



Patientsäkerhetsberättelse Elevhälsans medicinska insats Danderyds kommun

2017

Datum 2018-02-10

Utfärdat av verksamhetschef Monika Jädersten

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	12
Sammanställning av avvikelserapporter	13

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Inledning

Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen skrivs enligt SKL mall för patientberättelse och ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Den beskriver hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år. Det kan till exempel handla om att de vårdrelaterade infektionerna har minskat, att vårdgivaren infört tekniska system för att få ned vårdskadorna, eller att insamlingen av data om vårdskador blivit effektivare med hjälp av nya rutiner.

Konkret innebär ett systematiskt patientsäkerhetsarbete:

- att arbeta långsiktigt och systematiskt med olika angreppssätt och metoder
- att det ska finnas en koppling mellan mål, strategier och valda angreppssätt och metoder

Vid ett långsiktigt arbete kan man i resultaten från lokala, regionala och nationella mätningar visa på att resultatens utveckling är en följd av tillämpning av valda angreppssätt och metoder.

Sammanfattning

Målet för 2017 var att fortsatt öka kunskapen om hur ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tidigt identifierar risker samt förebygger vårdskador.

Genom att tydliggöra processer kring patientsäkerhetsarbete blev personal mer medvetna om vikten av att medverka till upprättandet av rutiner och identifiera risker.

Då personalen arbetade mera systematiskt bidrog de till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser som avvikelser, frekvensen av avvikelserrapporteringar ökade som ett tecken på att detta.

Avvikelser som rapporterades analyserades och åtgärdades på olika nivåer och riktlinjer upprättades där det saknades sådana.

Ett fortlöpande övergripande mål är att kvaliteten och patientsäkerheten ständigt utvecklas. Med stöd av de centralt framtagna kvalitetsmåten för elevhälsans insats blir detta arbete mera systematiserat.

Därigenom kunde även områden som behövde utvecklas identifierades och lokala riktlinjer för hälsoarbetet och egenkontroller utvecklades.

För att ytterligare identifiera risker genomfördes egenkontroller och kollegial kontroll inom områdena journalhantering, dokumentation samt läkemedelshantering. Kontrollerna genomfördes enligt fastställda rutiner samt granskningar av journalloggar vilket medförde att ytterligare avvikelser identifierades och åtgärdades.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Målen är att:

- alla elever skall ha en likvärdig nivå gällande tillgänglighet och patientsäkerhet.
- bedriva en god och säker vård i enlighet med skollagen, hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt socialstyrelsens och folkhälsomyndighetens författningar.
- minska risker för vårdskador.
- öka kunskapen om hur ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tidigt identifierar risker samt förebygger vårdskador.

Strategier för att uppnå dessa mål är att jobba med riktlinjer och som en del i att kunna upprätta ett ledningssystem, där rutiner för patientsäkerhetsarbetet blir systematiserat. Det här leder till att vi kan:

- Tillgodose att den personal som arbetar i verksamheten har den kompetens och behörighet som krävs för att god vård kan bedrivas och som tidigt kan identifiera avvikelser och förebygga risker för att avvikelser uppstår.
- Utarbeta riktlinjer och rutiner och systematiskt implementera dessa i verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Danderyds kommun är vårdgivare, produktionsutskottet ansvarar för den skolverksamhet som bedrivs i kommunal regi och är vårdgivarens representant för EMI i kommunens skolor.

Vårdgivaren ansvarar enl HSL§29 för att utse en verksamhetschef som svarar för elevhälsans hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Verksamhetschef är Monika Jädersten och har i sitt uppdrag ansvar för att:

- Vara tillsynsmyndighet som elever, föräldrar och personal kan vända sig till när det gäller frågor om verksamheten.
- Upprätthålla, vidmakthålla och utveckla ett kvalitetssystem och ha det samlade ledningsansvaret.
- Säkerställa att sjuksköterskorna och skolläkaren i hälso- och sjukvårdsfrågor följer de regler och riktlinjer som finns.
- Riktlinjer finns för avvikelshantering.

Skolläkaren var anställd under produktionskontoret t.o.m 170903, i den nya organisationen BOF ligger anställningen under Lärstöd inom myndighet och stöd, Skolläkaren är ansvarig för Lex. Maria anmälningar.

Skolsköterskorna är anställda av rektor på respektive enhet.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har även själv ett yrkesansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (SFS 2010:659).

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av avvikelser och ev vårdskador sker kontinuerligt inom enheten. På varje möte finns en stående punkt för avvikelser, åtgärder och rutiner.

Identifikation av händelsen och beslut om hantering gör verksamhetschefen i samråd med skolläkaren, rektorer informeras vid behov.

Hanteringen sker alltid i samråd med involverad personal, elev/vårdnadshavare enligt Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens och IVOs föreskrifter och riktlinjer.

Utförandet av Lex Maria anmälan gör skolläkaren inom verksamheten. Återkoppling sker alltid med alla inblandade. Uppföljning och utvärdering av ärenden sker löpande med alla inblandade.

Åtgärder för förbättring beslutar verksamhetschef om i samråd med skolläkare samt genomför densamma med uppföljning och utvärdering med personal inom enheten.

Information till verksamhetschef för skola och förvaltningschef sker vid behov.

Verksamhetschefen och/eller systemadministratören utför loggkontroller i datasystemet 1 gång/månad.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Avvikelser och vårdskador rapporteras kontinuerligt via intern avvikelseblankett.

Avvikelserna går igenom på EMI-möten, analyseras och åtgärder sätts in samt riktlinjer upprättats om behov finns.

De lokala riktlinjerna granskas årligen i samarbete mellan verksamhetschefen och skolläkaren.

Rutiner utvecklas kontinuerligt utifrån förnyade vägledningsdokument, forskning och övriga behov.

Förändringar i lokala riktlinjer skickas ut digitalt till samtliga skolsköterskor och skolläkare varefter det följs upp muntligt på EMI-möte.

Egenkontroll av läkemedel och kylskåp sker enligt rutin ett antal gånger per termin och kollegial kontroll en gång per läsår.

Behörighetsloggar följs enligt rutiner i det digitala journalsystemet PMO. Skolsköterskor har regelbundna möten med fokus på att utveckla dokumentationen i PMO.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patientsäkerhetsarbetet genomförs kontinuerligt genom att identifiera behov samt se över, upprätta och utveckla våra lokala riktlinjer för hälsoarbetet och egenkontroller.

Genom att använda de centralt framtagna kvalitetsmåten för elevhälsans medicinska insats samt uppkomna behov har vi identifierat områden som behöver utvecklas.

Identifierade utvecklingsområden:

Medicinsk studie och yrkesvägledning

Avvikelsehantering

Rutiner för mottagande av nyanlända

Egenvård i skolan

Dokumentation

Hälsoenkäter

Likvärdig bedömning av elever med behov av remiss för neuropsykiatrisk utredning

Hälsofrämjande arbete

Kvalitetsrapport

Uppföljningar

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan sker tvärprofessionellt på varje skola via elevhälsoteamen, via EMI-möten en gång per månad samt rektorsmöten.

Extern samverkan sker via BUS-samverkansgruppen där deltagare från bland annat BUP, BHV, BUMM, Socialtjänsten och representanter från

myndighet och stöd ingår.

Övrig samverkan sker med enskilda aktörer utifrån behov. Under året förlöpte arbetet med att hitta bra samverkansformer med första linjen psykiatri, BHV, BUP, socialtjänsten och BUMM.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Alla medarbetare gör en avvikelserapport när man bedömer att det finns risk för vårdskada, detta leder till att vi kan införa tydligare rutiner för att förebygga framtida skador.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Negativa händelser rapporteras som avvikelser och anmäls till verksamhetschefen.

Händelserna analyseras och bedöms utifrån eventuell risk för vårdskada, allvarlighetsgrad i händelsen samt risken för att händelsen ska ske igen.

Beslut om hantering gör verksamhetschefen i samråd med skolläkaren, rektorer informeras vid behov.

Åtgärder för förbättring beslutar verksamhetschef om i samråd med skolläkare samt genomför densamma med uppföljning och utvärdering med personal inom enheten.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål rapporteras direkt till respektive enhet alternativt till verksamhetschefen. Vid klagomål upprättas en avvikelserapport.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Under föregående läsår ökade avvikelsefrekvensen kraftigt då fokus lagts på att öka rapporteringen som en del i att förbättra patientsäkerhetsarbetet. Totalt inkom 48 avvikelser som skett inom egen regi och 37 avvikelser uppmärksammades vid utökad journalgranskning. Flertalet rörde hälsokontroller som inte genomförts, kontrollelever som ej följts upp samt vaccinationer, sammanställning av avvikelser sid 12.

Där det inte funnits tydliga riktlinjer upprättades det.

Ingen Lex. Maria anmälan gjordes under 2017

Samverkan med elever och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Skolsköterskor och skolläkare strävar alltid efter ett samarbete med vårdnadshavarna. Utifrån elevens ålder och mognad involveras alltid eleven.

Vid skolstart i grundskolan, gymnasiet åk 1 samt till nyinskrivna elever lämnas skriftligen information om EMI:s kontaktuppgifter till vårdnadshavare/elever.

Inför vaccinering inhämtas skriftligt godkännande från vårdnadshavarna antingen muntligt om vårdnadshavare närvarar vid vaccineringen.

Elever som fyllt 16 år som själv får bedöma om hen önskar vaccineras då det vid denna ålder skall tas hänsyn till barnets vilja utifrån 6 kap. 11 § föräldrabalken (1949:381).

Inför hälsobesöken i förskoleklass, åk 4 och åk 7/8 lämnas information ut samt hälsoblankett inhämtas.

Vid sjukdom, skada eller symtom strävar skolsköterskan efter att lämna information utifrån ålder och mognad till eleven och kontaktar vårdnadshavare vid behov.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål:

Likvärdig nivå gällande tillgänglighet och patientsäkerhet

Resultat:

Tydligare riktlinjer på gymnasiet kring skolsköterskornas grunduppdrag för att öka patientsäkerheten och tillgängligheten.

Tydligare riktlinjer upprättades för att säkerhetsställa att alla elever erbjudits hälsokontroller och att de som uteblivit följdes upp.

Mål:

Öka kunskapen om hur ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tidigt identifierar risker samt förebygger vårdskador.

Resultat:

Verksamheten har ökat avvikelserapporteringen, identifierat utvecklingsområden och genomfört tydligare riktlinjer inom vissa områden samt påbörjat arbetet med tydliga riktlinjer inom andra områden.

Mål:

Identifiera riskområden med hjälp av de centralt framtagna kvalitetsmåten för elevhälsans medicinska insats.

Resultat:

Identifierat områden där riktlinjer tagits fram, dessa områden är bland annat basalhygien, rutiner för riskavfall och hantering av teknisk utrustning.

Mål:

Rutiner för mottagande av nyanlända.

Resultat:

Rutinerna har utvecklats då EMI inte alltid fick kännedom om nyanlända elever och risken för att eventuella smittsamma sjukdomar ej uppmärksammats var stor.

Rutinerna är framtagna och implementerade i samarbete med kommunens mottagningsenhet.

Mål:

Öka avvikelserapportering.

Resultat:

Verksamheten arbetade aktivt med avvikelshantering för att identifiera och åtgärda eventuella risker. Vid varje gemensamt möte togs inkomna avvikelserapporter upp till diskussion i gruppen. Genomgång av gällande regler och rutiner samt rutinförändringar skedde kontinuerligt.

Mål:

Utveckla den lokala metodboken samt att implementera förändringar i verksamheten.

Resultat:

Alla förändringar i riktlinjerna mejlades ut till samtliga medarbetare samt granskades och diskuterades muntligt på EMI-möten.

Metodboken utvecklades inom flera områden däribland rutiner vid vaccinering, egenkontroll, uppföljning av kontrollelever, journalhantering, doku-

mentation och kontroll av väntelista.

Mål:

Vägledningsdokument för Medicinsk studie och yrkesvägledning

Resultat:

Ett arbete påbörjades i samverkan med SYV för att utveckla lokala riktlinjer när det gäller elever med behov av medicinsk studie och yrkesvägledning.

Mål:

Upprätta lokala riktlinjer för Egenvård i skolan.

Resultat:

Arbetet med att få tydlighet i ansvaret och god dokumentation för elever med behov av egenvård påbörjades.

Mål:

Likvärdig Dokumentation.

Resultat:

Arbetet påbörjades med att ta fram tydliga riktlinjer för dokumentation för att kunna användas i kvalitets och utvecklingsarbetet.

Arbete med att ta fram en mall för kvalitetsrapport påbörjades. Rapporten möjliggör att statistik över hälsodata, hälsobesök, vaccinationer och övriga åtgärder kan återföras till rektorer för att öka kvaliteten och patientsäkerheten.

Mål:

Införa digitala hälsoenkäter.

Resultat:

Införda hösten 17.

Mål:

Kartlägga om alla elever får en likvärdig bedömning samt möjlighet till remittering för neuropsykiatrisk utredning.

Resultat:

Sammanställning av parametrar för elever som remitteras för neuropsykiatrisk utredning för att möjliggöra jämförelser över tid och mellan områden har påbörjats. För tidigt att dra några slutsatser men arbetet fortskrider.

Utbildning:

Målet är att alla skolsköterskor, skolläkaren och verksamhetschefen för EMI skall få möjlighet att gå på de yrkesspecifika kompetensdagarna. Under föregående år var verksamhetschefen på ledningsdagarna och skolläkaren på skolläkardagarna. Ingen av skolsköterskorna gick på skolsköterskedagarna då dessa blev fulltecknade. Samtlig EMI-personal var dock på olika utbildningar utifrån behov.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi behöver kontinuerligt identifiera, utveckla och utvärdera vårt arbete för att tidigt identifiera risker i verksamheten.

För att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete behöver ett ledningssystem upprättas vilket ger en struktur för att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.

Målet för 2018 är att genomföra ett mera strukturerat patientsäkerhetsarbete. För att nå dit planeras följande åtgärder att genomföras:

Upprätta ett ledningssystem som möjliggör att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

Kontinuerlig förnya metodboken utifrån nationella riktlinjer och lokala behov.

Fortsätta med det systematiska kvalitetsarbetet med hjälp av kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insats.

Fortsätta säkerhetsställa att alla har den kompetens och får den fortbildning som behövs för att bedriva god och säker vård.

Upprätta system för egenkontroll av enheternas basprogram, kvalitetssäkring samt utbildningsbehov.

Fortsätta att utveckla områdena:

Medicinsk studie och yrkesvägledning

Dokumentation

Rutiner för avvikelshantering, riskanalys och händelseanalys.

Egenvård i skolan

Likvärdig bedömning av utredningsbehov vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Sammanställning av avvikelserapporter

Avvikelse	Orsak	Åtgärd
Hälsobesök		
26 elever som inte erbjudits hälsobesök enligt gällande rutiner. Enstaka elever upptäcktes vid den systematiska journalgranskningen. Vidgad granskning utfördes enligt rutin.	Skolsköterskorna har ej haft tydliga rutiner för att följa upp elever som varit sjuka eller uteblivit vid klasskontrollen. Ej följt rutiner och/eller ej dokumenterat i journalen.	Skolsköterska och rektor uppmärksammades på detta. Skolsköterska uppmanas att gå igenom journalerna och erbjuda hälsokontroll enligt rutiner. Uppföljning maj -18.
14 elever som vid genomgång av journaler i åk 1 gy ej genomfört hälsokontroll i högstadiet.	Uteblivit från hälsobesök. Rutiner för uppföljning vid uteblivet besök saknades vid tidpunkten när eleverna gick i åk 8.	Rutiner för detta har upprättats. Samtliga elever kallas till skolsköterska för uppföljning.
4 klasser på gymnasiet har erbjudits hälsosamtal men dokumentation kring åtgärder/uppföljning saknas.	Ej dokumenterat skyndsamt i datajournal enligt gällande lagstiftning. Innan dokumentation hann genomföras blev skolsköterska långtidssjukskriven.	Tydligare rutiner och riktlinjer för dokumentation har tagits fram. Rutiner för hälsobesök har förändras för att undvika liknande händelse. Elever som inte erbjudits kontroll i åk 1 erbjuds kontroll i åk 2.
3 elever saknar dokumentation om hälsobesök.	Skolsköterskorna har ej haft tydliga rutiner för att följa upp elever som varit sjuka eller uteblivit vid klasskontrollen.	Rutiner upprättade för att detta inte ska ske. Alla elever som inte genomfört klasskontrollen skall sättas upp på väntelista och orsak skall dokumenteras i journal. Eleverna har erbjudits hälsokontroll.
Saknar information i journalen om menarche på elever som går på gymnasiet.	Har ej efterfrågats eller dokumenterats. Lokala rutiner för detta har ej funnits	Upprättat nya rutiner.

Kontrollelever		
13 elever som bedömts vara kontrollelever pga av avvikelser vid hälsokontroll har ej följts upp.	10 av eleverna har inte satts upp på väntelista enligt gällande rutin. 2 elever var uppsatta på VL men ej åtgärdad och eleverna har slutat på skolan.	Uppmärksammat detta på EMI-möte och påmint om att skolsköterska/skolläkare har ett eget yrkesansvar att följa riktlinjerna. Tydliggöra att alla elever ska sättas på väntelista om något avviker. Detta är av stor vikt för patientsäkerheten och blir extra sårbart då personal slutar eller blir sjuk. Riktlinjer kring genomgång av väntelista behöver upprättas.
Vaccination		
8 vaccinationer i åk 8 som ej genomförts är inte uppsatta på väntelista. 2 elever tackat nej till vaccination men ej sattes upp på väntelista enl gällande rutin.	Skolsköterskorna har ej haft tydliga rutiner för att följa upp elever som varit sjuka eller uteblivit vid vaccinationen och ej heller följt rutiner.	Skolsköterska och rektor har uppmärksammat på detta. Skolsköterska uppmanas att gå igenom journalerna och erbjuda vaccinationer enligt rutiner. Uppföljning maj -18.
Elev i åk 6 saknade dos 2 av MPR-vaccin som skulle ha givits tidigare. Uppmärksammades vid genomgång av journal inför stadiumbyte.	Ej uppmärksammat vid skolbyte.	Kontakt med vårdnadshavare och erbjuden vaccination. Tydligare rutiner redan framtagna för att minska risken för detta.
Saknar dokumentation på om eleven fått MPR i förskoleklass. Upptäcks vid genomgång av journal vid stadiumbyte.	Oklart om vaccinet ej givits eller ej dokumenterats.	Rutiner upprättade för att säkerställa att det inte ska ske. Vårdnadshavare informerad och eftersöker information hos vaccinationsregistret.
DiTeki booster vaccin ej givits trots att tillstånd för vaccin finns.	Oklart, ej dokumenterat orsak till att vaccinet inte getts. Ej uppsatt på väntelista.	Rutiner upprättade för detta och eleven erbjuds vaccin.
Elev angetts som fullvaccinerad i åk 6 trots att dokumentation om DTP-Polio saknas i journalen.	Oklar dokumentation ifall information framkommit att eleven fått detta vaccin.	Noggrannare vid genomgång av vaccinationer. Tidigare information om vaccinationer scannas in i journalen. Rutin upprättad.

Felaktiga vaccinationsuppgifter överförda från pappersjournal till datajournal.	Fel datum inskriva vid manuell överföring.	Tidigare vaccinationsuppgifter skannas in, rutiner upprättade.
Dokumentation		
Oklar dokumentation som kunde medfört att svår situation för elev ej följdes upp.	Otydliga riktlinjer kring dokumentation.	Elev följdes upp. Riktlinjer för dokumentation utvecklas.
Administration		
Remissvar ej inkommit.	Remissbekräftelse ej uppföljd enligt rutin pga av arbetsbelastning.	Möte med rektor ang arbetsbelastning.
Saknar dokumentation inkommit remissvar.	Ej dokumenterat enligt rutin.	Uppföljning av remissvar och kontakt med vårdnadshavare. Rutin finns.
6 journaler har försvunnit i internposten.		Kontakt med internposten.
Journal ej rekviderad, inga undersökningar eller skolläkartider bokade.	Otydliga rutiner på skolan när ny elev börjar. Otydliga rutiner för att säkerhetsställa att alla journaler inkommit.	Upprätta rutiner för rekvisition av journaler. Upprätta lokala riktlinjer för varje skola kring information om ny elev.
Tidigare journal saknas på elev som gått på skolan i 2 år.	Otydliga rutiner för att säkerhetsställa att alla journaler inkommit.	Upprätta rutiner för rekvisition av journaler.
Obehörig har öppnat post till EMI		Information till rektorer ang lokala rutiner för detta.
Vid utsättning av tidigare observation hamnar dokumentationen på en tidigare anteckning.	Inställning i journalsystemet.	Anmält till leverantören
Namn på personen som dokumenterat byttes ut vid export av journal.	Ej uppdaterat journalsystem.	Upprättat rutiner för uppdatering av journalsystemet.

Externa avvikelser:

42 avvikelser har uppmärksamats som skett hos annan vårdgivare. I samtliga fall har tidigare vårdgivare informerats.

Avvikelserna som uppmärksamats har framför allt rört vaccinationer, brits på dokumentation och kontrollelever som inte följts upp.

På alla elever man uppmärksammat har avvikelserna följts upp.