



STIFTELSEN
VIDARKLINIKEN

Stiftelsen Vidarkliniken

Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-18

Eva-Lisa Olsson, Verksamhetschef

Maria Norberg, Vårdcentralschef

Gunvor Lunde, Medicinskt ansvarig läkare

Linn Rönne, Samordnare kvalitets- och miljöledningssystem

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund och kompetens	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits, samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	11
Uppföljning genom egenkontroll.....	15
Samverkan för att förebygga vårdskador	17
Risikanalys	18
Informationssäkerhet	19
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	20
Hantering av klagomål och synpunkter.....	22
Samverkan med patienter och närstående	23
Sammanställning och analys.....	23
Resultat.....	25
Övergripande mål och strategier för kommande år	26

Sammanfattning

Under verksamhetsåret 2018 har Stiftelsen Vidarkliniken fortsatt satsa på att utveckla kvalitetsledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 för att få det levande och väl förankrat i det dagliga arbetet i verksamheten som innefattar både Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral.

Ett arbetssätt med ökad systematik i uppföljning av enheternas vårdkvalitet inklusive utveckling av egenkontroller samt efterlevnad av rutiner har haft högsta prioritet under året. Så även fokus på arbetsmiljö och bemanning med högsta personalkontinuitet då god arbetsmiljö och hög patientsäkerhet hör ihop.

Säkerställan av kvalitet handlar också om att avvikelser görs när efterlevnad av rutin inte följts. Medarbetarnas attityder och förhållningssätt vad gäller avvikelshanteringen har haft fokus i utvecklingsarbetet även 2018.

Från januari har den nya lagen om klagomålshantering - rutin togs fram redan december 2017- inträtt och implementeringen av denna rutin har fungerat väl. Skyndsamt och god hantering av både muntliga och skriftliga klagomål har genomförts. Patientnämnden har lämnat rapport om noll aktualiserade ärenden från Vidar Rehab och ett aktualiserat ärende hos Vidar Vårdcentral. Inga ärenden har aktualiserats via Inspektionen för vård och omsorg.

Organisationen har genomlysts vad gäller ansvar och befogenheter i samband med förändringar i verksamheten pga ändrade avtal. Organisationsförstärkning - tre interna personuppgiftsombud samt ett dataskyddsombud - gjordes utifrån anpassningar till GDPR som föregicks av kartläggning och identifiering av samtliga interna processer. Juristen som var ansvarig för kartläggningen är nu stiftelsens dataskyddsombud. Hon har lämnat rapport till styrelsen om arbetet för 2018 samt arbetsplan för 2019.

Utbildningsåtgärder framförallt inom Famnas e-Hälsoprojekt med syfte att höja medarbetarnas och därmed verksamhetens digitala kompetens har fortsatt under hela 2018. Slutrapport med utvärdering presenterades under hösten.

Inom Vidar Vårdcentral har under året en äldremottagning startat och satsningar gjorts på det psykosociala teamet både vad gäller personalförstärkning och arbetssätt som inkluderar interna remisshanteringen. Planerade satsningar vad gäller telefontillgängligheten på Vidar vårdcentral har medfört utbildningsåtgärder gällande vårdnivågruppering samt triagering där målet bl a är höjd kompetens för mottagningsjuksköterskor samt att medicinskt ansvarig läkare finns som stöd i mottagningsbedömningar. Medicinskt ansvarig läkare har också skrivit PM/rutin för triageringsgränsdragningen för sjuksköterskor i telefon. Även 2018 redovisar Vidar vårdcentral låg antibiotikaförskrivning i Södertälje kommun och uppfyller de av STRAMA uppsatta målen, samt är bland de bästa vad gäller bemötande, enligt patientenkäter från SLL.

Bakgrund och kompetens

Styrelsen för Stiftelsen Vidarkliniken har som vårdgivare ansvar för verksamhetens ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 via verksamhetschefen som regelbundet lämnar såväl muntliga som skriftliga rapporter till styrelsen. Ett tydligt ledningssystem med optimal efterlevnad hos samtliga medarbetare säkerställer god och patientnära/patientsäker vård.

Prioriterat under 2018 har fortsatt vara en ökad internkommunikation samt att ett bottom-up perspektiv ska genomsyra ledningssystemet. Medarbetarnas delaktighet i framtagande av skriftliga rutiner och policys och snar återkoppling på de avvikelser som skrivs ger resultat till övergripande mål. Under 2018 har delaktigheten också inkluderat satsningar som gjorts inom informationssäkerhetsarbetet och anpassningar till den nya EU förordningen General Data Protection Regulation.

Verksamhetens behov av digital kompetenshöjning har hanterats även under 2018 genom deltagande inom Famnas e-Hälsa/EU-projekt. Höjningen av den digitala kompetensen inkluderar såväl digitala plattformar som andra tekniska system som dagens digitala samverkan, rapporteringsnivå och omvärldsnavigering kräver.

Stiftelsen Vidarkliniken erbjuder utöver skolmedicinsk vård också komplementärt vårdutbud inom den antroposofiska medicinen/omvårdnaden. Legitimerade läkare och sjuksköterskor har utöver skolmedicinsk kompetens också vidareutbildningar inom den antroposofiska medicinen och omvårdnaden. Via ordination av legitimerade läkare erbjuds patienter - om så önskas - behandlingar av yrkesutbildade antroposofiska terapeuter; läkeutrytmister, konstterapeuter, badterapeuter och massörer. Utbildning av antroposofiskt orienterade terapeuter sker enligt internationell standard och vårdkvaliteten kontrolleras av AnthroMed, en internationell organisation för kvalitetssäkring av antroposofisk medicin. Stiftelsen Vidarkliniken är certifierad, vilket innebär årliga kontroller och genomgångar av kompetensen inom antroposofisk vård.

Ytterligare professioner hos Stiftelsen Vidarkliniken i det patientnära arbetet är socionom/rehabkoordinator, leg psykolog, leg psykoterapeuter, leg fysioterapeuter, leg arbetsterapeut, leg dietist samt medicinska sekreterare och receptionist.

Vidar vårdcentral har avtal med Region Stockholm gällande Husläkaruppdrag. Regelbundet följs avtalets efterlevnad av såväl beställare som via ledningens egna internkontroller. Uppföljningarna ligger till grund för verksamhetens utveckling.

Under 2018 tillträdde ny chef för vårdcentralen som tillsammans med medarbetarna fortsatt identifiera utvecklingsbehov och logistik som gynnar såväl patient- som medarbetarnöjdhet.

God arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand visar forskning och systematisk planering av god arbetsmiljö - både fysiskt och psykosocialt och med högsta personalkontinuitet och lägsta möjliga sjukfrånvaro - eftersträvas inom både Vidar Vårdcentral och Vidar Rehab.

Vidar Rehab har haft avtal med Region Stockholm och Region Jönköping gällande cancerrehabilitering samt Region Skåne gällande medicinsk rehabilitering med antroposofisk inriktning och Sörmlands läns landsting gällande vård och rehabilitering med antroposofisk inriktning. Därutöver har på Vidar Rehab erbjudits privat slutenvård och Dagrehabilitering med möjlighet till övernattnings samt polikliniska terapier.

Efterlevnad av samtliga landstingsavtal följs upp regelbundet med beställarna samt via ledningens egna interna kontroller utifrån följsamhet mot avtal och lagstiftning etc.

På Vidar Rehab används EQ-5D hälsoenkät formulär för upplevt hälsotillstånd före och efter avslutad rehabiliteringsvistelse samt interna patientenkäter. Uppföljningarna ligger till grund för fortsatt utveckling i verksamheten.

Övergripande mål och strategier

Stiftelsen Vidarklinikens vision är att vara väl känd för vård som berör och som präglas av djup respekt för varje människas unika behov och förmåga. Utöver skolmedicinsk vård är stiftelsens mål att erbjuda ett komplementärt vårdutbud inom den antroposofiska medicinen/omvårdnaden.

Viktigt för vårdgivaren är att samtliga yrkesgrupper inom stiftelsen erbjuds kompetensutveckling via deltagande i utbildningar, kurser, workshops och studiebesök såväl inom det skolmedicinska som antroposofiska paradigmet. Regelbunden implementering av såväl ny lagstiftning, nya förordningar, nya rutiner, aktuell dokumentationsterminologi som kännedom om det egna uppföljningsarbetet i form av egenkontroller, journalgranskning och avvikelser- och klagomålshantering har även under 2018 haft hög prioritet. Så gäller även organisationsstrukturen med tydliggjord ansvarsfördelning som inkluderar systematik och ansvar i själva arbetsmiljöarbetet.

Ökad internkommunikation i för medarbetaren väl kända forum och vars dialog och beslut finns skriftligt dokumenterat och utlagt på intranätet - med behörighet för samtliga medarbetare att ta del av - utgör en viktig plattform för måluppfyllelse i patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelsesrapportering och klagomålshantering dokumenteras och återkopplas skyndsamt till rapportören. Kvalitetsledningsgruppen samlas minst en gång per halvår för samråd om verksamhetens systematiska utvecklingsbehov utifrån de avvikelser som inkommit och omhändertagits i den initiala hanteringen.

Inom Vidar Rehab används uppföljningsinstrumentet EQ-5D samt en intern utvärderingsenkät som båda sammanställs årligen och också ligger till grund för verksamhetens utveckling.

Nyttillträdd chef på Vidar Vårdcentral har tillsammans med medarbetarna fortsatt förra årets satsningar på att identifiera utvecklingsområden med fokus på logistik, patientgrupper, personalkontinuitet personalrekryteringar samt arbetsmiljö. Kvalitetsområden har identifierats i förhållande till Husläkaruppdraget samt de riktlinjer som gäller för patientsäker verksamhet och som processats inom vårdcentralen.

I nära samverkan med beställare (årlig uppföljning), remitterter, vårdgrannar, anhöriga och patienter eftersträvas hög avtalsefterlevnad som handlar om god patientsäker och patientnära vård och inkluderar kompetenskrav inom varje enskilt avtal.

Inom ramen för Stiftelsen Vidarklinikens vision har det övergripande målet med stiftelsens patientsäkerhetsarbete varit att i enlighet med patientsäkerhetslagens 6 kap. 1 § ge god vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och med omtanke, respekt och i samråd med patienten. Övergripande mål har dessutom varit god arbetsmiljö som inkluderar varje enskild medarbetares upplevelse av hög kasam (känsla av sammanhang) och möjlighet till framförhållning i syfte att nå optimal personalkontinuitet utifrån hög medarbetarnöjdhet och låg sjukfrånvaro.

För att nå de övergripande målen har stort fokus även under 2018 varit att:

- fortsatt öka den interna kommunikationen och den enskilde medarbetarens delaktighet i verksamhetsplanering och utveckling
- den enskilde medarbetarens delaktighet i översyn av rutiner, informationssäkerhetspolicy och IT-policy
- höja verksamhetens samlade digitala kompetens via deltagandet i Famnas e-Hälsoprojekt
- finna möjlighet till kvalitetscertifiering samt att ansluta till nationella kvalitetsregister
- verksamheten vara i fas med övergången till GDPR-anpassning och utveckla internorganisation runt detta
- utveckla samverkan och telefontillgänglighet samt interna logistiken mellan yrkesgrupperna på vårdcentralen.

Stiftelsen Vidarklinikens mål för 2018:

Mål:

- Levande kvalitetsledningssystem, hög vårdkvalitet
 - Utveckling av äldremottagning på Vidar Vårdcentral
 - Effektiv logistik som gynnar patientarbete och medarbetarnöjdhet
 - Ökad delaktighet i transparent organisation för samtliga medarbetare samt öka intern kommunikation/teamutveckling
 - Optimal efterlevnad av policies och skriftliga rutiner
 - Effektiv avvikelser- och klagomålshantering
 - Fördjupad medarbetardialog
 - Ökad digital kompetens
 - GDPR-anpassning
-

-
- Satsning på att utveckla vårdplanering/ rehabplan i nära dialog med patienten/ remittenten/ anhörig samt tydlig dokumentation

Strategi:

- Systematisk hantering av avvikelser och klagomål som medför snar återkoppling till rapportör
- Noggrann implementering av nya lagar och rutiner, riktlinjer mm
- Transparent organisation med förtydligande av ansvar och befogenheter
- Teamutveckling med såväl skolmedicinsk som antroposofisk inriktning
- Journalgranskning med återgivning generellt och till den enskilde
- Egenkontroller och regelbunden uppföljning med beställarna
- Uppföljning av utvärderingar och enkäter
- Forum för delaktighet och ökad internkommunikation inom egna enheten såväl som mellan enheterna
- Kartläggning/ planering av personuppgiftshantering tillsammans med jurist
- Framtagande av Riktlinje för personuppgiftshantering samt utveckla intern organisation - inklusive dataskyddsbud - för uppföljning av efterlevnad
- Deltagande i Famnas EU-projekt och e-Hälsoprojekt för ökad digitalisering
- Fördjupad medarbetardialog med den enskilde medarbetaren

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren har genom verksamhetschefen det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla patientsäkerhetsarbetet i organisationen. Via verksamhetschefens regelbundna skriftliga och muntliga rapporter följer vårdgivaren arbetet vid månatliga styrelsemöten.

Verksamhetschefen har två medicinskt ledningsansvariga läkare - en på Vidar Rehab och en på Vidar Vårdcentral - som tillsammans med enheternas chefer tillser att aktuella rutiner finns samt efterlevnad av desamma. Implementering av rutiner och policies sker främst inom arbetsplatsträffar och medarbetarmöten på enheterna.

Stiftelsen Vidarkliniken bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9, med syfte att utveckla och förbättra såväl kvalitet som patientsäkerhet. Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för det systematiska arbetet. Mer konkret görs det genom avvikelserapportering, klagomålshantering, internkontroller, interna och externa revisioner samt med hjälp av IT-stöd såsom SALA (systematisk automatisk logganalys). Avvikelser och klagomål hanteras flera gånger per månad på högsta ledningsnivå och minst en gång per halvår i kvalitetsledningsgruppen. Beslutade åtgärder följs

upp och personlig återkoppling till medarbetare och/eller patient görs skyndsamt.

Underlaget från ovanstående uppföljningar, interna och externa revisioner samt Patientnämndens (2018: en för Vidar Vårdcentral, noll för Vidar Rehab) och IVO's eventuella rapporter (2018: noll för hela verksamheten) sammanställs och inkluderas i utvecklingsarbetet för hela Stiftelsen Vidarkliniken.

Minst en gång per halvår träffas kvalitetsledningsgruppen för genomgång av det underlag som sammanställts. Kvalitetssamordnaren är en spindel i nätet för uppföljning och utvärderingar och via arbetsplatsträffar och utvecklings-/utbildningsdagar sker dialog med medarbetare vars synpunkter och kompetens tillvaratas inom verksamheterna. Inkludering och regelbunden återkoppling av utvecklingsbehov och åtgärder tryggar arbetsmiljö och trivsel vilket är en grundbult vad gäller patientsäkerhet.

I det veckovisa arbetet i organisationen träffas ledningsgruppen (chef för vårdcentralen, vårdenhetschef, chef för terapi och kultur, medicinskt ansvariga läkare) tillsammans med verksamhetschefen för genomgång och planering inom ramen för årshjulet. Behov av nya rutiner, genomgång av ny lagstiftning och deltagande i olika utbildningsåtgärder diskuteras här. Likaså översyn av policier typ Informationssäkerhet och IT-säkerhet som inkluderar säkra IT-leveranser från den upphandlade underleverantör som utgör verksamhetens IT-avdelning.

Under 2018 har mycket tid avsatts för kartläggning och satsningar på anpassningar till GDPR-förordningen. Flera möten har inkluderat aktuell projektledare/jurist, som också kommit att bli verksamhetens dataskyddsombud från maj 2018.

Inom ramen för Famnas EU-projekt vad gäller e-hälsa/ökad digital kompetens engagerade ledningen både e-hälsocoacher till projektet och workshops inom projektet samt hög medarbetardeltagelse i kartläggning, framtagande av "Riktlinje för Stiftelsen Vidarklinikens personuppgiftshantering".

Efter denna satsning på GDPR-anpassning blev det obligatoriskt för medarbetarna att ta del av och signera att de läst riktlinjen då hög efterlevnad är det som bidrar till optimal patientsäkerhet.

Ett dataskyddsombud med tydlig arbetsplan och rapporteringsskyldighet till vårdgivaren/styrelsen kom på plats från maj 2018. Samtidigt tillsattes tre personuppgiftsombud (en för administrationen, en för Vidar Rehab och en för Vidar Vårdcentral) som under verksamhetschefen som personuppgiftsansvarig träffas tillsammans med dataskyddsombudet ca en gång per halvår för uppföljning. I nära dialog mellan verksamhetschefen och dataskyddsombudet tas personuppgiftsbiträdesavtal fram där sådana behövs.

Hela ledningsgruppen träffas också ca en gång per halvår med kontaktpersoner för den underleverantör som utgör verksamhetens IT-avdelning. Under 2018 har denna IT-leverantör anpassat sig optimalt till GDPR-kraven. Personuppgiftsbiträdesavtal har tecknats via juridiskt ansvariga inom båda verksamheterna. IT-leverantören informerar om det ständigt pågående säkerhetsar-

betet vad gäller servrar och leveranser som nu också berörs av GDPR-förordningen

Avvikelser och klagomål som inkommit tas om hand initialt på det veckovisa ledningsgruppsmötet. Åtterrapporeringen går via enheternas chefer och vid behov deltar verksamhetschefen i uppföljningarna. Översyn och behov av utveckling gällande nära patientsamverkan internt inom Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral såväl som översyn vad gäller den interaktuella patientsamverkan som finns mellan de båda enheterna sker också i detta forum.

Översyn av revidering av rutiner, alternativt framtagande av helt nya rutiner stäms av inom ledningsgruppen. Respektive enhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare ger sin syn på behov av nya eller redigering av gamla rutiner i mötet med verksamhetschefen. När innehållet klarlagts lämnas detta till samordnaren för kvalitets- och miljöledningssystemet som hanterar rutinen i rätt mallformat samt att den sänds ut till samtliga aktuella medarbetare innan den läggs i mapp på intranätet.

Utöver veckovisa ledningsgruppsmöten samlar verksamhetschefen minst en gång per halvår - och eventuellt vid akuta behov - verksamhetens kvalitetsledningsgrupp (chef för vårdcentralen, vårdenhetschef, chef för terapi och kultur, medicinskt ansvariga läkare och kvalitetssamordnare) för genomgång av avvikelser och klagomål samt dialog om verksamhetsanpassningar/utveckling utifrån de egenkontroller, journalgranskningar och beställarnas uppföljningar som skett. Även hur implementering ska ske av nya avtal och ändrade kravspecifikationer i avtalen tas upp i detta forum. Kvalitetsledningsgruppen har bred tvärprofessionell kompetens; legitimerade läkare och sjuksköterskor, socionomer, filosofie magistrar, och läkeurymist /master.

Samordnaren för kvalitets- och miljöledningssystemets systematiska arbete -med förankring i organisationens vårdutbud och behandlingar - stödjer verksamhet och personal i certifieringar, egenkontroller, omvärldsbevakning, riskanalys och uppföljningar samt med själva avvikelshanteringen. Under våren 2018 genomfördes recertifiering inom miljöledningssystem och det antroposofiska vårdutbudet via Interteks recertifiering och kontroll enligt AnthroMed, en internationell organisation för kvalitetssäkring av antroposofisk medicin. Stiftelsen Vidarkliniken är certifierad, vilket innebär årliga kontroller och genomgångar av kompetensen inom antroposofisk vård.

På individnivå bedrivs patientsäkerhetsarbetet av hälso- och sjukvårdspersonalens - såväl den legitimerade personalen som de antroposofiskt utbildade terapeuterna och undersköterskorna - följsamhet mot rutiner och avvikelserrapportering som också inkluderar det dagliga arbetets riskbedömningar samt utvärdering av omvårdnadsåtgärder och måluppfyllelse.

Chefen för varje enhet träffar veckovis medarbetarna i arbetsplatsträffar för dialog samt genomgång av lednings- och styrelsebeslut. Implementering av nya rutiner och förordningar sker främst i dessa forum.

En gång per månad sker medarbetarmöte för samtliga anställda företrädesvis inom Vidar Rehab. Viktiga frågor, beslut och utvecklingstankar ges utrymme för mer konkret dialog

HR-ansvarig arbetar systematiskt med arbetsmiljöarbetet som är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Stiftelsen Vidarklinikens arbetsmiljöarbete 2018 har fortsatt karaktäriserats av förhållningssättet att en trygg arbetsmiljö bidrar till patientsäker vård.

Stiftelsen Vidarklinikens arbetsmiljöarbete är organiserat i en arbetsmiljökommitté med representanter av ansvariga chefer från Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral, lokalansvarigt huvudskyddsombud samt HR-ansvarig. Kommittén träffas regelbundet och även akut vid behov. Stiftelsens styrelse är även delaktig med representanter om behov finns i arbetsmiljökommittémöten. Regelbunden genomgång av lokalerna sker via skyddsronder och facklig samverkan sker via dialog och förhandlingar när behov uppkommer. Riskbedömningar görs inför omorganisationer, lokalförändringar, personalförändringar eller avtalsförändringar.

Totalt har fyra arbetsmiljökommittémöten hållits under året samt regelbunden genomgång av lokalerna. Stiftelsens styrelse har även varit delaktig med representanter i två arbetsmiljömöten på Vidar vårdcentral.

Informationsmöten för dialog med alla medarbetare inför förändringar har under året skett vid åtta tillfällen. Dessa tillfällen ses som en satsning inom det identifierade behovet av ökad intern kommunikation.

På arbetsplatsmöten finns arbetsmiljön som en stående punkt på dagordningen och följs också upp i detta forum.

Under 2018 har det genomförts dialogbaserad nulägesanalys (enskilda medarbetarmöten i dialogform med stöd av HR-ansvarig) av arbetsmiljön specifikt på Vidar Vårdcentral. De områden som uppmärksammats har återkopplats till hela arbetsgruppen för samtal om hur man kan komma vidare i utvecklingsarbetet.

Särskilda handledningsmöten/workshops har också skett inom såväl Vidar Rehab som Vidar Vårdcentral under året i mindre arbetsgrupper under sakkunnig handledning.

Facklig samverkan sker regelbundet, i synnerhet i samband med styrelsebeslut som medför större förändringar. Under hösten har förhandlingar skett med samtliga aktuella fackförbund inför styrelsens beslut att slutenvården på Vidar Rehab av ekonomiska skäl skall upphöra under våren 2019.

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

Patientsäkerhetsarbetet har stort fokus i den utveckling som pågår inom stiftelsernas enheter. Tid har under 2018 avsatts till fortsatt arbete med kultur och värderingar hos medarbetarna angående syftet med avvikelser i ambition att förtydliga det som ett förbättringsinstrument för kvalitet och patientsäkerhet och därmed främja en säkerhetskultur inom organisationen. En stor del av utvecklingsinsatsningen har integrerats inom Famnas e-Hälsoprojekt. Fokus har fortsatt ligga på klagomål, avvikelser och övriga synpunkter som en källa till förbättring och att hanteringen ska ske så patient- och verksamhetsnära som möjligt.

Systematiken i patientsäkerhetsarbetets avvikelshantering har varit:

- att identifiera händelser/risker både som hänt och presumtiva
- omhändertagande av situation och rapportering
- omhändertagande av rapportering och återrapportering till rapportör och drabbad
- samtal på arbetsplatsträff med samtliga medarbetare som berörs och ev behov av förändring
- förändring genomförs om behov finns
- uppföljning av resultat efter en tid.

Den nya klagomålshanteringen som gällt från 1 januari har medfört att klagomål snarast, om behov finns, lämnats till verksamhetschefen/vårdcentralschefen och internutredningar hanterats inom Kvalitetsledningsgruppen. Möjlighet att i samband med klagomål omgående få samtal med verksamhetschefen/vårdcentralschefen har bidragit till att missförstånd - och saker som behövs tas om hand - omgående hanterats helt i linje med nya lagstiftningen. Klagomålen som hanterats har framförallt gällt planering av vårdviselse, kost, mobilanvändning samt anhörigs förfrågan om utebliven vård vilken bidragit till internutredning. Samtliga uppmärksammade områden medförde viss förändring i verksamheten samt direkt information till rapportören av klagomålet.

Noggrann implementering av rutiner, policies och avtalskrav har prioriterats inom den ökade internkommunikationen liksom teamutveckling där så behövs inför att nya avtalskrav presenterats.

Inom Famnas e-Hälsoprojekt har dialog och internkommunikation haft hög prioritet. Workshops och forum med fokus på verksamhetsutveckling vad gäller ökad digital kompetens och GDPR-anpassning har arrangerats.

Inom stiftelsens vård och behandlingar har fortsatt eftersträvat en optimal personcentrerad vård som synliggör hela människan och därmed tillgodoser såväl fysiska som sociala, psykiska, andliga och existentiella behov. Strategiska instrument för att nå detta har varit kompetens- och teamutveckling och utveckling av tydlig journalföring och dokumentation.

Det elektroniska journalsystemet TakeCare, i vilket sammanhållen journalföring tillämpas, är det journalsystem som används inom både Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral. En sammanhållen journalföring bidrar till förutsättningar för en ökad patientsäker vård.

Två medicinska sekreterare har i uppdrag att stödja vårdpersonalen som systemadministratörer i detta system. Under kalenderåret har workshops och utbildningar erbjudits personalen vad gäller översyn av mallar och dokumentation i syfte att göra journalföringen mer enhetlig.

Inom TakeCare finns SALA (systematisk automatisk logganalys) som egenkontrollsfunktion. Ansvariga inom enheterna har tilldelats behörighet för kontroll och uppföljning utifrån centrala riktlinjer för logganalys.

Enheternas chefer och medicinskt ansvariga läkare gör journalgranskningar enligt rutin. Rapportering sker till verksamhetschef som tillsammans med ansvarig för genomförandet återkopplar utfallet till den enskilde om avvikelser uppmärksammas. Även på en generell nivå återkopplas till samtliga medarbetare resultat av granskning av journaldokumentation med eventuella utvecklingsbehov uppmärksammade.

Översyn gällande informationssäkerheten i samband med anpassningen till EUs nya dataskyddsförordning GDPR gjordes tillsammans med samtliga medarbetare. Riktlinjen finns klar sedan maj 2018. Jurist har konsulterats regelbundet i processen och är sedan maj verksamhetens dataskyddsombud. Informationssäkerhet och personuppgiftshantering har i denna process blivit noggrant belyst och genomarbetad. Implementeringen av densamma har noga följts upp då hög efterlevnad hos den enskilde medarbetaren är avgörande för kvaliteten som enheterna håller i frågan.

Organisationen har förstärkts med dataskyddsombud och tre personuppgiftsombud. Ansvarsfördelningen har genomlysts i organisationen som helhet och ökad transparens i kommunikationen mellan styrelse och verksamhet har fortsatt under 2018 med ordförande för styrelsen ofta medverkande i medarbetarmöten och informationssatsningar.

Forskning visar att trygg arbetsmiljö och hög patientsäkerhet går hand i hand. KASAM - känsla av sammanhang - har varit ledord i själva arbetsmiljöarbetet. Trygga medarbetare som i sitt arbete erfar framförhållning och förutsägbarhet skapar en god arbetsmiljö. Utifrån detta perspektiv har mycket kraft lagts på att trygga miljön i form av ökad kommunikation med täta informativa möten och möjlighet till dialog med övergripande ledning.

Även fördjupad medarbetardialog - och gruppsamtal med verksamhetens HR-konsult - samt möten och tät information mellan nattpersonal och vårdchef på Vidar Rehab har stått i fokus. Skyddsronder och efterföljande möten är också en del av denna kultur.

Stiftelsen Vidarklinikens arbetsätt karaktäriseras av förhållningssättet att en trygg arbetsmiljö bidrar till patientsäker vård.

Under hösten beslutade vårdgivaren att minska antalet anställda på Vidar Rehab utifrån minskade intäkter. Fackliga förhandlingar initierades och uppsägningar kom till stånd. Dessförinnan gjordes riskbedömning där den samlade bedömningen var att samtliga medarbetare önskade finnas kvar under hela uppsägningstiden så personalkontinuiteten kunde bibehållas inom vårdenheten trots att verksamheten på sikt skulle minskas.

Vårdgivaren önskade en transparent process - vilket uppskattades av medarbetarna - utifrån de avvecklings- och utvecklingstankar som styrelsen befunnit sig i. Därmed har representanter för styrelsen fortsatt vara närvarande i verksamheten genom deltagande på de flesta medarbetarmötena på Vidar Rehab och även enstaka möten på Vidar Vårdcentral för att informera om pågående process samt svara på medarbetarnas frågor och ha ett utbyte.

På Vidar Vårdcentral sker kontinuerligt översyn och egenkontroll för att motsvara vårdbehov och avtalskrav. Samtliga medarbetares delaktighet efterfrågas i utvecklingsarbetet och ansvarig för förändringarnas genomförande är vårdcentralschefen i nära dialog med medicinskt ansvarig läkare.

Åtgärder som gjorts under 2018 utifrån målområden som identifierats är:

- en äldremottagning med god kompetens för att möta målgruppen har startat för att kunna ge ökad trygghet, tillgänglighet och kontinuitet för de patienter som är 75 år och äldre. Det mottagningsarbetet går bra och enligt plan.
- satsningar inom det psykosociala teamet har skett för att höja kvaliteten genom minskad kötid till behandlare. Både utökning av ytterligare en tjänst som leg psykoterapeut samt effektivare uppföljning av patienter med depressiv episod har bidragit till detta. Ny målsättning har satts i syfte att skapa tvärprofessionella behandlingsplaner och erbjuda mer strukturerade insatser
- säkrat läkarbemanningen och att endast en hyrläkare har funnits anställd under en period under sommaren/hösten.
- Utrustning har uppdaterats och bytts ut på laboratoriet för att förbättra både ergonomi för personal- och patientsäkerhet för de som lämnar blodprov.
- Ny vårdcentralschef tillträdde sin tjänst i januari 2018. Hon träffar varje vecka medicinskt ansvarig läkare för dialog och hantering av klagomål mm. Tillsammans med medarbeterna identifierade nya chefer fler utvecklingsområden efter att hon tillträtt.
- Utbildningssatsningar (höstterminen 2018) gällande vårdnivågruppering samt triagering där målet bl a är höjd kompetens för mottagnings-sjuksköterskor samt att medicinskt ansvarig läkare finns som stöd i mottagningsbedömningar. Medicinskt ansvarig läkare har också skrivit PM/rutin för triageringsgränsdragningen för sjuksköterskor i telefon
- Schemaöversyn för optimerad närvaro hela dagen/veckan vad gäller minst en legitimerad sjuksköterska regelbundet på plats
- Distriktssjuksköterska ska vara arbetsledare för sjuksköterskorna samt schemalagd på plats under hela öppettiden. Rekrytering pågår vad gäller att förstärka med ytterligare en distriktssjuksköterska med erfarenhet av arbete inom primärvård

-
- Översyn av schemaläggning vad gäller kontinuitet läkarbemanning för tillgänglighet motsvarande vårdgarantin, akuta jourtider och tryggad arbetsmiljö. Planering finns för att förstärka med ytterligare en specialist i allmänmedicin
 - Medicinskt ansvarig läkare gjort rutinrevidering av labprovtagning i förhållande till landstingets riktlinjer
 - Medicinskt ledningsansvarig läkare är schemasamordnare i läkargruppen och är länk mellan sjuksköterska och läkare. Leder läkarmöten och deltar i möten med sjuksköterskegruppen. Ansvarig också för inventering och uppdatering av erforderligt medicinförråd/medicinsk utrustning.
 - ny samordningsfunktion inom administration
 - psykosociala teamet utökas och modell för vårdnivå utvecklas där också rehabkoordinator ingår
 - lokalerna renoveras och nya möbler införskaffats. Dialog med styrelsen om behov av större lokaler

På Vidar Rehab har det tvärprofessionella teamet inom cancerrehabilitering utökats med ytterligare en profession - leg arbetsterapeut - i och med ändrade avtalskrav. Inom teamets utvecklingsarbete har studiebesök gjorts på Regionalt centrum för cancerrehabilitering samt djupdykning i den forskning som sammanställts i Nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering . Efterlevnad av avtalskravet har medfört ökade satsningar på multimodal teamutveckling liksom behovet av översyn av dokumentation och journalhantering inklusive individuella rehabiliteringsplaner.

Kompetensutveckling/fortbildning är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Läkare och sjuksköterska med ansvar för cancerrehabiliteringen har under året deltagit på Onkologidagarna 2018 i Jönköping. Ansvariga för cancerrehabiliteringen följer bl a aktuell forskning via Nationella vårdprogrammets hemsida för cancerrehabilitering för dialog och utveckling inom vårdenheten/teamet. Studiebesök görs årligen på Regionalt center för cancerrehabilitering. Flera sjuksköterskor har deltagit i Karolinska institutets kurs ”Integrativ Omvårdnad” på avancerad nivå. Kursen ” Vårdgester” med Rolf Heine arrangerades för samtliga medarbetare inom vårdenheten på Vidar Rehab. Chefen för vårdenheten har deltagit i ledarskapsutbildning och vårdcentralschefen har regelbunden chefshandledning.

Såväl läkare och sjuksköterskor som terapeuter och undersköterskor - både på Vidar Vårdcentral och Vidar Rehab - har deltagit i internationell vidareutbildning/konferens inom antroposofisk vård.

Utbildningsåtgärder inom informations säkerhet och ökad digital kompetens, hantering av SALA egenkontrollsvetket och omvärldsförankring har också skett inom ramen för Famnas e-Hälsoprojekt för samtliga medarbetare.

Uppföljning genom egenkontroll

Organisationen genomlyses regelbundet i dialog med vårdgivaren utifrån ändamålsenlighet och tydligt ansvar. Utbildningssatsningar och studiebesök/benchmarking sker regelbundet utifrån aktuell forskning och aktuella vårdprogram - i dialog mellan ledning och medarbetare - utifrån behov. Översyn av lokaler och utrustning sker inom arbetsmiljöarbetet.

Satsningar på kvalitet har under året fortsatt också utifrån samtal om attityd och förhållningssätt vad gäller följsamhet till rutiner och avvikelshantering. En process som ständigt hålls levande och ledningen erfar ett aktivt patientsäkerhetstänk - i den pågående dialogen – i hela verksamheten.

Systematisk hantering av avvikelser och klagomål är väl känd hos samtliga medarbetare enligt nedan:

1. skrivs i direkt anslutning till händelsen
2. enhetschefen tar emot avvikelserna och hanterar dem
3. vid allvarliga incidenter kontaktas verksamhetschefen omgående som också vid behov sammankallar kvalitetsledningsgruppen
4. vid klagomål kan man träffa verksamhetschefen omgående för samtal om aktuell händelse
5. avvikelser och klagomål diskuteras i den veckovisa ledningsgruppen utifrån behovet av ev förändring i verksamheten
6. vid kvalitetsledningsgruppsmötena går samtliga inkomna avvikelser och klagomål igenom utifrån ev behov av ändringar i verksamheten. Beslut fattas om ev förändringar och ev behov av revidering av rutiner som därefter implementeras på arbetsplatsträffar.

Varje månad kommer rapport från Patientnämnden till verksamhetschefen. Under 2018 har det fortsatt vara noll rapporter gällande Vidar Rehab och en rapport för Vidar vårdcentral. Aktuell rapport och dess synpunkter togs omgående omhand av ansvariga inom Vidar Vårdcentral.

Recertifiering av externa revisorer vad gäller miljökrav enligt ISO standard samt internationell Anthromedkvalitet har genomförts under året.

Ansvar för egenkontroller på Vidar Rehab inkluderar avtalsuppföljningar med beställarna samt ledningens egna interna kontroller. I nära samverkan med beställarna, remitter, vårdgrannar, anhöriga och patienter säkerställs hög avtalsefterlevnad som handlar om god och säker vård och inkluderar kompetenskrav inom varje enskilt avtal.

I uppföljning hos Stockholms läns landsting (bytt namn från 2019 till Region Stockholm) under 2018 diskuterades möjligheterna för Vidar Rehab att ansluta sig till relevanta nationella kvalitetsregister. Ansvariga för Vidar Rehab såg Stockholms läns landstings synpunkter som viktiga och antecknade dem som en del till översynen inför kommande verksamhetsår.

Under 2018 har verksamhetschef och vårdenhetschef på Vidar Rehab träffat beställare i Skåne, beställare i Stockholm och beställare från Sörmland i fysiska uppföljningsmöten förutom elektronisk rapportering. Uppföljningen med Region Jönköping har skett via elektroniska rapporter samt via telefonsamtal och mejl.

Stockholms läns landstings uppföljning av avtalsefterlevnad och resultat på Vidar Vårdcentral - husläkarverksamhet och basal hemsjukvård - görs enligt den rapporteringsskyldighet som föreligger gällande olika kvalitetsindikatorer. Jämförelser av utfall sker också i detta forum. Stockholms läns landsting ansvarar också för både utlämnande och insamlande av årliga patientenkäter. Vidar vårdcentral är med i STRAMA Stockholm och uppfyller målen kring antibiotikaförskrivning. I jämförelse med andra vårdcentraler inom landstinget ligger Vidar vårdcentral i absolut framkant, med lägst antibiotikaförskrivning i hela Södertälje kommun. Vidar vårdcentral har också mycket bra utfall vad gäller bemötande.

Dokumentations- och journalgranskning görs utifrån utarbetad rutin både inom Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral. Cheferna och medicinskt ansvariga läkare genomför egenkontrollerna och om ofullständig dokumentation upptäcks följs det upp med medarbetaren i fråga. Rapportering sker till verksamhetschefen.

På Vidar Rehab har cheferna återkopplat generellt till samtliga anställda - efter att egenkontroller gjorts - vad gäller antroposofisk terminologi. Verksamhetschefen tillsammans med medicinskt ansvarig läkare har träffat enskild medarbetare för återkoppling där egenkontroll visat på förbättringsbehov.

Satsningar har gjorts på internutbildningar i sammanhållen journalföring, SALA-hantering och enhetlig terminologi inom dokumentationen. Framst har avgränsningen till den antroposofiska omvårdens terminologi diskuterats utifrån behov av att vara enhetlig, tydlig och den ska vara lätt att förstå för patienten, remittenten, vårdgrannar, beställare och anhöriga.

Egenkontroll vad gäller regelbundna automatiska loggkontroller sker via elektroniska instrumentet SALA - systematisk automatisk logg analys. Ansvariga med behörighet att ta hand om systemets granskningar finns på två nivåer. En på nivån signera och nivån däröver heter kontrasignera. Instruktionerna följs till punkt och pricka och inga obehöriga inloggningar har hitintills visat sig i dessa kontinuerliga kontroller.

Inom slutenvården på Vidar Rehab följs vårdens kvalitet upp via enkäter och frågeformulär. Alla patienter fyller i en EQ-5D-enkät kring självskattad hälsa vid inskrivning och utskrivning. Resultaten används i jämförelse med tidigare års resultat för att se nöjdhet och det självupplevda hälsotillståndet. EQ-5D-hantering har setts över under 2018 då problem funnits med viss direktreportering i digitalt system.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan och samarbete för hög patientsäkerhet sker internt och externt i syfte att förebygga vårdskador. Inom landstingsavtalen finns tydliga direktiv som gjorts till rutiner för hantering av remisser, bokning av vårdvistelser, information och dialog med patienter, anhöriga och remittenter och andra vårdgivare mm.

Internt inom Vidar Rehab har bildats forum för bedömning. Medicinskt ansvarig läkare, ansvarig läkare för cancerrehabilitering, vårdenhetens chef och chef för terapi och kultur träffas tillsammans med ansvarig för remiss- och patientservice en gång i veckan för samråd och planering av patienters vårdvistelse på Vidar Rehab.

Med hjälp av regelbundna interna bedömningsmöten också mellan slutenvårdens servicefunktioner såsom kök, remiss- och patientservice och samtliga chefer, säkerställs den interna planeringen ytterligare runt vårdperiodens hela upplägg med syfte att förebygga vårdskador och göra vistelsen än mer smidig och trygg för patienterna.

Regelbundna tvärprofessionella teammöten för patientuppföljning sker också internt inom vårdenheten på Vidar Rehab. Vid behov träffas man tillsammans med patienten och/ eller anhörig som så önskat.

Inom teamet för cancerrehabilitering tar socionom/rehabkoordinator regelbundet kontakt - utifrån enskild patients behov - med externa samverkansaktörer för samplanering i patientens hela vårdkedja. Internt inom teamet sker också erfarenhetsutbyte med Regionalt centrum för cancerrehabilitering vad gäller forskning inom Nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering. Kontakter tas också regelbundet och vid behov med ASIH hemsjukvård, Smittskydd Stockholm och Vårdhygien Stockholm.

Även på Vidar Vårdcentral sker regelbundna möten för erfarenhetsutbyte och uppföljning i patientarbetet såväl inom varje profession för sig som i flera tvärprofessionella möten. Vid behov träffas man tillsammans med patienten och/ eller anhörig om så önskas. Här sker också strukturell samverkan med externa aktörer i form av samordning - alternativt deltagande i - i sk SIP-möten; samordnad individuell planering.

Under året har utveckling skett på Vidar vårdcentral vad gäller tydligare rutiner för internremittering till det psykosociala teamet. Socionom/rehabkoordinator på Vidar Vårdcentral är också knuten till det psykosociala teamet och i rollen som rehabkoordinator tas nödvändiga kontakter med myndigheter och vårdgrannar till gagn för patientens fortsatta process i hela vårdkedjan.

Vidar Vårdcentral ligger i ett område med särskilt många LSS-boenden och HVB-hem. Dialog mellan ansvariga pågår för utveckling av systematiskt samarbete som kan inkluderas i rutiner inom Kvalitetsledningssystemet.

Övergripande extern samverkan har under året skett med andra idéburna hälso- och omsorgsverksamheter i nätverket Famna, framförallt med fokus på kvalitetsutveckling och inom den digitala satsning som handlat om att höja medarbetarnas digitala medvetenhet och kompetens, och i förlängningen ökad patientsäkerhet.

Risikanalyser

Organisation och bemanning

År 2018 har flera riskanalyser genomförts i verksamheten i samband med omorganisation pga anpassning till avtalsförändringar, minskad personalbemanning och vattenskada i lokal.

Systematiken följer de olika nivåerna inom organisationsstrukturen:

1. Riskbedömningarna kring omorganisation, avveckling personal och vattenläcka i vårdcentralens lokaler har diskuterats på styrelsenivå och beslut tagits om transparent process vid omställning på Vidar Rehab.
2. På månatliga medarbetarmöten och veckovisa arbetsplatsträffar på Vidar Rehab har den övergripande processen för anpassning av verksamheten följts av medarbetarna i dialog med både ledning och styrelse.
3. Riskanalyser i samband med uppsägningar av medarbetare inom Vidar Rehab hösten 2018 följdes kontinuerligt utifrån god arbetsmiljö gällande bibehållen personalgrupp hela avtalstiden som garanterar god och patientsäker vård. Samtliga personals önskemål - trots framtida uppsägningsdatum - om att fortsatt finnas inom enheten säkerställde fortsatt personalkontinuitet.
4. Regelbundna samråd har skett mellan HR-ansvarig, skyddsombud och fackliga företrädare i majoriteten av samtliga processer gällande organisationsförändringar, riskbedömningar och analyser under året.
5. Skyddsronder har genomförts vad gäller lokaler, arbetsmiljö och patientsäkerhet. I synnerhet vårdcentralens arbetsmiljö har lokalmässigt varit ansträngd pga allvarlig vattenskada som tog tid att återställa.
6. Flera skyddsronder genomfördes - också med styrelserepresentanter närvarande - för bedömning av läget och eventuellt behov av temporär utflyttning under reparationsarbetet och återställningen. Dialogen med medarbetarna var central i denna process och återställningsarbetet gick bra utan temporär utflytt.

Riskbedömningar/ analyser i Patientarbetet

1. Medarbetares gemensamma bedömning/analys i det dagliga arbetet sker oftast i dialog med patient, anhörig, annan kollega och remittent. Skriftlig observation/händelserapport till ansvarig chef för analys som vidarebefordrar till verksamhetschef/kvalitetsledningsgrupp som följer upp och eventuellt utvecklar analysen.

-
2. Chefen för enheten och medicinskt ansvarig läkare bedömer efter inledande analys aktuell situation tillsammans med medarbetarna i personalgruppen och åtgärdar direkt om lämpligt.
 3. Verksamhetschefen tar upp händelserapporteringen/händelseanalysen i ledningsgruppen/kvalitetsledningsgruppen för dialog om aktuell situation, vad som åtgärdats och vad som återstår. Analysen utvecklas eventuellt och beslut tas om fortsatt utvecklingsdiskurs eller avslut av hanteringen.
 4. Återkoppling av händelserapport/händelseanalys/åtgärd och avslut görs av enhetens chef på arbetsplatsträffar.
 5. Riskanalys har under året också gjorts vid förändring av nattbemannning i verksamheten och samråd inför bedömning om behov av förstärkning med erfarna vikarier i samband med sjukfrånvaro och annan ledighet.

Informationssäkerhet

Under 2018 har vårdgivarens policy för Informationssäkerhet samt IT-policy setts över utifrån anpassningen till General Data Protection Regulation, EU-förordningen som gäller från 25 maj.

Såväl den fysiska förvaringen av servrar som den regelbundna hanteringen av teknik och IT-leveranser - via underleverantören TechTrade International AB - motsvarar den säkerhet som föreskrivs inom lagstiftning och EU-förordning. TechTrade International genomför regelbundna loggkontroller och rapporter enligt föreskrifter. Uppföljning av IT-leveranserna sker regelbundet mellan ansvariga hos TechTrade International och ansvariga hos Stiftelsen Vidarkliniken. Även regelbundna uppföljningar med dataskyddsombudet inkluderar Informationssäkerhetens efterlevnad vad gäller IT-leveranser och den interna hanteringen av informationssäkerheten i verksamheten.

Vad som gäller den interna hanteringen av informationssäkerhet finns väl dokumenterat i Stiftelsen Vidarklinikens Riktlinjer för Informationssäkerhet, en riktlinje som samtliga medarbetare har skyldighet att följa. Om allvarlig avvikelse skett utifrån att riktlinjen inte följts lämnas - efter genomgång av verksamhetschef tillsammans med personuppgiftsombuden - rapport till dataskyddsombud för ställningstagande. Ännu har ingen sådan avvikelse gjorts.

Stort ansvar och stor vikt läggs vid genomgång av behörighetstilldelningen utifrån ansvarsnivåer med rätt att ta del av känsligt material mm - till olika slutna system samt översyn av detsamma.

Organisationen har förstärkts under året med ett dataskyddsombud och tre personuppgiftsombud och genomgång av samtliga personuppgiftsbiträdesavtal har skett. En gång per termin träffas denna grupp i gemensamma uppföljningsmöten med verksamhetschef och vårdcentralschef.

Egenkontroller (se tidigare text) som inkluderar automatisk logganalys genomförs regelbundet utöver de kontroller som genomförs av TechTrade International AB.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Vårdgivarens strävan efter optimal säkerhetskultur inkluderar att anställd hos vårdgivaren har god kännedom om hälso- och sjukvårdens ansvar att uppmärksamma risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunna medföra en vårdskada. Som yrkesverksam inom hälso och sjukvården är man skyldig att rapportera och det ska göras till vårdgivaren. Givet är att optimal efterlevnad vad gäller rapportering gör den enskilde medarbetaren till garant för verksamhetens säkerhetskultur.

I vårdgivarens omfattande ansvar när det gäller vårdskador och händelser som hade kunnat leda till en vårdskada - väl känd hos styrelsen inom Stiftelsen Vidarkliniken - ingår bland annat att:

- utreda klagomål och synpunkter
- utreda händelser
- anmäla allvarliga vårdskador
- anmäla personal som utgör en fara för patientsäkerheten
- informera patienten som drabbats av en vårdskada
- rapportera vissa fel på medicintekniska produkter och vissa brister i märkningen eller bruksanvisningen
- rapportera biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket. Oftast är det hälso- och sjukvårdspersonalen som rapporterar men vårdgivaren har ansvaret för att det sker. Det räcker med en misstanke om läkemedelsbiverkning och den behöver inte vara utredd eller bekräftad. Reglerna gäller också naturläkemedel och vissa utvärtes läkemedel.

Rutiner för rapportering finns i kvalitetsledningssystemet. Kvalitetsledningssystemet kännetecknas av rutiner och policier som tagits fram tillsammans med medarbetarna gällande samtlig aktuell lagstiftning, socialstyrelsen riktlinjer mm. Skriftliga rutiner och policier med hög efterlevnad samt avvikelserapportering om rutiner inte följts är avgörande för ett gott utfall. Se uppgifter om avvikelser längre ned i texten.

Vårdgivarens ansvar för att säkerställa att medarbetare har formell kompetens är också avgörande för en god och patientsäker vård. Inom avtalen finns tydliga kriterier runt kompetens som måste följas likaså sker dialog på medarbetarmöten om utbildningsbehov och kompetensplanering.

Stiftelsen Vidarklinikens strategier för att säkerställa en kultur med trygga medarbetare och hög grad av upplevd KASAM - där ingen misstänkliggörs vid avvikelserapportering mm - följer de uppsatta målen; ökad intern kommunikation, tydlig och transparent organisation samt implementerings- och utbildningsåtgärder i den specifika kontexten.

Ändamålsenlig organisation och utbildningsåtgärder samt implementering av nya lagar, vårdprogram, avtal och nya avtalskrav tillsammans med teamutveckling och intern kommunikation som syftar till ökad framförhållning för den enskilde utgör en arbetsmiljö som förstärker gott bemötande av patient, anhörig, remittent och samverkanspartners och en patientnära och patientsäker dialog på de olika vårdnivåer där man möter patient och anhörig.

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet tas omgående omhand inom Stiftelsen Vidarkliniken. De kan lämnas muntligt men allra helst skriftligt. Från januari 2018 gäller ny lag om klagomålshantering. Synpunkter från såväl patienter, närstående som medarbetare själva bemöts omgående. Patienter och anhöriga informeras enligt rutin om att Patientnämnden kan kontaktas som stöd vid själva klagomålets utformning etc.

Klagomål och synpunkter som lämnas går igenom såväl i lednings- som kvalitetsledningsgruppen. Bedömning sker i kvalitetsledningsgruppen om internutredningar ska lämnas vidare till Inspektionen för vård och omsorg eller ej.

Under året har synpunkter som hanterats som klagomål kommit in vad gäller missförstånd vid planering av vårdvistelse; specialkost och rum, ej nöjd med kosten, medpatienter och besökare som använder mobiltelefon inomhus trots förbud. Även en anhörigs fråga om utebliven vård har medfört internutredning inom kvalitetsledningsgruppen.

Genast efter att en synpunkt eller ett klagomål kommit in bedöms om rapportören behöver träffa högsta ledning direkt. Möjligheten erbjuds rapportören för att hen ska uppleva att synpunkterna/klagomålen omhändertas också inom organisationens utvecklingsarbete om så bedöms lämpligt.

Under året har flera av klagomålen utmynnat i kontakt med verksamhetschefen men i regel har de flesta synpunkterna/klagomålen tagits om hand på den nivå där situationen uppstått.

Alla medarbetare bidrar aktivt med att anpassa verksamheten till optimal patientsäkerhet samt snar dialog med vårdgivaren om någon situation uppstår som kräver åtgärd/förändring såväl omgående hantering som en mer långsiktig hantering.

Stiftelsen Vidarkliniken jobbar för att genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapa en ändamålsenlig och fungerande struktur för att fånga upp förbättringsmöjligheter samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Avvikelser

Under 2018 har nya dokument för fortsatt manuell avvikelserapportering tagits fram. Blankett för avvikelserapportering finns tillgänglig för samtliga anställda på intranätet. Ansvarig för rapportering lämnar rapporten till närmsta chef för dialog och bedömning. Därefter lämnas rapporten till verksamhetschefen som tar med den till ledningsgruppens veckovisa träffar. Där behandlas rapporterna efterhand som rapport sker och bedöms också inom kedjan för risk- och händelseanalys. Rapportören ska snarast få återkoppling på bedöm-

ning och hantering av situationen. Samordnare för kvalitets- och miljöledningssystemet sammanställer avvikelserapporterna.

Under 2018 har totalt 49 avvikelser och förbättringsförslag rapporterats i verksamheten. De fördelas på följande sätt:

Avvikelser 2018	Risk	Tillbud	Negativ händelse	Förbättringsförslag
Vidar Vårdcentral	7	1		0
Vidar Rehab	17	14	5	5
Totalt Verksamheten	24	15	5	5

2018 års avvikelser för Vidar Vårdcentral handlar om bemötande (3 st), journal (2 st), fysisk arbetsmiljö (1 st), kompetens (1 st) och vårdplanering (1 st). Förbättringsförslag (0 st).

2018 års avvikelser och förbättringsförslag för Vidar Rehab fördelas som följer; läkemedel (7 st), journal (7 st), kommunikation/information (6 st), Riktlinjer/Rutiner (4 st), vård, planering (4 st), vård, behandling (2 st), kost (3 st), utelåst (2 st), bemötande (2st), IT-system (1 st), fysisk utemiljö (1 st), Hygien (1 st) och vårdetik (1 st)

För Vidar Vårdcentrals del har vid sammanställningen av avvikelserna framkommit önskemål från medarbetare om att rapportmallarna ska finnas mer lättillgängliga av tidsskäl.

Hantering av klagomål och synpunkter

Från 1 januari 2018 har ny lag om klagomålshantering börjat gälla. Rutin var framtagen vid årsskiftet och implementerad.

Genast efter att en synpunkt eller ett klagomål kommit in bedöms om rapportören behöver träffa högsta ledning direkt eller om det räcker att träffa de ansvariga för själva situationen. Möjligheten erbjuds rapportören för att hen ska uppleva att synpunkterna/klagomålen dirigeras dit de hör hemma om förändring/åtgärd skyndsamt behövs också inom organisationens utvecklingsarbete.

Under året har flera klagomål - både skriftliga och muntliga - medfört kontakt med verksamhetschef/vårdcentralschef. Oftast har synpunkter/klagomål av kategorin bemötandekaraktär omhändertagits på den nivå där situationen uppstått. Patienter och anhöriga informeras alltid om möjligheten för dem att få stöd av Patientnämnden.

Under året har klagomål kommit in vad gäller missförstånd vid planering av vårdvistelse, planering av specialkost och rum, ej nöjd med kosten, medpati-

enter och besökare som använder mobiltelefon inomhus trots förbud. En anhörigs fråga om utebliven vård har medfört internutredning som ej lett till anmälan hos Inspektionen för vård och omsorg.

I den månadsvisa rapporten från Patientnämnden har, liksom tidigare år, noll aktualiserade ärenden funnits under 2018 vad gäller Vidar Rehab. Ett aktualiserat fall inom Vidar Vårdcentral har rapporterats. Detta togs om hand omgående av ansvariga inom Vidar Vårdcentral.

Noll rapporter har anmälts från Inspektionen för vård och omsorg.

Samverkan med patienter och närstående

Patienten har en huvudroll i utformningen av vården - personcentrerad vård inom Stiftelsen Vidarklinikens enheter. Genom att medvetet arbeta med värderingar och kultur där autentisk lyhördhet och helhetssyn genomsyrar dialogen med patienten aktiveras patientens delaktighet i den egna vårdprocessen till en nivå, där patienten är en självklar auktoritet i sin egen hälsoprocess. Interaktionen och kommunikationen bidrar till optimalt utbyte i läkningsprocesser och säkerställer hög patientsäkerhet.

Inom slutenvården görs individuella rehabiliteringsplaner tillsammans med patienten vilka revideras vid behov under vårdvistelsen. Om patienten samtycker till att närstående ska delta i planeringen och processen och läkare finner så lämpligt välkomnas initiativet.

Inom slutenvården erbjuds ofta anhöriga utbildning inom exempelvis att lära sig att administrera en injektion för att hemma kunna fortsätta något som på Vidar Rehab har gett positiva hälsoeffekter för patienten, även omslag, fotbad mm.

Anhöriga kan också ta del av den utbildning i egenvård som varje vecka ges till patienterna där de får praktiska verktyg att inte bara förebygga skador/vårdskador utan också främja sin hälsa.

Sammanställning och analys

Inom Stiftelsen Vidarkliniken har de forum under året som lagts till i veckokalendarerna på både Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral bidragit till ökad intern kommunikation. En kommunikation som medfört högre delaktighet hos medarbetarna vid framtagande av rutiner och policier i syfte att nå målet med ett bottom-up perspektiv i ett levande kvalitetsledningssystem.

Medarbetarnas möjlighet till delaktighet samt att vara en viktig del i en ändamålsenlig, transparent organisation med enkel intern kommunikation skapar hög KASAM. Grunden har därmed lagts för trygg arbetsmiljö som i sig är en del av kedjan vad gäller patientsäker vård.

Satsningar på kulturen för avvikelshantering har medfört att avvikelser skrivs och skyndsamt omhändertags inom organisationen. En mer genomgripande satsning behöver göras på Vidar Vårdcentral kommande år. Önskemål finns om att manualerna för avvikelserna finns mer lättillgängliga.

Inom Famnas EU-projekt har medarbeternas engagemang medfört succesiv ökning av intresse för rutinernas utformning vilket underlättat framtagandet av nya rutiner och policier och implementering av desamma under året.

Medarbeternas höga delaktighet i kartläggning av internprocesser och framtagande av rutiner vid GDPR-anpassningen har medfört hög kompetens inom Stiftelsens riktlinjer för Informationssäkerhet såväl som Stiftelsens riktlinjer vad gäller personuppgiftshantering. Riktlinjer som givetvis introduceras också för nya medarbetare och eventuellt vikarier vid tillfälliga anställningar.

GDPR-anpassningen har medfört att organisationen förstärkts med personuppgiftsombud för tillsyn av efterlevnad i vardagen samt dataskyddsombud som följer efterlevnad av riktlinjer och policier inom området. Hög kompetens råder på samtliga nivåer inom organisationen vad gäller struktur och innehåll i stiftelsens kvalitetsledningssystem.

Via fortsatt deltagande i Famnas e-Hälsoprojekt har verksamhetens totala digitala kompetens höjts helt i linje med mål och syfte. En viktig nivåhöjning för tryggad arbetsmiljö då vardagens vårdarbete förutsätter kompetens inom digital hantering vad gäller journalskrivning, hantering av enkäter och rapporter och möjlighet att följa forskning inom Nationella vårdprogramms hemsidor på nätet.

Systematiskt arbete via uppföljning av beställarnas rapporter, egen översyn av avtalsefterlevnad, utvärderingar och uppföljningar gällande patient- och medarbetarnöjdhet, intern egenkontroll gällande dokumentation och journalskrivning samt analys av logistikeffektivitet i såväl intern kommunikation som interna vårdprocesser/remisshantering mm medför god kännedom om verksamhetens kvalitet och utvecklingsbehov.

Den interna logistiken står alltid i fokus då utfall inom såväl patient- som medarbetarnöjdhet står i relation till just verksamhetens förmåga att organisera ändamålsenlig logistik. Önskvärt i organisationen är att verksamhetens resurser blir verksamhetens kapacitet.

På Vidar vårdcentral har man under året organiserat en äldremottagning helt i linje med planerat mål. Även översyn av telefon tillgänglighet till sjuksköterskor och intern logistik mellan professioner inklusive remissförfarande till psykosociala teamet har infriat mål som funnits för 2018.

På Vidar Rehab har fortsatta satsningar på att utveckla vårdplanering/rehabplan nära dialog med patienten/remittenten/anhörig samt enhetlig och tydlig dokumentation - framförallt vad gäller antroposofiska medicinens terminologi - tillhört ett av de mål som enheten strävat mot.

Utifrån de satta målen har även 2018 års systematiska patientsäkerhetsarbete-
utifrån lagstiftning och direktiv medfört hög efterlevnad hos samtliga medar-
betare vad gäller patientsäker och god personnära vård.

Samtliga medarbetares deltagande i framtagande , och implementering, av
rutiner och och policies har tryggt en ökad förutsägbar arbetsmiljö som in-
kluderar internkommunikation i en förtydligad och transparent organisations-
struktur.

Resultat

Följande satsningar har infriats under året:

1. Säker och systematisk avvikelsekultur och god hantering av klagomål
och synpunkter. Tydlig rutin skapar god arbetsmiljö.
2. Egenkontroller genomförs regelbundet. Återkoppling av resultat från
egenkontroller sker generellt i arbetsplatsmöten och vid behov av
återkoppling till en identifierad enskild medarbetare sker detta via
verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare. Två enskilda åter-
kopplingar har gjorts under året i övrigt har återkopplingarna skett ge-
nerellt.
3. Uppföljningen av SALA (systematisk automatisk logganalys) visar
under året inga avvikelser.
4. Inom den ändamålsenliga organisationen har idenfierats ytterligare
ansvarsområden och förstärkning har skett med tre personuppgiftsombud
samt ett ansvarigt dataskyddsbud. Dataskyddsbudet har
lämnat årsrapport för 2018 samt arbetsplan för 2019 till vårdgivaren.
5. Kartläggning av interna processer samt behov av skrivna personupp-
giftsbiträdesavtal har gått igenom inför GDPR-anpassningen. 25 maj
var verksamheten helt GDPR-anpassad och samtliga medarbetare
hade deltagit i framtagandet av Riktlinjer mm. Optimal medvetenhet
om GDPR-följsamhet finns i orgaanisationen.
6. Nya rutiner och riktlinjer har tagits fram: Ny lag om klagomålshante-
ring, IT-policy, Stiftelsen Vidarklinikens Riktlinje för Informationssä-
kerhet, Stiftelsen Vidarklinikens Riktlinje för personuppgiftshante-
ring.
7. Uppföljning - och rapportering - med kontaktpersoner inom verksam-
hetens outsourcade IT-avdelning visar god anpassning till GDPR-krav
samt tillsyn av desamma. Inga avvikelser rapporterats inom IT-
avdelningens hantering/interna struktur.
8. Slutfört e-Hälsoprojekt/digital kompetenssatsning till samtliga medar-
betare i Famna samverkan med gott resultat. Slutrapport finns doku-
menterad .
9. Nya forum för internkommunikation både på Vidar Vårdcentral och
Vidar Rehab. Forumen är tvärprofessionella och ändamålsenliga uti-
från syfte med träffarna.

-
10. Prioritering av internkommunikation/teamutveckling/rehabiliteringsplaner inom Cancerrehabiliteringens multimodala arbetsätt har gjorts inom Vidar Rehab
 11. Översyn av intern logistik inom både Vidar Rehab och Vidar Vårdcentral har medfört ökad patient- och medarbetarnöjdhet inklusive förutsättningar att uppnå mål satta inom landstingsavtalen.
 12. På Vidar Vårdcentral har man under året organiserat en äldremottagning helt i linje med planerat mål. Även översyn av telefontillgänglighet till sjuksköterskor och intern logistik mellan professioner inklusive remissförfarande till psykosociala teamet har infriat mål som funnits för 2018.
 13. Fortsatt låg antibiotikaföreskrivning på Vidar Vårdcentral och högt betyg i bemötande är viktiga resultat under året.
 14. Genomfört skyddsronder och arbetsmiljökommitemöten samt riskanalyser inför verksamhetsförändringar utifrån arbetsmiljöarbetets planering.
 15. Noll aktualiserade ärenden på Vidar Rehab från Patientnämnden .
 16. Endast ett aktualiserat ärende hos Patientnämnden vad gäller Vidar Vårdcentral.
 17. Noll aktualiserade ärenden från Inspektionen för vård och omsorg.
 18. Högsta möjliga personalkontinuitet inom Vidar Rehabs vårdenhet trots ändringar i verksamheten samt stabilare personalkontinuitet med endast en hyrläkare under sommarperioden på Vidar Vårdcentral medför trygg arbetsmiljö och hög patientsäker vårdkvalitet.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Utveckla ändamålsenlig organisation utifrån förändringar som ska genomföras under våren 2019
- Utveckla den systematiska arbetsmiljön för säkerställa av god arbetsmiljö och hög personalkontinuitet.
- Fortsätta tillse att god patientsäkerhetskultur råder som inkluderar riskanalyser, avvikelserapportering, klagomålshantering, skyddsronder, arbetsmiljökommitemöten och där egenkontroller enligt rutiner, riktlinjer och policys är de strategiska verktygen i verksamheten för att så sker. Avvikelsehantering inom Vård vårdcentral ges prioritet.
- Uppföljning via beställarna.
- Uppföljning av interna och externa patientenkäter som del i verksamhetsutvecklingen.
- Genomgång av beställarnas avtalskrav och rapportering med samtliga medarbetare inom vården för ökad KASAM och föreståelse av den vårdkontext som gäller.
- Uppföljning och efterlevnad av nya direktiv, policys och rutiner.

-
- Följa insatserna vad gäller intern struktur och internt remissflöde till psykosociala teamet på Vidar Vårdcentral inklusive förbättrad telefon-tillgänglighet och tillgänglighet av fysiska sjuksköterskebesök
 - Fortsatt översyn vad gäller samarbete och att skapa samverkansavtal mellan Vidar Vårdcentral och områdets LSS-boenden och HVB-hem.
 - Tydliggörande av arbetsfördelning, arbetsledning, prioritering och intern samverkan på Vidar Vårdcentral