



Ledningssystem för elevhälsans medicinska insatser

Verksamheter som omfattas av planen
Frivilliga skolformer i Hylte kommun

Kultur- och folkhälsonämnden

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Definitioner	2
Verksamhet	2
Syfte	3
Ansvarsfördelning	4
Kompetens	7
Processer och rutiner	8
Samverkan	9
Sekretess	10
Olika sekretessformer	10
Systematiskt förbättringsarbete	11
Klagomål och synpunkter	14
Avvikelser	14
Ansvarsfördelning i det systematiska förbättringsarbetet	15
Anmälan enligt Lex Maria	16
Informationssäkerhet och dokumentation	16
Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse	18
Informationssäkerhetsberättelse	18
Revidering och uppdatering av ledningssystem	19
Styrdokument och vägledande dokument för ledningssystemet	19

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) ställs krav på att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Detta kompletteras av "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9) där det framgår att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska innefatta:

- Tydlig ansvarsfördelning
- Dokumenterade processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar
- Rutiner för uppföljning

Definitioner

Begrepp	Förklaring
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.
Hälso- och sjukvård	Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
Hälso- och sjukvårdspersonal	Den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård biträder en legitimerad yrkesutövare (1 kap. 4§ PSL)
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada.
Ledningssystem	System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
Process	Serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett Resultat.
Kvalitet	Att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård.
Egenkontroll	Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
Allvarlig vårdskada	Vårdskada som: 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.
Anmälningsskyldighet enl. lex Maria	Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vårdgivarna ska genomföra en utredning av den aktuella händelsen.
Avvikelse	En händelse som medfört eller kunnat medföra något oönskat.
Remiss	Handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.
EMI	Elevhälsans medicinska insats.
EPI	Elevhälsans psykologiska insats.

Verksamhet

Verksamhet som avses i detta ledningssystem är den hälso- och sjukvård som bedrivs av elevhälsan inom frivilliga skolformer i Hylte kommun. Den hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas är:

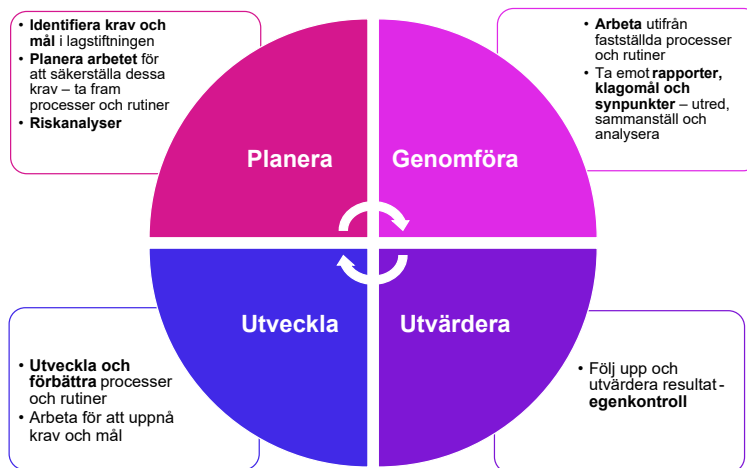
- Elevhälsans medicinska insats (EMI), skolsköterska och skolläkare
- Elevhälsans psykologiska insats (EPI), skolpsykolog

Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. All verksamhet som skolsköterskor och skolläkare bedriver är hälso- och sjukvård. Gällande psykologers arbete i elevhälsan är utredning av sjukdom och funktionsnedsättning, samtalskontakter samt remisser till annan hälso- och sjukvård att betrakta som hälso- och sjukvård. (Vägledning för elevhälsan, 2016)

Syfte

Syftet med ledningssystemet är att möjliggöra systematisk och fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamhet enligt HSL ska med hjälp av ledningssystemet:

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten



Ledningssystemet beskrivet som en cyklisk process ur Vägledning för elevhälsan.

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten mot att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

Ansvarsfördelning

Vårdgivare

Kultur- och Folkhälsonämnden (KFN) är vårdgivare för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs inom EMI i Hylte kommuns frivilliga skolformer. Vårdgivarens roll har sin utgångspunkt i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) och Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659). Vårdgivaren ska säkerställa att:

- Verksamheten planeras, leds och kontrolleras på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) upprätthålls. God vård innebär enligt HSL att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lättillgänglig.
- Det finns en verksamhetschef som ansvarar för elevhälsans hälso- och sjukvårdsverksamhet.
- Anmäla verksamhetschef enligt HSL och anmälningsansvarig enligt 3 kap 5§ PSL (Lex Maria) till vårdgivarregistret hos IVO.
- Det finns personal, lokaler och utrustning som behövs för att bedriva god och säker vård.
- Det finns ett ledningssystem för verksamheten som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs enligt 3 kap. PSL
- De rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet finns och att fastställa dessa. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.
- Egenkontroll görs med den frekvens och i den omfattning som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.
- Fortlöpande uppföljning sker av risker för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, uppskatta sannolikheten för att händelse inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.
- Händelser i verksamheten som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utreds.
- Snarast anmäla till IVO om det finns skäligen anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.
- Identifiering finns av processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
- Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att se mönster och trender och eventuella avvikelser.
- Kvalitets- patientsäkerhetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år.

- Verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet.
- Obligatorisk patientskadeförsäkring enligt patientskadelagen (1996:799) finns.
- patienterna och deras närstående har möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef

Verksamhetschefens ansvar och uppgifter regleras i 28-30 §§ HSL, 4 kap 2 § i Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), SOSFS 1997:8 samt SOSFS 2008:14. HSL kräver att det inom all hälso- och sjukvård finns en verksamhetschef som svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret. Inom Kultur- och Folkhälsonämndens ansvarsområden för skolhälsovård har skolchefen uppdraget som verksamhetschef för elevhälsans medicinska insats.

Verksamhetschefen leder det systematiska förbättringsarbetet och fullgör vårdgivarens uppdrag i verksamheten. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap reglerar att verksamhetschefen

- Ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
- Får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om hen har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.
- Får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Utöver ovanstående ansvarar verksamhetschefen för att:

- Fullgöra anmälningsskyldigheten enligt 3 kap 5 § PSL (lex Maria).
- Snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten och att det finns rutiner för att utreda och anmäla.
- Ta fram ett ledningssystem för verksamheten som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet inom elevhälsan.
- Anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Teckna en obligatorisk patientförsäkring enligt patientskadelagen (1996:799).
- Upprätta årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse och redovisa verksamhetens resultat för Kultur- och Folkhälsonämnden.
- Fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamheten, samt vem eller vilka som får utfärda remisser.
- Tillse att alla medarbetare har rätt kompetens, får fortbildning samt ansvar och befogenheter för att kunna bedriva en vård av god kvalitet jämlikt Hälso- och sjukvårdslagen.
- Besluta om Kultur- och Folkhälsonämndens basprogram för EMI.

- Säkerställa kvaliteten i metodstöd för hälso- och sjukvårdspersonal.

För fullständig uppdragsbeskrivning se bilaga.

Medicinskt ledningsansvar

MLA ska vara specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssjuksköterska, hälso- och sjukvård för barn och ungdomar eller skolsköterska eller specialistläkare med inriktning mot allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller barnpsykiatri.

MLA arbetar utifrån fastställd uppdragsbeskrivning på skriftligt uppdrag av verksamhetschefen enligt HSL och fullgör enskilda ledningsuppgifter i enlighet med hälso- och sjukvårds-förordningen 4 kap 5 §. MLA ska stödja verksamhetschefen i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet, det vill säga med att genomföra beslutade uppföljningar och egenkontroller samt att hantera och bedöma risker och avvikelser.

MLA har ett uppdrag i att leda och stödja patientsäkerhetsarbetet när det gäller riskanalys, egenkontroll och avvikelser i verksamheten så att hög patientsäkerhet uppnås. MLA ska kontinuerligt samarbeta med verksamhetschefen och arbetar löpande med stöd till hälso- och sjukvårdspersonal inom EMI, rektor och verksamheten i övrigt.

MLA ansvarar för anmälan enligt 3 kap 5 § PSL (lex Maria)

MLA ska sammanställa ett underlag för patientsäkerhetsberättelsen till verksamhetschef.

För fullständig uppdragsbeskrivning se bilaga.

Psykologiskt ledningsansvar

PLA ska vara legitimerad psykolog och arbetar utifrån fastställd uppdragsbeskrivning på skriftligt uppdrag av verksamhetschefen enligt HSL och fullgör enskilda ledningsuppgifter i enlighet med hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap 5 §.

PLA ska stödja verksamhetschefen i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet, det vill säga med att genomföra beslutade uppföljningar och egenkontroller samt hantera och bedöma risker och avvikelser.

PLA ska kontinuerligt samarbeta med verksamhetschefen och stödja hälso- och sjukvårdspersonal inom EPI, rektor och verksamheten i övrigt. PLA ska sammanställa ett underlag för patientsäkerhetsberättelsen till verksamhetschef.

För fullständig uppdragsbeskrivning se bilaga.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter, enligt 6 kap § 1–2 PSL.

Enligt 6 kap 4 § PSL är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara väl förtrogna med den lagstiftning som reglerar verksamheten samt med verksamhetens styrdokument och rutiner samt delta i professionsmöten med MLA. De ska också samverka med hälso- och sjukvård, socialtjänst, myndigheter och andra aktörer för elevernas bästa.

Hälso- och sjukvårdspersonal har anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som far illa, enligt SOL 2001:453, 14 kap 1 §, och ska i frågor som berör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs enligt 6 kap 5 § PSL.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap PL (2014:821).

Hälso- och sjukvårdspersonal har anmälningsskyldighet vid misstanke om barn som far illa, enligt SOL 2001:453, 14 kap 1 §, och ska i frågor som berör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs enligt 6 kap 5 § PSL. Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården för en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap PL (2014:821).

Hälso- och sjukvårdspersonal ska tillämpa evidensbaserad praktik för beslut om insatser och åtgärder till enskilda elever och till grupper av elever. Det innebär att medvetet och systematiskt använda den bästa tillgängliga kunskapen tillsammans med den professionelles expertis samt att utgå från den berörda eleven.

Kompetens

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (SFS 2010:659). För att säkerställa hög patientsäkerhet krävs därför att skolsköterskor, skolläkare, psykologer har rätt kompetens.

Kompetenskrav skolsköterska

Skolsköterskan ska ha examen från specialistutbildning till distriktssköterska, barnsjuksköterska eller skolsköterska.

Kompetenskrav skolpsykolog

Legitimerad psykolog. Erfarenhet inom testmetodik, utredning, konsultation och handledning är önskvärt. Specialistkompetens inom pedagogisk psykologi är meriterande.

Kompetenskrav skolläkare

Skolläkaren ska ha specialistkompetens i barn- och ungdomsmedicin, allmänmedicin med barn- och ungdomskompetens eller barn- och ungdomspsykiatri eller skolhälsovård.

Kompetensutveckling

Verksamhetschefen ansvarar för generell fortbildning för anställd skolsköterska, skolläkare och psykolog i enlighet med ny kunskap och forskning som är relevant för arbetet inom verksamheten. Nyanställda ska erbjudas yrkesspecifik introduktion och mentorskap efter behov. En plan för individuell yrkesspecifik kompetensutveckling upprättas utifrån behov i samband med medarbetarsamtal.

Kompetenskrav vid anställning

Vid nyanställning ansvarar den chef som anställer för att utdrag ur belastningsregistret lämnas in samt att en noggrann kontroll görs av intyg som legitimation, utbildning och kurser. Yrkeslegitimationen ska kontrolleras med Socialstyrelsen, då det fysiska intyget inte förloras vid indragning av legitimationen. Den chef som anställer ansvarar för att de kompetenskrav som gäller är uppfyllda.

Processer och rutiner

Process

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt mål eller ett avsett resultat. Aktuella processer identifieras utifrån de krav och mål som ställs på verksamheten enligt lagar och författningar. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i elevhälsan ska vara delaktiga i arbetet med att identifiera processer och vilka aktiviteter som kan identifieras i varje process. Processerna ska ständigt utvecklas och förbättras (SOSFS 2011:9).

Rutin

Rutiner beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret är fördelat i verksamheten.

Metodstöd

I metodstödet för respektive profession finns rutiner för identifierade processer. Rutinerna ska vara väl beskrivna och lätta att förstå för nyanställda (SOSFS 2011:9).

Rutinerna ska vara väl förankrade inom respektive profession. Nya rutiner upprättas vid behov och samtliga rutiner revideras kontinuerligt. Metodstöden bidrar till en hälso- och sjukvårdsverksamhet med likvärdighet och hög kvalitet. Utveckling och kvalitetssäkring av metodstöden är en kontinuerlig process.



Identifierade processer för EMI

Identifierad process	Gäller för	Finns i	Uppföljningsansvar
Akut omhändertagande	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Avvikelse och Lex Maria	Skolsköterska/skolläkare	Ledningssystem och metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Basprogram och årshjul	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Blodsmitta och infektioner	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Dokumentation och journalhantering	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Generella ordinationer	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef

Hälsobesök	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Hörsel	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Kvinnlig könssympning	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Läkemedelshantering	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Medicinteknisk utrustning	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Nyanlända	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Remisshantering	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Ryggscreening	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Smittskydd och hygien	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Syn	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef
Vaccinationer	Skolsköterska/skolläkare	Metodstöd	MLA/Verksamhetschef

Identifierade processer för EPI

Identifierad process	Gäller för	Finns i	Uppföljningsansvar
Dokumentation och journalhantering	Psykolog	Metodstöd	PLA/Verksamhetschef
Remisshantering	Psykolog	Metodstöd	PLA/Verksamhetschef
Utredning av inlärningssvårigheter	Psykolog	Metodstöd	PLA/Verksamhetschef

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 (2011:9).

Samverkan inom skolan

Skolsköterska, skolläkare och psykolog ska genom samverkan med rektor, elevhälsopersonal och skolans övriga personal arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att gemensamt verka för tidig upptäckt av hinder för lärande hälsa och utveckling. Skolsköterskor och psykolog deltar regelbundet på EHT-möten på skolenheterna.



Samverkan med andra

Skolsköterska, skolläkare och psykolog samverkar även med:

- Ev. vårdnadshavare
- Aktörer inom kommunen
- Andra vårdgivare
- Andra myndigheter

Sekretess

Sekretessen i offentlig verksamhet regleras i Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400). Sekretessen för professionerna inom elevhälsa och annan elevstödjande verksamhet regleras i olika delar av OSL.

Olika sekretessformer

Begrepp	Förklaring
Stark sekretess	Innebär att sekretess är huvudregeln. Sekretess gäller om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Kallas också omvänt skaderekvisit. Stark sekretess gäller för uppgifter om en elevs hälsotillstånd och andra personliga förhållanden inom hela elevhälsan: den medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatsen.
Svag sekretess	innebär att offentlighet är huvudregeln. Sekretess gäller då endast om det kan antas att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs. Kallas också rakt skaderekvisit. Svag sekretess gäller dels i särskild elevstödjande verksamhet i övrigt (till exempel när annan personal än elevhälsans ger stöd till eleven), dels för uppgifter som rör ärenden av disciplinär natur och uppgifter om avstängning av en elev från vidare studier. Detsamma gäller för uppgift om en enskilds identitet, adress och andra liknande uppgifter om en enskilds personliga förhållanden.

(Vägledning för elevhälsa 2016)

Elevhälsans medicinska insats (EMI)

För skolläkare och skolsköterskor gäller samma sekretessregler som för annan hälso- och sjukvårdspersonal, regleras i OSL 25 kap. 1 §. EMI är en egen verksamhet och det innebär att det finns en sekretessgräns mellan EMI och övrig elevhälsa samt annan elevstödjande verksamhet. Sekretessgränsen medför att EMI måste göra en sekretessprövning för att lämna ut uppgifter till elevhälsans övriga delar eller till annan personal inom skolan. Mellan skolläkare och skolsköterska gäller inre sekretess.

Lärare och övrig skolpersonal

Har offentlighet som huvudregel. Sekretess ska dock iakttas för känsliga uppgifter och bör betonas i överlämning av uppgifter från de yrkeskategorier som lyder under sekretess, även då samtycke är inhämtat från vårdnadshavare/elev. Beslut i elev- och disciplinärenden är alltid offentlig handling. Administrativ personal har samma sekretess som den personal de biträder inom skolan.

Sekretess gentemot vårdnadshavare

Enligt föräldrabalken har vårdnadshavare som regel rätt att få information om sitt barn ex. att läsa sitt barns journal, men med stigande ålder och mognad (från ca. 13 års ålder) bör barnet tillfrågas. Uppgifter ska dock inte lämnas till vårdnadshavare vid misstanke att barnet far illa eller om man har anledning att tro att den som har vårdnaden inte kan skydda barnet.

Försäkra dig om att personen är vårdnadshavare innan uppgift lämnas.

Sekretessbrytande bestämmelser*25:e kap. 13a§ OSL*

Innebär att uppgifter om en enskild elev får lämnas från EMI till annan elevhälsa eller en särskild elevstödande verksamhet om det krävs för att eleven ska få nödvändigt stöd. Bestämmelsen ska tillämpas restriktivt och i första hand ska samtycke från vårdnadshavare/elev inhämtas.

10:e kap. 27§ OSL

Innebär att elevhälsan och skolan (ej EMI) kan lämna sekretessbelagda uppgifter till en annan myndighet, om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen ska skydda. Denna möjlighet gäller också från elevhälsa och skola till EMI. Detta ska bedömas från fall till fall. Kallas också generalklausul.

14:e kap. 1§ SOL

De som omfattas av denna anmälningsskyldighet måste ge socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för att de ska kunna utreda ett barns behov av stöd och skydd. Uppgiftsskyldigheten till socialnämnden gäller även om någon annan har gjort anmälan eller om socialtjänsten har inlett en utredning på eget initiativ.

Uppgift till tillsynsmyndighet

Uppgift får lämnas till en myndighet som behöver informationen för att utöva tillsyn över den myndighet som lämnade uppgiften ex. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Se även Metodstöd för den egna professionen för specifika rutiner.

Systematiskt förbättringsarbete

Ett systematiskt förbättringsarbete ska ske fortlöpande i verksamheten. I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser, egenkontroll, och sammanställning av klagomål, synpunkter och avvikelser. Syftet med det systematiska förbättringsarbetet är att upprätthålla god kvalitet på verksamheten för att förhindra att vårdskador, missförhållanden och att avvikelser inträffar. Elevhälsan är även en del av det systematiska kvalitetsarbete som bedrivs på varje skolenhet inom huvudmannens ansvarsområde.

Alla delar i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Risikanalys

Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete för att kunna vidta åtgärder innan något har hänt. Sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas och en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Identifikation av risker

Varje medarbetare har ansvar för att rapportera risker som skulle kunna innebära en brist i kvalitet i arbetet. Rapportera skriftligt (e-post eller på papper) till medicinskt ledningsansvarig, ingen särskild blankett behövs.

Medicinskt ledningsansvarig ska minst en gång per verksamhetsår tillsammans med sina kollegor i sin yrkeskategori genomlys sin verksamhet och identifiera potentiella risker för bristande kvalitet i arbetet. De risker som identifieras ska värderas av medicinskt ledningsansvarig i samråd med verksamhetschef för att avgöra om en vidare riskanalys behöver göras.

Situationer när riskanalys kan vara befogad

- Iakttagelser av frekventa risker och mindre allvarliga avvikelser inom en process
- Skolsköterskor som upplever ett moment eller en situation som riskfylld
- När ny teknik ska implementeras
- Ny metod, ny utrustning eller annan typ av process ska introduceras
- Organisationsförändringar
- Tillbud eller negativa händelser som drabbat en annan vårdgivare och även skulle kunna hända hos oss
- Årlig riskanalys ska göras kring informationssäkerhet i enlighet med HSFL-FS 2016:40, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Analys av identifierad risk – generella steg

- Initiera analys
- Uppskatta riskens omfattning.
- Bedöm vilka negativa konsekvenser det skulle kunna få.
- Identifiera bakomliggande orsaker.
- Utarbeta en processbeskrivning med:
 - Syfte och mål
 - Vilken eller vilka processer som omfattas
 - Avser analysen befintlig process eller inför en förändring
 - Organisationsperspektiv – omfattas alla skolenheter eller endast vissa
 - Tidsperspektiv
 - Hur knyter analysen an till enhetens övriga förbättringsarbete
 - Hur arbetet med åtgärdsförslag ska tas fram och drivas vidare
- Utarbeta åtgärdsförslag och metod för uppföljning
- Slutrapport till verksamhetschef
- Beslut om åtgärder, uppföljning, tidplan för genomförande av åtgärder

Förbättrande åtgärder

Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att utifrån riskanalyserna påtala för verksamhetschef vilka förbättrande åtgärder eller förändringar i arbetsprocesser eller rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Åtgärder som inte kräver chefsbeslut kan genomföras omedelbart och rapporteras i efterhand.

Dokumentation

Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att dokumentera de risker som identifierats, de riskanalyser som genomförts, och vilka förbättrande åtgärder som genomförts. Förbättrande åtgärder kan t.ex. innebära revidering av rutin i metodstöd.

Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem (2 kap 1 § SOSFS 2011:9). Egenkontroll är en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål och syftet är att säkerställa god kvalitet, hög patientsäkerhet och kostnadseffektivitet.

I egenkontrollerna söker vi svar på:

- Vilka rutiner finns?
- Är rutinerna kända?
- Tillämpas rutinerna?
- Vad är resultatet av rutinerna?

Egenkontroll skolsköterska/skolläkare

Områden som granskas är:

- Lokaler och utrustning
- Resursfördelning inom EMI
- Läkemedelshantering (intern och extern)
- Medicintekniska produkter kalibreras enligt produktanvisning
- Att Skolhälsobesök erbjuds enligt skollagen och Skolverkets och Socialstyrelsens vägledning för elevhälsa.
- Att vaccinationer erbjuds enligt nationella barnvaccinationsprogrammet.

Resultatet redovisas i patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsberättelse.

Till hjälp i egenkontrollen finns ”Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insats”, framtagen av Svenska skolläkarföreningen och Riksföreningen för skolsköterskor.

Egenkontroll skolpsykolog

- Bevaka att psykologiska tester och screeningmaterial är av senast uppdaterade version och har uppdaterade normer. Detta sker genom att årsvis kontrollera hos testets/screening-materialets förlag, försäljningsställe eller konstruktör.
- Kontrollera att organisering och planering av utredningsarbetet i möjlig mån svarar mot skolorganisationens behov. Detta sker genom regelbundna avstämningar med respektive elevhälsoteam, där antal anmälda/efterfrågade utredningar och antal genomförda utredningar diskuteras. Vid avstämning utvärderas också i vilken mån utredningsresultat av elevhälsoteam och lärare/arbetslag uppfattats som användbart i planering av stöd och anpassningar för eleven.

Förbättrande åtgärder

MLA och PLA ansvarar för att utifrån egenkontrollen påtala för verksamhetschef vilka förbättrande åtgärder eller förändringar i arbetsprocesser eller rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Åtgärder som inte kräver chefsbeslut kan genomföras omedelbart och rapporteras i efterhand.

Dokumentation

MLA och PLA ansvarar för att dokumentera den egenkontroll som genomförts, och vilka förbättrande åtgärder som genomförts.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på verksamheten ska tas emot och utredas för att klargöra om det förekommit avvikelser i verksamheten, eller om det finns möjligheter att förbättra arbetsprocesser och rutiner. Klagomål och synpunkter kan komma från elever eller deras närstående, från personal inom den egna organisationen, från samverkanspartner eller från andra intressenter i samhället.

Varje medarbetare har ansvar för att ta emot klagomål och synpunkter och rapportera dessa till medicinskt ledningsansvarig. Rapportera skriftligt (e-post eller på papper) till medicinskt ledningsansvarig, ingen särskild blankett behövs.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter från personal och elever/vårdnadshavare tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att säkerställa kvaliteten. Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska processer och rutiner ses över så att de är ändamålsenliga och gör att kvaliteten säkras. Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att utreda rapporterade klagomål och synpunkter att vid behov samråda med verksamhetschef kring dessa.

Avvikelser

En avvikelse uppstår om en insats är felaktig, blir felaktigt utförd, fördröjs eller inte erbjuds alls. När hälso- och sjukvårdspersonal inte arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet är det att betrakta som en avvikelse.

Varje medarbetare har ansvar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamheten. Avvikelser registreras i verksamhetssystemet PMO och rapporteras till MLA och rektor.

Utredning och händelseanalys

Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att tillsammans med berörd personal utreda rapporterade avvikelser. Vid behov i samråd med verksamhetschef. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder. Åtgärderna ska göras med syfte att liknande händelser inte inträffar igen, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

(Om avvikelsen gäller enskild elev ansvarar den medarbetare som upptäcker avvikelsen i samråd med medicinskt ledningsansvarig för att patient och ev. vårdnadshavare informeras om händelsen, att de får ge sin upplevelse av händelsen samt uppmärksammas på möjligheten att själv kontakta patientnämnden. Dokumenteras i elevens journal).

Förbättrande åtgärder

När en avvikelse identifierats ska processer och rutiner ses över för att med stöd av dem säkra att inträffade avvikelser inte inträffar på nytt.

Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att utifrån utredningen av avvikelsen påtala för verksamhetschef vilka förbättrande åtgärder eller förändringar i arbetsprocesser eller rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Åtgärder som inte kräver chefsbeslut kan genomföras omedelbart och rapporteras i efterhand.

Om vårdskadan är allvarlig ska vårdgivaren snarast anmäla den till IVO enligt Lex Maria.

Dokumentation

Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för att dokumentera arbetet med utredning av avvikelser, inklusive vilka förbättrande åtgärder som genomförts och de övergripande analyser som görs.

Avvikelse kring enskild elev samt medicinskt ledningsansvarigs bedömning av avvikelsen ska dokumenteras i elevens journal. Rapporterade klagomål, synpunkter och avvikelser samt analys av dessa tillförs den årliga patientsäkerhetsbebyggelsen.

Ansvarsfördelning i det systematiska förbättringsarbetet

Verksamhetschefen ansvarar för att ledningssystem för verksamheten enligt SOSFS 2011:9 finns och är den som fattar beslut om förändringar i ledningssystemet.

Medicinskt ledningsansvarigs ansvar:

- Tillse att rutiner finns för kategorins identifierade processer i ledningssystemet och att dessa revideras kontinuerligt. Rutiner och processer ska finnas tillgängliga i metodstöd för kategorin.
- Bevaka att processer och rutiner i ledningssystemet upprätthålls och följs inom kategorin.
- Göra samtliga medarbetare delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet och tillsammans arbeta med utveckling av ledningssystemet.
- Genomföra egenkontroller
- Initiera riskanalys vid behov
- Dokumentera arbetet med riskanalys, egenkontroll, händelseanalys och förbättringsarbete.
- Ta emot, utreda och sammanställa synpunkter, klagomål och avvikelser samt att vid behov initiera översyn av processer och rutiner för att utveckla och säkerställa kvaliteten.
- Bevaka nya lagar, förordningar och nationella riktlinjer.
- Delta i möten för skolsköterskorna inom kommunens i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.
- I samverkan med verksamhetschef upprätta årlig patientsäkerhets-, kvalitets- och informationssäkerhetsberättelse.

Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar:

- Delta i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Vara väl insatt i och visa god följsamhet till kategorins rutiner och gällande lagstiftning.
- Utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Så långt som möjligt utforma vården i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt.
- Bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.
- Rapportera klagomål, synpunkter, risker och avvikelser enligt ledningssystemet.
- Rapportera risk för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar och ansvarar för att och hur man utför sina arbetsuppgifter.

Anmälan enligt Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal ska utan dröjsmål rapportera sådana händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41).

Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska (MLA) ansvarar för att anmälningar enligt Lex Maria görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Blankett finns på IVOs hemsida.

MLA rapporterar till verksamhetschef enligt HSL som rapporterar till vårdgivare. Patient och ev. vårdnadshavare ska informeras om anmälan enligt Lex Maria. Skolsköterska/skolläkare ger i samråd med medicinskt ledningsansvarig informationen samt dokumenterar i EMI-journalen.

Informationssäkerhet och dokumentation

Med informationssäkerhet avses skydd av informationstillgångar med syftet att upprätthålla nödvändig nivå gällande riktighet, tillgänglighet, konfidentialitet och spårbarhet.

Riktighet: att informationstillgångar inte förändras eller förstörs av misstag eller av obehörig.

Tillgänglighet: att informationstillgångar är tillgängliga för behöriga användare, i avsedd utsträckning.

Konfidentialitet: att informationstillgångar inte avslöjas eller blir tillgängliga för obehörig.

Spårbarhet: möjlighet att entydigt kunna härleda utförda aktiviteter i systemet till en identifierad användare.

All personal inom elevhälsan i Orust kommun dokumenterar i digitalt journalsystem, PMO. För systemet finns en systemadministratör, som tillika är systemadministratör för EMI.

Tillgång till journal:

- För nyanställd elevhälsopersonal skapar systemadministratörer nytt konto.
- Tillgång ges till professionens journal/akt och elevakt på den eller de enheter man arbetar på.
- Ny elevhälsopersonal utbildas generellt i systemet och i elevhälsans ärenden av systemadministratör.

Utbildning som specifikt gäller den egna professionens journal/akt ges av ansvarig inom professionen.

- Ny elevhälsopersonal informeras av chef om sekretessbestämmelser, informationssäkerhet och GDPR. Information ges även av systemadministratör vid utbildning i journalsystemet.

Dokumentation

- Elevhälsans medicinska professioner har dokumentationsplikt enligt HSL.
- Anteckningar i elevens journal ska göras i nära anslutning till vården/insatsen, helst samma dag. Endast i undantagsfall sparas minnesanteckningar för att införas senare.
- Anteckningarna ska vara objektiva och formulerade så att sekretess och integritet för den enskilde beaktas.
- Anteckningarna ska signeras direkt eller senast efter 14 dagar.
- Remiss (utgående remiss, bekräftelse och svar) hanteras enligt rutin i metodstöd.
- Ny elev – rutin finns i metodstöd för EMI.
- Elev som slutat – följ rutin i metodstöd.
- Elev med skyddad identitet markeras med skyddad identitet i PMO. Eleven måste sökas upp manuellt i systemet av systemadministratör.
- Aktivitet i systemet loggas och för EMI:s verksamhet gör MLA loggkontroller var tredje månad.
- PMO uppdateras automatiskt var sjätte vecka mot elevregistret.

Journalhantering

Kommunens strävan är att patientjournaler och akter ska vara sammanhållna för att kunna överföras digitalt i sin helhet. Dokument skannas in i journalen/akten, gallras och arkiveras i enlighet med kommunens dokumenthanteringsplan.

Se även metodstöd för den egna professionen för specifika rutiner

I händelse att journalsystemet ligger nere

- I det fall journalsystemet ligger nere och inte information gått ut om planerat driftstopp eller oväntat stopp kontaktas systemansvarig.

- Systemansvarig tar kontakt med systemleverantör.
- Inga vaccinationer får ges när tillgång till systemet saknas, tidigare anteckningar och ordinationer måste vara tillgängliga.
- Planerade hälsobesök och liknande kan genomföras. Tillfälliga minnesanteckningar skrivs på papper som förvaras i dokumentskåp tills uppgifterna kan föras in i journalen.
 - Kopia tas på ev. skriftlig information som elev/ ev. vårdnadshavare får hemskickat så att denna i efterhand kan skannas in i journalen. Eleven informeras om att man vid behov återkommer efter att exempelvis har lagt in tillväxt och jämfört med tidigare uppgifter.
- Vid spontanbesök kan åtgärder utföras som inte kräver att bakgrundsinformation i journalen finns tillgänglig. Minnesanteckningar och information hanteras som vid planerade besök, se ovan.
- Då journalsystemet åter är tillgängligt kontrolleras att inga planerade åtgärder på någon elev missats under driftsstoppet.
- När anteckningar som förts på papper förs in i systemet i efterhand är det varje användares ansvar att kontrollera om någon form av uppföljning eller annan kontakt med elev eller ev. vårdnadshavare behövs.

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Resultatet av det systematiska kvalitetsarbetet ska enligt patientsäkerhetslagen redovisas årligen i en patientsäkerhetsberättelse (PSL 2010:659). Berättelsen ska beskriva hur man under året arbetat för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och hur inkomna klagomål har och synpunkter, som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Det ska också framgå hur många händelser/avvikelser som utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Även en kvalitetsberättelse bör göras enligt socialstyrelsens allmänna råd till SOSFS 2011:9.

Informationssäkerhetsberättelse

Patientsäkerhetsberättelsen ska utöver vad som anges i patientsäkerhetslagen innehålla uppgifter om informationssäkerhet (Socialstyrelsens, HSLF-FS 2016:40 och HSLF-FS 2017:3).

Informationssäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av:

- De uppföljningar av informationssäkerheten som gjorts.
- De riskanalyser som gjorts gällande informationssäkerhet.
- De åtgärder som vidtagits för förbättring av informationssäkerheten.
- Den utvärdering som vårdgivaren genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem
- Den granskning som gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen innehållande informationssäkerhetsberättelse ska upprättas innan 1 mars varje år.

Revidering och uppdatering av ledningssystem

Ledningssystemet är ett levande dokument som fortlöpande behöver revideras och uppdateras utefter nya styrdokument, lagar och föreskrifter. Verksamhetschef enligt HSL samt medicinskt ledningsansvariga för EMI och EPI ansvarar för att se till att ledningssystemet hålls aktuellt och för att göra revideringar. För omfattande och större revideringar krävs nytt beslut av vårdgivare.

Styrdokument och vägledande dokument för ledningssystemet

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL
- Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) OSL
- Patientdatalagen (2008:355) PDL
- Patientlagen (2014:821)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL
- Skollagen (2010:800) SL
- Socialtjänstlagen (2014:821) SOL
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
- Vägledning för elevhälsan, 2016
- Kultur- och Folkhälsonämndens elevhälsoplan för frivilliga skolformer.