationstäckningen har ökat jämfört med föregående år.
Läkemedelsgranskning (kontroll av datum)	Minst två gånger per år	Skolsköterska med ansvar för läkemedelsgranskning genomgång utifrån checklista	Inga anmärkningar
Extern läkemedelsgranskning	1 gång/år	MLA i närliggande kommun utför granskning enligt rutin	Inga anmärkningar
Medicinteknisk utrustning enligt rutin och lokaler	En gång per år	Egenkontroll utförs enligt rutin och analys görs 1 gång/år	Vg se analys av egenkontroll
Avvikelser/risker/klagomål	Kontinuerligt	MLA i samråd med VC	Vg se analys av avvikelser i detta dokument
Genomgång av processer och rutiner	1 gång/år	Var rutin/riktlinje går igenom 1 gång/år enligt ett årshjul och kommuniceras ut till berörda medarbetare	Detta har inte utförts kontinuerligt under HT 2025 r/t hög arbetsbelastning och vakans

Egenkontroll psykolog	Genomförande
Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.	Psykolog granskar regelbundet sin dokumentation för att säkerställa att rutiner och riktlinjer följs. Inga dokumenterade rutiner finns för detta granskningsarbete.
Granskning av rutiner gällande utredningar, testhantering och utlåtandeskrivning	Psykolog granskar och utvärderar regelbundet rutiner gällande utredningar, testhantering och utlåtandeskrivning. Inga dokumenterade rutiner finns för ovanstående granskningsarbete.

Vid granskning av vaccinationstäckning i kommunen ses en något lägre vaccinationstäckning i Bollebygd jämfört med riket och även Västra Götalandsregionen (se tabell nedan). Statistiken är från 2024, statistik från 2025 är inte sammanställd av Folkhälsomyndigheten ännu. Under 2024 ses en ökning av vaccinationstäckning i Bollebygdskommun.

	MPR (dos 2)	HPV flickor (2 doser)	HPV pojkar (2 doser)	DTB
Riket	93,1%	88 %	83,3 %	93 %
Västra Götaland	93,6%	88,6 %	83,8 %	93 %
Bollebygd	91,3%	87,1 %	86,9 %	94,4%

Resultatet av egenkontrollen 2025 visar på brister i framförallt ett område: lokaler. Tillgänglighet och likvärdig utrustning ser mycket olika ut på de olika skolenheterna.

Bristande ljudisoleringen till mottagningsrummet på Örelundskolan är allvarlig och kräver åtgärder. Tillgängligheten till mottagningsrum är bra i Örelund, Töllsjö och på 7-9 när det kommer till placering. I Örelund och Töllsjö är mottagningsrummet enbart bemannat 1 dag/vecka vilket är rimligt i förhållande till antalet elever på skolan.

På F-3 och 4-6 är tillgängligheten till skolsköterska i förhållande till antal elever rimlig, dock är skolsköterskemottagningen placerad på ett otillgängligt ställe. Det bör undersökas möjlighet att placera skolsköterskans mottagning i anslutning till elevernas lokaler för F-3 och 4-6..

Utrustningen på skolorna är mycket olika. På Örelund och Töllsjöskolan finns inte den utrustning som krävs, skolsköterskan behöver frakta utrustning till och från de små skolorna.

Undersökningsbriter finns enbart i det stora skolsköterskerummet på Bollebygdsskolan och rummen är heller inte tillräckligt stora för att ha plats för en sådan. Det finns heller inget viltrum att hänvisa till i närheten av elevhälsan på någon skola. Örelund och Töllsjöskolan har inget väntrum. Där delas också mottagningsrummen med andra professioner vilket medför en risk i framförallt hygien. Det har under året installerats läkemedelsskåp som är låsbara för att skolsköterskan inte ska behöva ta med läkemedel fram och tillbaka.. Man bör se över möjligheten att hålla materialet inlåst för att säkerställa hygienstandard.

Två av mottagningsrummen i kommunen är av tillräcklig storlek, vilket är det stora rummet på Bollebygdsskolan och det på Örelundskolan. Resterande rum är inte tillräckligt stora för ändamålet.

## 1. 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 §*

Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar huvudsakligen om att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Det innebär att patienterna inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller på grund av att insatser har missats. En vårdskada kan exempelvis uppkomma efter ett felaktigt givet vaccin, att en rygghälsokontroll inte har utförts eller att en beslutad utredning tar orimligt lång tid eller uteblir, i skolan eller vården, och innebär negativa konsekvenser för eleven. Utredning av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada är därför centralt. Genom identifiering och utredning av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ökar kunskapen om bakomliggande orsaker och konsekvenser. På så sätt tillhandahålls viktigt underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser för att det inträffade inte ska hända igen.

Som hälso- och sjukvårdspersonal är psykolog, skolläkare samt skolsköterska skyldig att rapportera till verksamhetschefen om upptäckt av brister i verksamheten som medfört eller kunnat medföra vårdskador.

Det finns en utarbetad process kring ärendegången för avvikelser som är känd bland medarbetare som arbetar inom HSL. Inom EMI påtalas vikten av avvikelserapportering vid samtliga professinsträffar och skolsköterskor uppmanas att skriva avvikelser. Antalet avvikelserapporter som skrivs är dock låg vilket kan indikera att det bortprioriteras i de fall då ingen vårdskada faktiskt har inträffat.





## 2. Tillförlitliga och säkra system och processer

Avvikelse rapport skrivs i PMO av medarbetare och blir då synlig för MLA och VC. Den som skriver en sådan händelse (skolsköterska, skolloped, skolläkare, skolpsykolog) gör en risk- och avvikelse rapportering enligt mallen som finns i PMO. Efter det tas avvikelsen omhand av MLA och VC som bedömer avvikelsen enligt rutin och framställda bedömningsunderlag. Det tas även beslut om det ska göras en anmälan till IVO eller Lex Maria, allt utifrån risken och avvikelse art.



## 3. Säker vård här och nu

För att identifiera risker inom verksamheten, finns tydliga och uppdaterade riktlinjer och rutiner för risk- och avvikelse rapportering både internt och externt. En förutsättning för en god och säker vård är att rutiner och riktlinjer är lätt tillgängliga för de som arbetar i dem.



### 3.1 Riskhantering

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

Risicanalys ska genomföras av vårdgivaren och detta innebär att fortlöpande bedöma, om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa, som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och att identifiera händelser som skulle kunna göra att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs enligt lag, föreskrift och beslut.

Rapporterade händelser, risker, klagomål och avvikelser ska tas tillvara och ses som en tillgång i patientsäkerhetsarbetet. Rutiner för hur detta arbete genomförs ska finnas. För att säkra vården ska verksamhetschef fortlöpande även genomföra så kallade risicanalys. Det handlar om att bedöma risken för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Rutin finns och har implementerats under 2025. En risicanalys har genomförts av EMI med fokus på bemanning, både grundbemanning och vid vakans vilken mynnade ut i flertal stora risker som behöver åtgärdas under 2026.

## 4. Stärka analys, lärande och utveckling

Det finns rutiner för hur verksamhetschef dokumenterar, utreder eller följer upp rapporterade händelser.

Att arbeta med patientsäkerhetskulturen i det dagliga arbetet är en viktig del för att nå en god säkerhet för våra patienter. Detta är ett utvecklingsområde då även om det rapporteras avvikelser i viss mån så finns det mycket mer att göra. Att implementera mer övergripande rutiner som belyser vikten av att ständigt reflektera och analysera i förhållande till patientsäkerhet är nästa steg för en än bättre säkerhetskultur i kommunens EMI och EPI. I dagsläget arbetar vi inte med något verktyg, som t.ex säkerhetskultur trappan från SKR för att skapa förutsättning för dialog kring patientsäkerhetskulturen i verksamheten.



### 4.1. Avvikelser

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



Under 2025 utreddes 18 händelser. Antalet avvikelser är likställt jämfört med år 2024. De avvikelser har inte lett till någon allvarlig vårdskada. Rutiner och riktlinjer har aktualiserats, upprättats och/eller reviderats kontinuerligt varefter avvikelserna kommit in. Fyra avvikelser bedöms vara av betydande karaktär och samtliga var en produkt av en längre vakans hos skolsköterska. Riskbedömning har utförts på dessa vilken indikerar behov av tydligare rutiner vid vakanser och en ökad grundbemanning för EMI. Detta är förmedlat och man ser över åtgärder.

Avvikelse kategori	Avvikande aktivitet	Antal	Varav betydande/katastrofala	Åtgärder	Effekt	Slutsats
Organisation	Avstannat arbete inom EMI r/t vakans	4	4	Behov av tydlig rutin vid vakans och behov av vikarie. Rekrytera och tillsätta personal för att arbeta ikapp.	Ingen effekt av åtgärden syns ännu då det inte är åtgärdat.	För att arbetet inom EMI inte ska avstanna vid vakans så behövs rutin för vakans och åtgärder sätts in efter ca 2 veckor. Grundbemanningen behöver ses över för att skolsköterskor ska få en hållbar arbetsmiljö
Processer, rutiner och riktlinjer	Avvikande journal/dokumentations hantering	4	0	Rutiner finns och aktualiseras.	Minimera risken när rutiner följs	Risken för avvikelser minimeras om rutiner är tydliga och följs.
Processer, rutiner och riktlinjer	Missad åtgärd	4	0	Rutin som finns upprättad följs varav denna händelse upptäcks	-	Nya rutiner efterlevs och har effekt.
Sekretess	Dokumentskåp stått upplåst	3	0	Påminnelse om att låsa skåp.	Hade krävts mer åtgärder så som dokumentskåp i varje rum.	Den mänskliga faktorn gör det svårt att utesluta risk för upprepning. Dokumentskåp i vardera rum hade ökat säkerheten
Sekretess	Sekretessinformation har blivit exponerat	2	0	Ta bort behörighet att ha tillgång till alla akter	Minimerar risken att journal blir fel inläst	Att bara ha tillgång till de akter som är aktuella gör att

	för obehörig personal			även för systemadministratör		journaler inte kan läsas in fel.
Samverkan	Samverkan externt som medfört risk för vårdskada	1	0	Avvikelse skrivna och skickade till berörd organisation	-	-

## 4.2. Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter hanteras i enlighet med övrig verksamhet i Bollebygds kommun. Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet är en central del av patientsäkerhetsarbetet. Med klagomål avses att patient, närstående, annan myndighet eller vårdgivare klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Information om hur man går tillväga för att lämna klagomål och synpunkter finns på Bollebygds kommuns hemsida. I de fall dessa synpunkter eller klagomål gällande elevhälsan ansvarar verksamhetschef för utredning, återkoppling och analys.

Under 2025 har inga synpunkter eller klagomål inkommit kring vården inom EMI och EPI. Här kan man diskutera anledningen till att inga klagomål eller synpunkter inkommit, det kan t.ex bero på att patienter och vårdnadshavare vänder sig direkt till rektor/skolsköterska/skolpsykolog och att det där tas omhand enligt skolans egna rutiner. Det kan också bero på att patienter och vårdnadshavare inte vet att eller hur de kan framföra klagomål eller synpunkter.

## 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. För att minimera risken att patienter och vårdnadshavare ska utsättas för vårdskada, arbetar gruppen aktivt och löpande med att revidera och uppdatera ledningssystemet på Driven.



I kommunen finns en process för risk och konsekvensanalys, utbildningsförvaltningen har ingen egen.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Resultat och analys av patientsäkerhetsarbete under 2025 syftar till att identifiera eventuella brister eller utvecklingsområden i verksamheten. Inför 2026 står elevhälsans medicinska insats inför faktumet att en stor del av basprogrammet och vaccinationsprogrammet på Bollebygdskolan 7-9 inte är genomfört och att tjänstgöringsgraden för skolsköterskor är för låg för att utföra uppdraget med kvalitet. Vi står också inför en implementeringsprocess av dokumentationssystem som kommer innebära mycket engagemang och tid. Baserat på 2025 års patientsäkerhetsarbete så har följande mål upprättats för år 2026.

### Övergripande mål

- Att säkerställa kvalitet och en god och säker vård som bedrivs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen

	Delmål	Strategier	Planerade åtgärder och aktiviteter	Planerad egenkontroll
1.	Att hälso- och sjukvårdspersonal har relevant och uppdaterad kompetens samt personalresurser för att kunna tillhandahålla god och säker vård.	-Kartlägga kompetensbehov och planera för kompetensutveckling -Tillräcklig och hållbar bemanning	-Handledning -Fortbildning inom sekretess -Tillsätta PLA -Uppfylla rekommenderad bemanningsnivå -Ta fram, fastställa och implementera rutiner vid frånvaro	-Röda tråden samtal med VC -Har psykologiskt ledningsansvar delegerats? -Skolsköterska 400 elever/heltidstjänst -Skolläkare 4000/heltidstjänst -Skolpsykolog 500 elever/heltidstjänst -Utvärdera implementeringen av rutin
2.	Systematisering av arbetet inom HSL som bedrivs i utbildningsförvaltningen	-Tydlig egenkontrollplan, kartlägga och systematisera arbetet för psykolog -Systematisering av informationshantering på enheterna	-Tillsätta PLA -Utveckla hur samtliga professioner arbetar inom EHT för ökad patientsäkerhet och sammanhållen dokumentation -Implementering av nytt dokumentationssystem	-Har psykologiskt ledningsansvar delegerats? -Utvärdera implementering av nytt dokumentsystem och EHT arbete
3.	Ändamålsenliga och tillgängliga lokaler	-Lokaler som uppfyller kraven på tillgänglighet, säkerhet och kvalitet.	-Kartlägga behovet på samtliga enheter tillsammans med ansvarig rektor -Se över möjligheten att åtgärda på kort och lång sikt.	-Följa upp kartläggning och åtgärder