

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus 2022

Vo Kvinnor och Barn



2023-03-23

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	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	Fel! Bokmärket är inte definierat.
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar	7
Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria	7
Klagomål och synpunkter	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Risker och riskmedvetenhet.....	9
Riskhantering	9
Sjukhusets/VOts planering med det robusta sjukhuset.	10
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	10
Bilaga 1. Tabell vårdavvikelser, synpunkter, klagomål och Lex Maria.....	11
Bilaga 2.Flödesschema alvarlig händelse	12
Bilaga 3. Tabell för arbetsprocesser och system.....	13
Bilaga 4. Tabell riskområden; resultat över tid.....	14

SAMMANFATTNING

- *Verksamhetsområdets tre viktigaste förbättringsåtgärder som genomförts 2022 och dess resultat inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.*
 - Expansion av Mottagningsoperation (MOP) med god tillgänglighet, hög patientnöjdhet samt hög effektivitet tidsmässigt och resursmässigt.
 - Inrättande av tjänster för specialistbarnmorskor inom obstetrik. Specialisttjänsterna innebär ett stort mandat att driva fortsatt utveckling av patientsäkerhet och patientflöden, inom respektive ansvarsområden
 - Riktade utbildningsinsatser med fokus på omhändertagande av svårt sjuka nyfödda, där hela vårdkedjan involverats (BB-förlossningens medarbetare, barnläkare, anestesi och neonatalbakjour).

- *Verksamhetsområdets viktigaste prioriterade områden för nästkommande år.*
 - Fortsatt utveckling MOP med införande av mer avancerade ingrepp, vilket möjliggörs då mottagningen rekryterat en egen operationssjuksköterska
 - Införande av Evira – en digital behandlingsmodell för barn och unga med obesitas
 - Elektroniska kallelser till BUMM – pilotavdelning.
 - Etablering av ”transportbarnmorskerad” i förlossningens bemanningsschema . Innebär att en utsedd/specialutbildad barnmorska har hand om hela vårdkedjan - från det att en sjuk nyfödd stabiliseras, inklusive användande av nasal-CPAP, tills barnet transporterats till mottagande neonatalenhet.
 - Ny-/omstart för obstetriken tvärprofessionella blödningsgrupp, med fokus på att minska stora blödningar vid både vaginala förlossningar och kejsarsnitt

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Övergripande mål och strategier

- *Mål och strategier gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbeteinförda i verksamhetsplan och/eller styrkort*

Övergripande mål i Vo Kvinnor-Barns styrkort	Målvoly	Utfall
Öka verksamhetsområdets digitaliseringsgrad	Öka	Ökat
Door to door-tid för patienter på gynakuten < 4 h	>78%	87%
Andel patienter som får vård /mottagningstid inom 90 dagar (barn/gyn)	>88%	91% /100%
Andel patienter som får behandling inom 90 dagar	>77%	78%
Uppnå uppsatta kvalitetsmål enligt HSF	100%	Sep redov

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 samt specialistbarnmorskor, följer sina egna kvalitetsmått tillsammans med verksamhetsutvecklare och styrgrupper. 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 och på en förbättrad eftervårdsprocess. Dessa grupper är tvärprofessionellt sammansatta med representation från berörda delar av verksamhetsområdet. Specialistbarnmorskorna (fokus normal förlossning, sjuka barn, bäckenbotten, amning och Aurora) samverkar med flertal andra professioner adekvata för respektive ämnesområde – t.ex. fysioterapeuter, kuratorer, anestesiloger. 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 prehospitall verksamhet. 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 2022 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 -barnvårdscentral. 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 under vårdtiden, där patienterna bl.a. 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 nyutexaminerade 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

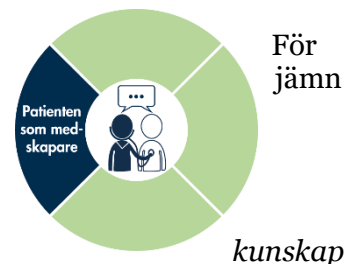
- *Metoder för hur yrkeskompetens och kunskap om kvalitet och patientsäkerhet kan säkerställas, genom kompetensutveckling och fortbildning för chefer och medarbetare*



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 kvinno- och barnläkare, anestesiloger, 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. barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor i 24/7-vården eftersträvas en fördelning av kompetensnivåer under varje arbetspass och arbetet leds av en erfaren koordinator.



- *Hur verksamhetsområdet arbetar med att skapa systemförståelse och om förbättrings- och implementeringsarbete.*

Verksamhetsområdets 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 verksamhetsområdets 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

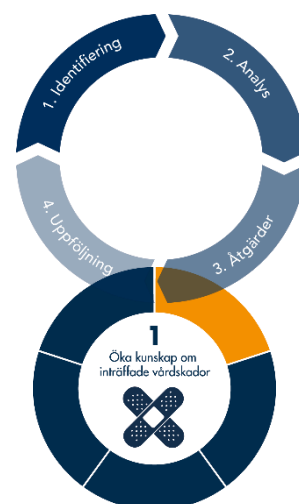
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

- *Verksamhetsområdets strategier och mål och kopplade till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året, inom de fem nationella fokusområdena.*

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar

Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria

- *Verksamhetsområdets arbete för att personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.*



Alla medarbetare uppmuntras aktivt att rapportera risker / händelser via rapporteringsverktyget Händelsevis. Utbildning / genomgång av begreppen risk, händelse, vårdskada m.fl, samt hur man rapporterar har hållits vid flera tillfällen under året.

- *Antal rapporterade vårdavvikelser 2022*

Se bilaga 1

- *Exempel på förbättringar som genomförts med anledning av rapporterad avvikelse.*
 - Uppdaterad och förtydligad struktur i barnkommoderna på förlossning och operation.
 - Uppdaterade rutiner för hantering av bilirubinprover hos nyfödda.
 - Förtydligande rutiner och utbildningsinsatser för rollfördelning och omhändertagande av akut sjuk gynpatient på stora akuten.
- *Hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.*

Allvarliga händelser rapporteras i Händelsevis och beslut om handläggning och uppföljning sker därefter enligt ett flödesschema, se bilaga 2

- *Antal händelser som utretts under året, och hur många som bedömts som allvarliga, anmält enligt Lex Maria*

Se bilaga 1

- *Viktiga åtgärder som har genomförts och riskområden som identifierats ,samt hur de har följts upp.*
 - Fortsatt förbättrade rutiner för omhändertagande av patienter med preeklampsi
 - Förbättrat omhändertagande av sjuk nyfödd, med fokus på samsyn genom hela vårdkedjan.
 - Månatlig uppföljning av utfall gällande nyfödda vid födelsen, samt fokus på tidigt användande av nCPAP vid andningsstörningar.

Klagomål och synpunkter

- *Hur klagomål och synpunkter som kommer till verksamhetsområdet via 1177, patientvägledare, PaN, IVO, NPE eller på annat sätt, sammanställs och analyseras.*

Inkomna klagomål och synpunkter hanteras huvudsakligen initialt av verksamhetschef, vårdchef och verksamhetsutvecklare . Sammanställs och analyseras fortlöpande och lyfts vidare till bl.a. styrgrupper, första linjens chefer vårdutvecklare och specialistbarnmorskor för uppföljning

- *Antal inkomna klagomål och synpunkter*

Se bilaga 1

- *Exempel på förbättringar som genomförts under året, baserade på inkomna klagomål och synpunkter*
 - Lägre tröskel för närvaro av undersköterska vid gynekologisk undersökning på gynmottagningen.
 - Infört kompletterande digital hemgångsinformation på BB via patient-TV.
 - Uppdaterade pre- och postoperation i samband med standardingrepp på MOP och centraloperation.

Tillförlitliga och säkra system och processer

- *De viktigaste arbetsprocesser och system inom verksamhetsområdet vilka påverkar kvalitet och patientsäkerhet*

Se [bilaga 3](#)



Risker och riskmedvetenhet

Riskområden

- *Identifierade riskområden för vårdskador inom verksamhetsområdet*



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

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

För utveckling av resultat över tid [se bilaga 4](#)

Riskhantering

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

Under 2022 har verksamhetsområdet inrättat fem nya tjänster för specialistbarnmorskor, med inriktningarna bäckenbotten, normalförlossning, sjuka barn, amning och förlossningsrädsla. I uppdraget för specialisttjänsterna ingår arbete med att identifiera, förebygga och hantera patientsäkerhetsrisker, bl.a. i samarbete med obstetriksektionens vårdutvecklare och Vo Kvinnor-Barns verksamhetsutvecklare.

Klinikens större förbättringsprojekt (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 resultatmått 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 involverats i förbättringsarbetena och specialistbarnmorskornas arbete genom utbildningsdagar, workshops, information på APT och i veckomail mm. Specialistbarnmorskor och projektledare 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 även under 2022, delvis kopplat till pandemin, men även fokus på ett aktivt lärande under de återkommande mätningarna av följsamhet till basala hygien-och klädriktlinjer.

Verksamhetsområdets planering med det robusta sjukhuset.

Samtliga enheter inom verksamhetsområdet arbetar kontinuerligt med uppdatering av checklistor och planer för att kunna behålla patientsäkerheten även under kortvarigt ändrade förhållanden /oväntade incidenter – t.ex längre strömavbrott och IT-störningar . Verksamhetsområdet deltar även aktivt i det sjukhusövergripande arbetet med katastrofplaner.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

VO Kvinnor-Barn kommer även under 2023 fortsätta arbeta på bred front för ökad patientsäkerhet och kvalitet . Verksamhetsområdets egenkontroll kommer att fortsätta med månadsvisa uppföljningar av patientutfall och regelbundna patientenkäter via det digitala systemet Rapportor.

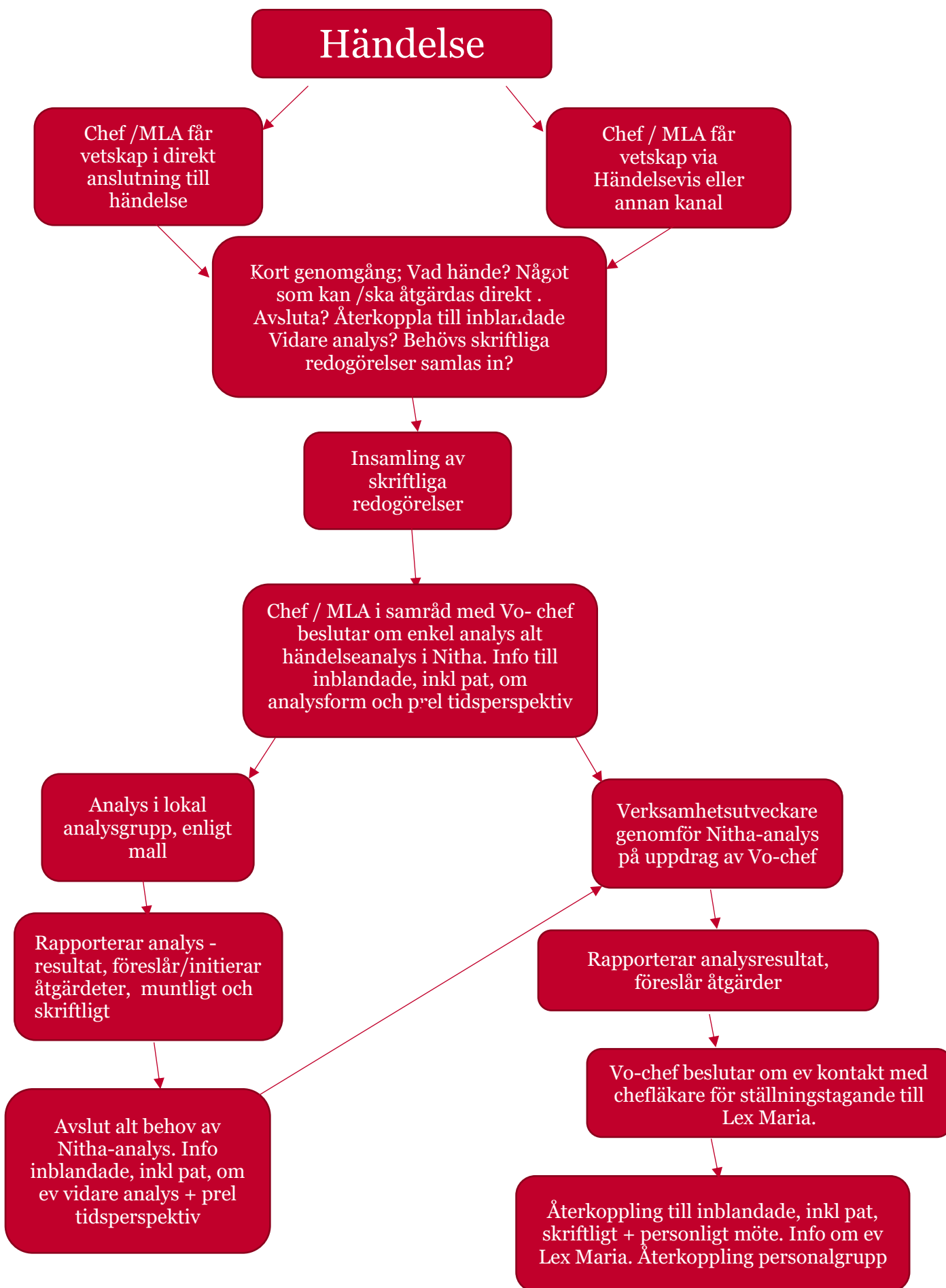
En målbild är att fortsätta vara ledande i Region Stockholm, gällande de ersättningsgrundande, sjukhusgemensamma kvalitetsmåttin inom förlossningsvården – men även gällande övriga fokusområden med betydelse för patientutfall i form av behandlingsresultat, nöjdhet och upplevelse av trygghet /tillit till vården (PREM och PROM)

F.ö fokusmål se Verksamhetsområdets viktigaste prioriterade områden för nästkommande år.

Bilaga 1. Tabell vårdavvikelser, synpunkter / klagomål, händelseanalyser

	Typ (tex. vårdavvikelser)	Antal aktuellt år	Antal föregående år	Övrig info	Kommentarer
	Vårdavvikelser via H-vis	213	195		
	Synpunkter och klagomål via 1177	8	9		
	Ärenden/ klagomål via PaN	17/44	10 /24	Ett ärende kan innehålla flera klagomål	
	Ärenden/ klagomål via IVO	2	2		
	Genomförda händelseanalyser	3	3	Centrala analyser i Nitha	
	Inlämnade Lex Maria	2	1		Ärendet från 2021 åter från IVO utan vidare åtgärd Ärenden från 2022 pågående hos IVO

Bilaga 2. Flödesschema allvarlig händelse



Bilaga 3. Tabell för arbetsprocesser och system

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
1	Avvikelsehantering via Händelsevis		
2	Remissbedömning /hantering av väntelistor		
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.		
8	Följsamhet till WHO:s checklista för säker operation		
9	Basala hygien-och klädregler		
10			

Förklaring

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

Bilaga 4. Riskområden; resultat över tid

Indikatorer Vårdval förlossning Ersättningsrelaterade	Utfall 2021	Målvärde 2022 (HSF)	Utfall 2022
Bristning grad 3+4, o-p Icke instrumentell förlossning,	3,3% (QV) 3,5% (GR)	4,2% Medelvärde Sthlm2021 (GR)	3,1% (QV) (3,0% (GR)
Bristning grad 3+4, o-p Instrumentell förlossning,	6,3% (QV+GR)	10,9% Medelvärde Sthlm2021 (GR)	8,2% (QV+GR)
Robson 1 + 2b Fullg o-p, spontan start, avslut med sectio + fullg o-p induktion, avslut med sectio	10,9% (OBX) 10,7% (GR)	12,9% Medelvärde Sthlm2021 (GR)	12,6% (OBX+ GR)

Egna indikatorer obstetrik/barn Ej ersättningsrelaterade	Utfall 2021	Målvärde 2022	Utfall 2022
Robson 1 Fullgångna o-p, spontan start, avslut med sectio	6,9% (OBX)	7% Eget mål	7,7% (OBX)
PCH vaginal förlossning	9,3% (QV) 10,2%(GR)	5,5 % (GR) Eget mål =< 2021	10,3% (QV) 10,4% (GR)
PCH vid sectio	14,3% (QV) 14,6% (GR)	10,3 % (GR) Eget mål =< 2021	18,6% (QV+GR)
Ph < 7 i navelartär	0,4% (QV)	1%	0,6%(QV)
Apgar < 7 vid 5 min	1,0% (QV)	0,5% (HSF) Eget mål =< 2021	1,7% (QV)

Övriga indikatorer sjukhusspecifika Ersättningsrelaterade (sjukhusavtalet)	Målvärde 2022	Ack 2022
BHK – Separat redovisat/ enhet	= / >80% korr 1:a + 2:a halvåret	Gynmott: 80% BUMM: 100% Förlossn:100% BB: 100%
Följsamhet WHO:s checklista Gemensamt med VO KOU / VO Anestesi.	>95%	94%
Opstart < 2 timmar Gemensamt med VO KOU / VO Anestesi	>78%	83,7%

