

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Kvinnor-Barn år 2021



2022-03-11

Henrik Overödder, verksamhetschef
Johanna Katz Dalsgaard, verksamhetsutvecklare

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet: Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare. Dessutom har fem nationella fokusområden valts ut vilka ligger som grund för innehållet i mallen för patientsäkerhetsberättelsen (se även i figur):

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehållsförteckning	
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare.....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Säker vård här och nu	8
Riskhantering	9
Stärka analys, lärande och utveckling.....	9
Avvikelser.....	9
Klagomål och synpunkter	10
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	10
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	10
Bilaga 1.	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4.	

SAMMANFATTNING

Kort sammanfattning av de tre viktigaste förbättringsåtgärder som genomförts 2021 och dess resultat inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

- **Eftervårdsprocessen**
BB Södertälje har under 2021 fortsatt kortat vårdtiderna från förlossning till utskrivning från BB-avdelning. Detta med bibehållen patientsäkerhet och patientnöjdhet. Metod för uppföljning av mor och barn med hjälp av videolänk har utvecklats. Utfallet har mätts med uppföljning av återinlägningsbehov för mor och barn, journalgranskning samt genom patientenkäter
- **Utökning av andel mottagningsoperationer**
Under 2021 har verksamhetsområdet arbetat med att öka andelen gynekologiska ingrepp som kan utföras på gynnottagningen. Ingreppen sker i lokalbedövning och / eller lätt sedering och innebär en förkortad vårdtid för patienterna, samt att centraloperations resurser inte behöver nyttjas. Utfall i form av patientnöjdhet och medicinsk säkerhet har följts genom patientenkäter och komplikationsstatistik.
- **Avvikelsehanteringen i Händelsevis samt handlingsplan vid allvarlig händelse.**
Handläggningen av vårdavvikelse i systemets Händelsevis har förbättrats och ansvaret fördelats på fler personer, vilket lett till kraftigt förkortad handläggningstid. För att säkerställa processen kring arbetet med allvarliga händelser, risker och vårdskador har bl.a. ett flödesschema utarbetats (se bilaga)

Verksamhetsrådets viktigaste prioriterade områden för nästkommande år.

- Fortsatt utveckling av mottagningsoperationerna
- 8-punktsprogrammet för förlossningsvården inklusive fortsatt utveckling av eftervården, och införande av ”min barnmorska”
- Fortsatt arbete med att minska andelen stora förlossningsblödningar.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Övergripande mål och strategier

Övergripande mål i Vo Kvinnor-Barns styrkort	Målvolymer
Öka verksamhetsområdets digitaliseringsgrad	Öka
Door to door-tid för patienter på gynakuten < 4 h	>78%
Andel patienter som får vård /mottagningstid inom 90 dagar (barn/gyn)	>88%
Andel patienter som får behandling inom 90 dagar	>80%
Uppnå uppsatta kvalitetsmål enligt HSF	100%
Andel patientinformation som översatts till arabiska och engelska	Öka

Följs upp på månadsuppföljningsmöten med VD (MuM) och APT, samt via samverkansgrupp, veckomail och på personalmöten

Organisation och ansvar

- *Roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom VO Kvinnor-Barn*

Verksamhetsutvecklare följer och sammanställer data månadsvis och resultatet diskuteras i respektive styrgrupp samt verksamhetsområdets ledningsgrupp. Projektledarna för respektive förbättringsarbete följer sina egna kvalitetsmål, tillsammans med verksamhetsutvecklare. Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) för respektive verksamhet ansvarar för utveckling, utvärdering och uppföljning av patientsäkerhet och vårdkvalitet inom sitt område. Det övergripande ansvaret vilar dock på verksamhetschefen. MLA har ansvar för att PM upprättas / revideras och att respektive styrgrupp hanterar avvikelser via Händelsevis. Verksamhetschef och MLA fattar tillsammans beslut om huruvida en händelseanalys ska genomföras, grundad på inkommen avvikelse. MLA är även verksamhetschefen behjälplig i medicinska frågor vid ärenden från t.ex. patientnämnd eller IVO.

- *Samverkan för att förebygga vårdskador*

Inom verksamhetsområdet finns flera förbättringsgrupper med fokus på bl.a. att minska andelen stora blödningar, större förlossningsbristningar, undvikbara kejsarsnitt och på en förbättrad eftervårdsprocess. Dessa grupper är tvärprofessionellt sammansatta med representation från berörda delar av verksamhetsområdet.

Vidare samverkar med VO Kvinnor-Barn med VO Anestesi gällande utveckling av flertalet områden och processer, t ex neo-CEPS och mamma-CEPS, där omhändertagande av svårt sjuk patient tränas sjukhusövergripande – och tillsammans med representanter från prehospitalet verksamhet. Regelbundna träningar genomförs gällande omhändertagande av akut sjukt barn och akut gynekologiskt sjuka kvinnor, på sjukhusets akutmottagning. Detta sker tillsammans med VO Akut och VO Anestesi.

Förlossningsvården inom Region Stockholm har utvecklade rutiner för hänvisning av förlossningspatienter mellan förlossningsenheterna. Södertälje sjukhus tar emot relativt många födande som hänvisats från andra sjukhus; under 2021 ca 20% av alla sjukhusets förlossningar. Inom både kvinno- och barnsjukvården är patientflöden och vårdkedjor i samverkan med primärvården viktiga och väl utvecklade, såsom t. ex. mödrahälsovård-förlossning/BB-

barnmottagning - barnavårdscentral. Barnmottagningen deltar i centrala samverkansgrupper och barnläkare kan adjungeras till de lokala barn- och ungdomspsykiatriska (BUS)-grupperna, som arbetar med specifika patientärenden. En viktig princip är användandet av verktyget *Samordnad Individuell Plan*. (SIP) Socialtjänsten medverkar ofta vid SIP-möten. Via BUS regleras också ett gemensamt remissbedömningsteam (barnmottagningen och BUP) där svåra neuropsykiatriska bedömningar hanteras.

En god säkerhetskultur

- *Arbete för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården, främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker, samt skapa tid för lärande och reflektion*



För alla födande och nyfödda sker riskbedömningar fortlöpande, där varje patient färgkodas i grönt, gult och rött utifrån bedömd risk. Alla nyanställda medarbetare genomgår en standardiserad introduktion där det, via bl.a. checklistor, säkerställs att viktiga rutiner och riktlinjer är väl kända för medarbetarna.

Verksamhetsområdet har även strukturerade reflektionstillfällen, för alla som arbetar inom förlossning/BB. Läkargruppen har patientsäkerhets (PSK)-möten en gång i månaden där relevanta avvikelser och händelseanalyser samt lärorika patientfall går igenom, i syfte att undvika upprepning av eventuella misstag.

- *Uppföljning, spridning och kommunikation av resultaten från Hållbart Säkerhets Engagemang*

Uppföljning sker via APT, samt via handlingsplaner som tas fram i samråd med medarbetarna.

- *Verksamhetsområdets arbete med frågor som berör patientsäkerhet och arbetsmiljö utifrån aspekten att de hänger ihop och påverkar varandra.*

Handlingsplan för hantering av hög arbetsbelastning finns och bemanningsluckor inom 24/7-vården fylls alltid. Koordinatorerna på förlossningen har, bland annat, till uppgift att leda och fördela medarbetarresurserna utifrån aktuell vårdtyngd. VO Kvinnor-Barn har ett mentorsprogram, både för nytexaminerade och mer erfarna barnmorskor, där stöd i det dagliga arbetet är en viktig del. Alla nyanställda underläkare och ST-läkare har en utsedd handledare. Vid schemaläggning beaktas behov av dygnsvila och veckovila enligt ATL.

Adekvat kunskap och kompetens

- *Verksamhetsområdets metoder för hur yrkeskompetens och kunskap om kvalitet och patientsäkerhet kan säkerställas, genom kompetensutveckling och fortbildning för chefer och medarbetare*



Verksamhetsområdet har regelbundet återkommande utbildningsveckor (fyra gånger per år) för all personal anställda inom obstetrik. Under dessa utbildningsveckor genomförs bl.a. flera olika scenarioträningar - se text om samverkan. Kompetenskort har införts för alla fast anställda undersköterskor, i syfte att säkerställa reell kompetens för undersköterskans arbetsuppgifter på förlossning och BB. Förutom ovan nämnda utbildningstillfällen, hålls även utbildningar gällande aktuella ämnen som knyter an till avvikelser inom verksamhetsområdet.

Under året har det genomförts återkommande temamingel för läkare, barnmorskor och sjuksköterskor, med fokus på olika obstetriska och neonatal frågeställningar.

- *Hur verksamhetsområdet tillämpar säker bemanning och schemaläggning, utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.*



Underläkare och flertalet ST-läkare har en senior kollega på plats på sjukhuset under jourtid. Det är först under sista året av ST, efter det att randning skett inom högriskobstetrisk verksamhet, som bakjouren vistas i hemmet - med 30 minuters inställetid. För barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor i 24/7-vården eftersträvas en jämn fördelning av kompetensnivåer under varje arbetspass och arbetet leds av en erfaren koordinator.

- *Verksamhetsrådets arbete med att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.*

Verksamhetsrådets medarbetare har stor vana vid olika projekt och förbättringsarbeten . Grunden för förbättring och implementeringsarbetet är PDSA-cykler och arbetet utgår företrädesvis ifrån QRC-modellen, i vilken verksamhetsrådets förbättringscoacher utbildats. Interna utbildningar i avvikelse- och händelseanalysarbete hålls regelbundet .

Patienten som medskapare

- *Hur verksamhetsområdet gör patienterna delaktiga i den egna vården*

Informerat samtycke är grunden för alla åtgärder som vidtas, både inom förlossningsvården och inom den gynekologiska vården. Inom barn- och ungdomsmedicin vägs alltid barn- och ungdomsperspektivet mot föräldrarnas rätt till information och samtycke.

- *Hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara*

Verksamhetsområdet har ett väl fungerande system för omhändertagande av patientklagomål som inkommer via patientnämnden och 1177/Händelsevis. Mer frekvent återkommande klagomål har lyfts på planeringsdagar och PSK-möten.

- *Hur patient- och närståendemedverkan sker i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet*

Återkommande patientenkäter genomförs på samtliga enheter, huvudsakligen via verktyget Rapportor. Patient- och närståendeintervjuer sker vid samtliga händelseanalyser. Patientrepresentanter har vid flertalet tillfällen medverkat vid planeringsdagar och i samband med förbättringsarbeten har verktyget ”patientresa” använts, i syfte att fånga patientperspektivet

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker?

- *Hur verksamhetsområdet utreder och följer upp händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra en vårdskada*

Alla allvarliga händelser rapporteras i systemet händelsevisvis och beslut om handläggning sker därefter enligt ett flödesschema, [se bilaga 1](#)

- *Antal händelser och risker inom verksamhetsområdet utredda under året, samt hur många som bedömts som allvarliga, anmälda enligt Lex Maria*

[Se bilaga 2](#)

- *Viktiga åtgärder som har genomförts och riskområden som identifierats inom verksamhetsområdet, samt hur de har följts upp*

- Uppdaterad handläggning av patienter med preeklampsi
- Tydligare strukturerad kommunikation i vårdens övergångar, både inom verksamhetsområdet samt mellan verksamhetsområden
- Förbättrad dokumentation fortlöpande under arbetspasset, samt vid konsultationer från annan specialitet
- Förtydligad rutingällande arbetsfördelning vid hög arbetsbelastning.

Följs upp via verksamhetsutvecklaren som ansvarar för överblick av samtliga inkomna avvikelser och allvarliga händelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

Viktiga arbetsprocesser och system inom verksamhetsområdet, vilka påverkar kvalitet och patientsäkerhet

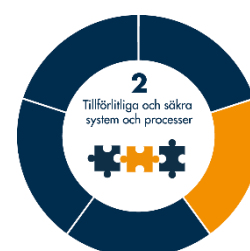
[Se bilaga 3](#)

Säker vård här och nu

Är vården säker idag?

Identifierade riskområden för vårdskador inom verksamhetsområdet

De identifierade riskerna sammanfaller med de kvalitetsindikatorer som följs i bl.a vårdval förlossning och sjukhusavtalet



- Förlossningsbristningar grad 3-4
- Stora blödningar (PCH) i samband med förlossning
- Barnutfall (PH-värde, apgarpoäng, stor viktnedgång
- Hygien
- Akut operation; operationsstart i rätt tid
- Säker kirurgi; följsamhet till WHO:s checklista.

För utveckling av resultat över tid – se bilaga 4

Riskhantering

Verksamhetsrådets arbete med att minimera riskerna/förbättra resultaten inom identifierade områden.

De större förbättringsprojekten (kejsarsnitt, bristningar, blödningar och eftervård) har på BB Södertälje varsin projektledare som arbetar med att driva projekten framåt med hjälp av QRC:s modell och verktyg för förbättringsarbete. Varje projektledare arbetar tillsammans med en tvärprofessionell grupp av barnmorskor, undersköterskor och läkare. Förändringar i verksamheten föregås av en kartläggning av utgångsläget lokalt på kliniken, genom att bl.a. extrahera resultatmätt från graviditetsregistret och inventera aktuella arbetssätt och rutiner. Samtliga planerade förändringsåtgärder testas under kortare period och sedan följs upp genom enkäter till personal och patienter. Vid behov görs justeringar, nytt test och ny utvärdering. Först därefter har beslut om implementering av förändrade arbetssätt/rutiner genomförts. Fokus har legat på att hitta arbetsrutiner som är enkla att följa, som tillvaratar hela arbetsteamets kompetens och ökar det interkollegiala lärandet, som bygger på tillgänglig evidens och som ger mätbara förbättringar i kvalitet och medicinsk säkerhet för patienterna.

Hela personalgruppen har involverats i förbättringsarbetena genom utbildningsdagar, workshops, information på APT och i veckomail mm. Projektledarna återkopplar fortlöpande resultaten till personalen bl.a. i form av visuell statistik som inspirerat och engagerat medarbetarna att hålla i nya arbetssätt som visat sig ge goda resultat. Hygien har varit ett särskilt fokusområde under 2021, delvis kopplat till pandemin, men även fokus på ett aktivt lärande under de återkommande mätningarna av följsamhet till basala hygien-och klädriktlinjer.

Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Avvikelser

Verksamhetsrådets arbete med att personalen ska rapportera risker för vårdskador, samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.



Chefer, MLA:er och verksamhetsutvecklare uppmuntrar samtliga medarbetare att rapportera identifierade risker. Efter omorganisation av ärendehantering har verksamhetsrådet nu oftast kort handläggningstid i Händelsevis. För antal rapporterade avvikelser – se bilaga 2

Exempel på förbättringar som genomförts inom verksamhetsområdet, med anledning av rapporterad avvikelser.

- Förhållningssätt gällande användning av tolk, vid tillfällen då patienten avböjer
- Ny rutin för uppföljning av familj, där barn skickats vidare till neonatal-enhet
- Uppdaterad rutin för funktionskontroll av utrustning vid vacuumextraktion
- Förtydligande i rutin gällande kontroller av nyfödda med riskfaktorer

För fler övergripande exempel se ovan under punkt *åtgärder som har genomförts och riskområden som identifierats*

Klagomål och synpunkter

Hur verksamhetsområdet sammanställer och analyserar inkomna klagomål och synpunkter inkomna via 1177, patientvägledare, PaN, IVO, NPE eller på annat sätt antal inkomna klagomål och synpunkter (i tabell)

De synpunkter och klagomål som inkommer hanteras huvudsakligen av verksamhetschef, vårdchef och verksamhetsutvecklare.

Exempel på förbättringar som genomförts baserade på inkomna klagomål och synpunkter

Vid ansamling av liknande klagomål har vi genomfört förbättringsarbeten, t ex gällande bemötande vid missfall där särskild taktfullhet och upprepad information i både tal och skrift är nödvändig för att undvika klagomål och missnöjda patienter och anhöriga, vilka sedan resulterat i tydligt minskat antal klagomål.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

Verksamhetsrådets arbete för att bibehålla patientsäkerheten även under kortvarigt förändrade förhållanden, exempelvis längre strömavbrott/IT-störning eller allvarlig sjukdom med luftburen smitta.



Vi har ett journalsystem inom obstetrike (Obstetrix) där vi relativt ofta tränas i att behöva använda oss av manuella rutiner vilket brukar fungera bra. Vi har inte simulerat hur vi skulle hantera en situation med samhällsspridning av en luftburen, allvarlig infektionssjukdom, men under pandemin har vi ställt om våra patientflöden och smittskyddsrutiner vid många tillfällen och dragit stor lärdom av att snabbt anpassa vården efter ständigt växlande förutsättningar.

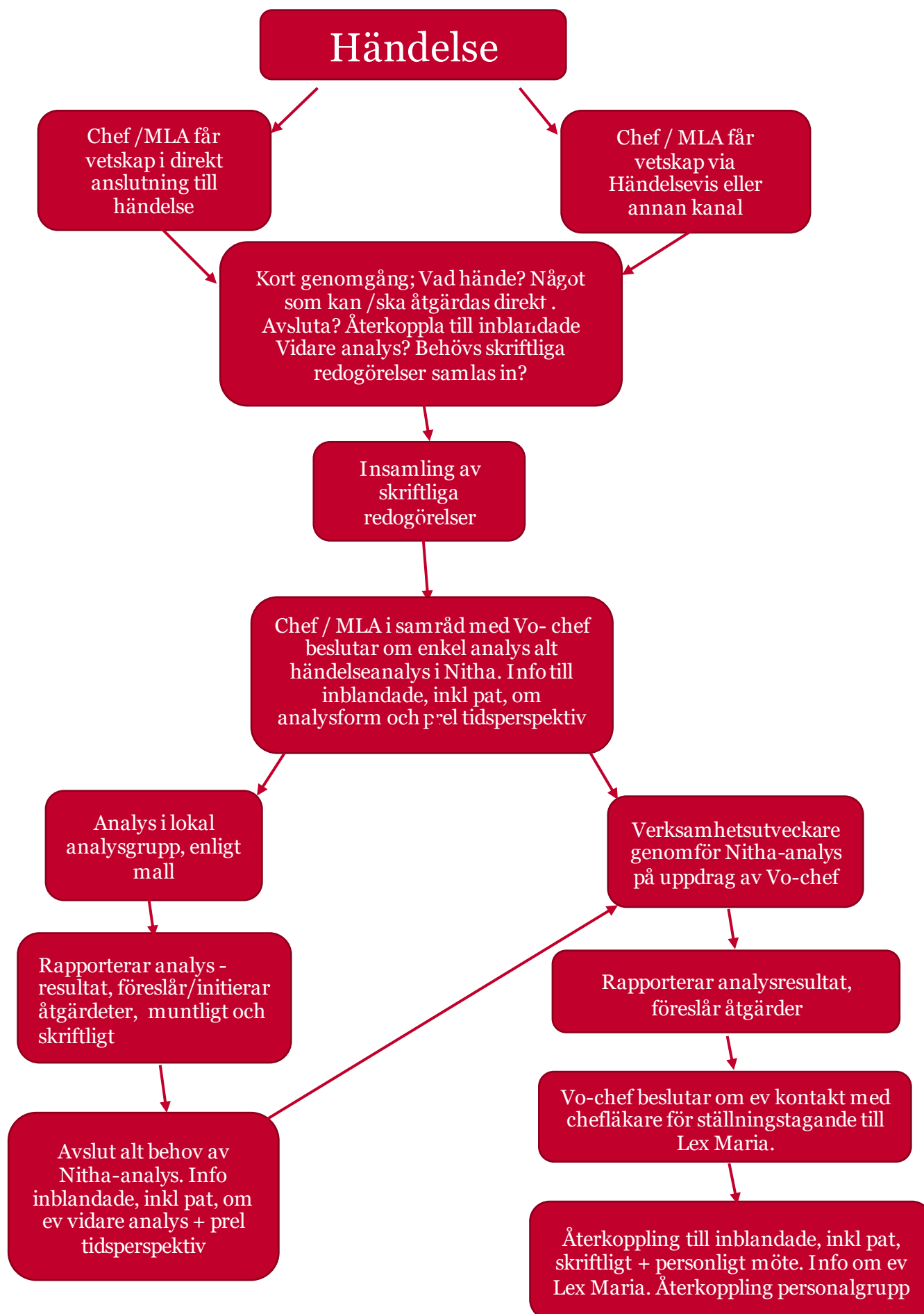
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

VO Kvinnor-Barn kommer även under 2022 fortsätta arbeta bred front för ökad patientsäkerhet och kvalitet. Verksamhetsrådets egenkontroll kommer att fortsätta med månadsvisa uppföljningar av patientutfall och regelbundna patientenkäter via det digitala systemet Rapportor.

En målbild är att vara ledande i Region Stockholm, gällande de ersättningsgrundande, sjukhusgemensamma kvalitetsmåten inom förlossningsvården – men även gällande inom övriga

fokusområden med betydelse för patientutfall i form av behandlingsresultat, nöjdhet och upplevelse av trygghet /tillit till vården. Resultat från Graviditetsenkäten kommer under 2022 att ingå som en naturlig del av vår regelbundna uppföljning. Barn-och ungdomsmottagningen kommer under året att ingå i ett pilotprojekt gällande att skicka besöks- kallelser digitalt. Förhoppningen är att detta kommer underlätta för våra familjer att ha överblick över sina bokade tider och kunna boka om digitalt, men är även ett led i vår hållbarhetsstrategi med minskad postgång och extraarbete för våra medarbetare med brevhantering etc.

Bilaga 1. Flödesschema alvarlig händelse



Bilaga 2. Tabell vårdavvikelser, synpunkter och klagomål

	Typ (tex. vårdavvikelser)	Antal aktuellt år	Antal föregående år	Övrig info	Kommentarer
	Genomförda händelseanalyser	5 st	4 st	1 Lex Maria – anmälan	Flera analyser kliniköverskridande
	Vårdavvikelser	195 st	134 st		Övervägande del avvikelser gällande BB/förlossning
	Inkomna klagomål	25 st			Inkomna via fler kanaler

Bilaga 3. Tabell för arbetsprocesser och system

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Avvikelsehantering via Händelsevis		
2	Remissbedömning /hantering av väntelistor		Rutin för regelbunden genomgång från respektive Läkare behöver tas fram.
3	Förbättringstavlor		Finns ej på BB-förlossning.
4	Eftervårdsprocessen		
5	Triagering och riskbedömning, inkl NEWS2 och O-NEWS.		
6	Operationsprocessen – val av operationsmetod och vårdform		
7	Systematisk introduktion och kontinuerlig utbildningsinsats, inklusive återkommande kunskapskontroll via bla SFOG och LÖF, samt via Lärtorget.		Påminnelserna till medarbetarna när det är dags att genomgå utbildningar i Lärtorget skulle behöva automatiseras.
8			
9			
10			

Förklaring

	fungerar
	arbete pågår, hinder finns
	arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat

Bilaga 4. Kvalitetsindikatorer

Indikatorer Vårdval förlossning	Utfall 2020	Målvärde 2021 (HSF)	Ack 2021
Bristning grad 3+4, 0-p Icke instrumentell förlossning,	2,1%(QV+GR)	3,7% Medelvärde Sthlm2020 (GR)	3,3% (QV) 3,5% (GR)
Bristning grad 3+4, 0-p Instrumentell förlossning,	11%(QV+GR)	11,7% Medelvärde Sthlm2020 (GR)	6,3%(QV+GR)
Robson 1 + 2b Fullg 0-p, spontan start, avslut med sectio + fullg 0-p induktion, avslut med sectio	9,5%(OBX)	12,5% Medelvärde Sthlm2020 (GR)	10,9%(OBX) 10,7%(GR)

Egna indikatorer obstetrik/barn	Utfall 2020	Målvärde 2021	Ack 2021
Robson 1 Fullgångna 0-p, spontan start, avslut med sectio	5,6% (OBX)	<6,1%	6,9% (OBX)
PCH vaginal förlossning	10,9% (QV) 11,7%(GR)	<5,5% (GR)	9,3%(QV) 10,2% (GR)
PCH vid sectio	16,7% (QV) 19% (GR)	<10,3% (GR)	14,3% (QV) 14,6% (GR)
Ph < 7 i navelartär	0,7% (QV)	<1%	0,4%
Apgar < 7 vid 5 min	1,2% (QV)	0,5% (HSF)	1,0%
Vikt nedgång > 10%	6,1% (QV)	<6,5%	6,3%

Övriga indikatorer sjukhusspecifika	Målvärde 2021	Ack 2021
Basala hygien –och klädriktlinjer – Separat redovisat/ enhet	=/ >80% korr	BUMM 100% Gynmott 90% BB 80% Förlossning 100%
Följsamhet WHO:s checklista Gemensamt med VO KOU / VO Anestesi.	>95%	91,6%
Opstart < 2 timmar Gemensamt med VO KOU / VO Anestesi	>83%	86,1%