

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus 2023

## Vo Kvinnor och Barn



2024-02-

Åsa Wijkström / Verksamhetschef  
Johanna Katz Dalsgaard / Verksamhetsutvecklare

## Inledning

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 .....                                            | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 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 2023 och dess resultat inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.*
  1. Fortsatt utveckling mottagningsoperationer (MOP) med införande av mer avancerade ingrepp och patientkontrollrad sedering. Kortare tid till behandling då fler operationer kan utföras utanför c-operationsflödet. Patientstyrd sedering medför bl.a. ökad känsla av kontroll för patienten under ingreppet
  2. Införande av Evira – en digital behandlingsmodell för barn och unga med obesitas, vilken visat sig vara mer effektiv än konventionell behandling, med ökad delaktighet och medvetenhet för patienter och närstående. Evira är även ett redskap för att identifiera patienter med störst behov av insatser.
  3. 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.
  
- *Verksamhetsområdets viktigaste prioriterade områden för nästkommande år. (Aktiviteter i Vo KB:s verksamhetsplan 2024)*
  - Minska andelen blödningar > 1000 ml vid sectio
  - Minska andelen stora bristningar vid förlossning med vacumexcises
  - Öka andelen barn med prolongerad icterus, som provtas inom angiven tid
  - Förbättra omhändertagandet av akut sjuk patient på gynakuten

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning



## Övergripande mål och strategier

- Mål och strategier gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete införda i verksamhetsplan och/eller styrkort

| Övergripande mål i Vo Kvinnor-Barns styrkort                          | Målvolyt | Utfall           |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|------------------|
| Öka verksamhetsområdets digitaliseringsgrad                           | Öka      | <b>Ökat</b>      |
| Door to door-tid för patienter på gynakuten < 4 h                     | >78%     | <b>88%</b>       |
| Andel patienter som får vård /mottagningstid inom 90 dagar (barn/gyn) | >88%     | <b>86% /100%</b> |
| Andel patienter som får behandling inom 90 dagar                      | >77%     | <b>73%</b>       |
| Uppnå uppsatta kvalitetsmål enligt HSF                                | 100%     | <b>Se bil. 4</b> |

Följs upp på månadsuppföljningsmöten med VD (MuM), ledningsgrupp 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 prehospital 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 ett flertal födande som hänvisats från

andra sjukhus. Under 2023 dock något färre än tidigare år, framför allt p.g.a. sjunkande förlossningstal i regionen. Inom både kvinno- och barnsjukvården är patientflöden och vårdkedjor i samverkan med primärvården viktiga och väl utvecklade, såsom t. ex. mödrahälsövård-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 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 så gott som 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 temamöten för kvinno- och barnläkare, anestesiloger, barnmorskor och sjuksköterskor, med fokus på olika obstetriska och neonatal frågeställningar. Gyn-och barnmottagningarna har regelbundna utbildningstillfällen, fortlöpande under året, med fokus på olika delar av respektive verksamhet.

- *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 inställelsetid. Jourhavande barnläkare på förlossning/BB är alltid specialistkompetent. 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.



- *Hur verksamhetsområdet arbetar med att skapa systemförståelse och kunskap 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

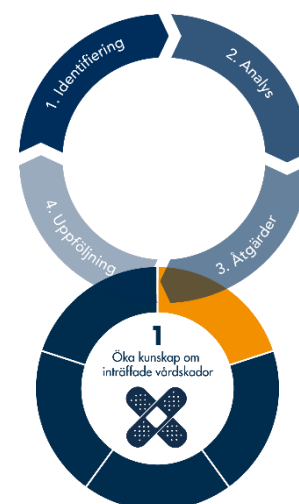
## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

- *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 2023*

Se bilaga 1

- *Exempel på förbättringar som genomförts med anledning av rapporterad avvikelse.*
  - Förtydligande gällande handläggning av barn (<18år) som söker akutmottagningen för gynekologisk åkomma
  - Teamträning med fokus på omhändertagande av cirkulatoriskt instabil patient på gynakuten
  - Utbildningsinsatser gällande följsamhet till rutiner inom obstetrien
- *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.*
  - Förtydligande/ uppdatering av rutiner vid rött respektive orange sectio.
  - Uppdatering av innehåll i barnkommoderna, med förtydligad märkning av bl.a. katetrar, samt genomgång med aktuella personalgrupper
  - Förtydligade instruktioner för läkemedelsspädning, i nära anslutning till barnbordet
  - Säkerställande av kontinuerlig information till föräldrar när barn omhändertas vid barnbordet
  - Riktlinje för överföring till sjukhus, vid påbörjad hemförlossning - inklusive handläggning vid ankomst

## 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*
  - Översyn av rutin gällande blodtransfusion och järnbehandling vid lågt blodvärde efter förlossning
  - Inspelade informationsfilmer om bl.a. tiden efter förlossning och amning har spelats in och lagts ut på klinikens externa hemsida

- Översyn av rutiner och riktlinjer gällande uppföljning av cellförändringar

## 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 viktneidgång)
- 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.*

Inom obstetrikern finns fem 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 bl.a. 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. Gynmottagningen har under året arbetat med att förbättra flödet för patienter på mottagningsoperation och införa patientstyrd sedsring. Flödesarbetet har utförts av en tvärprofessionell arbetsgrupp, med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

På gynakuten används akutliggaren för att kommunicera mellan yrkeskategorier såväl som ordinera och dokumentera åtgärder. Det pågår ett ständigt arbete med att säkerställa att alla använder sig av liggaren på rätt sätt. Därigenom minimerar vi risken för otydlighet mellan yrkeskategorier och standardiserar

arbetssätt. Huvudansvaret för utvecklingsinsatserna på akuten ligger på två ansvariga sjuksköterskor, tillsammans med verksamhetsutvecklare och MLA gynekologi. Inom området abortvård finns sedan flertalet år ett pågående projekt, men en huvudansvarig barnmorska som projektledare.

BUMM arbetar bl.a. mycket aktivt med väntelistor och för att öka personalkapaciteten. Ett arbete som liksom flertalet utvecklings- och patientsäkerhetsarbeten utförts av de tvärprofessionella teamen på mottagningen. Riktade insatser som att minska på tiden för att komma till provtagning för nyfödda med ikterus och annat genomförs fortlöpande under ledning av MLA barn.

## **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**

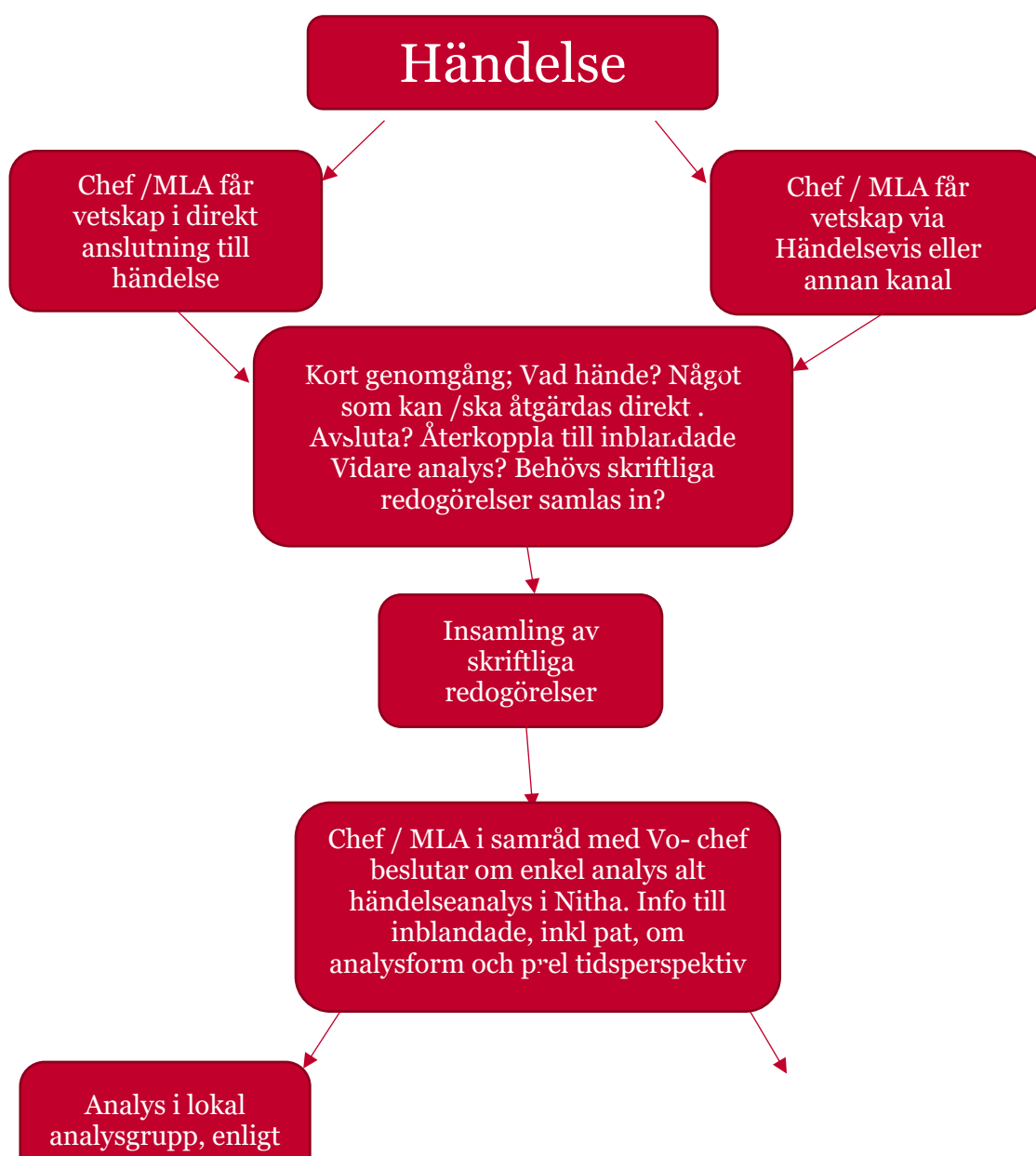
VO Kvinnor-Barn kommer även under 2024 fortsätta arbeta på bred front för ökad patientsäkerhet och kvalitet. Verksamhetsområdets egenkontroll kommer att fortsätta med månadsvisa uppföljningar av patientutfall och regelbundna patientenkäter via det digitala systemet Rapportor.

En målbild är att fortsätta vara ledande i Region Stockholm, gällande de ersättningsgrundande, sjukhusgemensamma kvalitetsmåten 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         | 287               | 213                 |                                         | Risk: 48%<br>Tillbud: 36%<br>Neg händelse: 16%                            |
|  | Synpunkter och klagomål via 1177 | 13                | 8                   |                                         |                                                                           |
|  | Ärenden/ klagomål via PaN        | 7/18              | 17/44               | Ett ärende kan innehålla flera klagomål |                                                                           |
|  | Ärenden/ klagomål via IVO        | ??                | 2                   |                                         |                                                                           |
|  | Genomförda händelse-analyser     | 4                 | 3                   |                                         | 2 analyser utförda hösten 2023 men slutrapporterade januari-februari 2024 |
|  | Inlämnade Lex Maria              | 1                 | 2                   |                                         | Samtliga ärenden från 2022 + 2023 åter från IVO utan vidare åtgärd        |

**Bilaga 2. Flödesschema allvarlig händelse**

Verksamhetsutvecklare genomför Nitha-analys på uppdrag av Vo-chef

Rapporterar analys - resultat, föreslår/initierar åtgärder, muntligt och skriftligt

Vo-chef beslutar om ev kontakt med chefläkare för ställningstagande till Lex Maria.

Återkoppling till inblandade, inkl pat, skriftligt + personligt möte. Info om ev Lex Maria. Återkoppling personalgrupp

### Bilaga 3. Tabell för arbetsprocesser och system

*Status 2023? Fler arbetsprocesser att lista?*

|    | Process/system                                                                                                                                 | Status                   | Åtgärdsplan (vid röd färg) |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1  | Avvikelsehantering via Händelsevis                                                                                                             | Kan förbättras           |                            |
| 2  | Remissbedömning /hantering av väntelistor                                                                                                      |                          |                            |
| 4  | Eftervårdsprocessen                                                                                                                            |                          |                            |
| 5  | Triagering och riskbedömning, inkl NEWS2 och O-NEWS.                                                                                           | Gäller endast pat på KoB |                            |
| 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                                                                                           | Klarade målet            |                            |
| 9  | Basala hygien-och klädregler                                                                                                                   | Klarade målet            |                            |
| 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 –<br>ersättningsrelaterade<br>Följs månadsvis | Utfall 2022                          | Målvärde 2023                     | Ack 2023                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Bristningar gr 3-4, o-p</b><br>Icke instrumentell förlossning              | <b>3,1%</b> (QV)<br><b>3,0%</b> (GR) | <b>4,3%</b><br>Medelv Sthlm 2022  | <b>3,3%</b> (QV)<br><b>3,5%</b> (GR)    |
| <b>Bristningar gr 3-4, o-p</b><br>Instrumentell förlossning                   | <b>8,2%</b> (QV+GR)                  | <b>11,7%</b><br>Medelv Sthlm 2022 | <b>14,7%</b> (QV)<br><b>15,7%</b> (GR)  |
| <b>Robson 1 + 2b</b><br>o-p, sp start + ind, avslut med sectio                | <b>12,6%</b> (OBX+GR)                | <b>13,5%</b><br>Medelv Sthlm 2022 | <b>12,2%</b> (OBX)<br><b>11,9%</b> (GR) |

| Indikatorer sjukhusavtalet, spec StS –<br>ersättningsrelaterade<br>Följs månadsvis | Målvärde 2023 | Ack 2023 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|

|                                                                          |                                                     |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Följsamhet till WHO:s checklista</b><br>Gemensamt med Vo KOU/Anestesi | <b>&gt;95%</b>                                      | <b>95,4%</b><br>(Alla Vo:n)                                                            |
| <b>Op-start &lt; 2 timmar</b><br>Gemensamt med Vo KOU/Anestesi           | <b>&gt;78%</b>                                      | <b>80%</b><br>(Alla Vo:n)                                                              |
| <b>Basala hygien-och klädregler</b><br>Redovisas separat / enhet         | <b>=/&gt; 80% korr</b><br><b>1:a + 2:a halvåret</b> | <b>BUMM: 90%</b><br><b>Gynmott: 100%</b><br><b>Förlossning: 100%</b><br><b>BB: 80%</b> |

| <b>Egenval indikatorer – ej ersättningsrelaterade</b><br><b>Följs månadsvis</b> | <b>Utfall 2022</b>                     | <b>Målvärde 2023</b> | <b>Ack 2023</b>                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| <b>Robson 1</b><br>o-p, sp start, avslutmed sectio                              | <b>7,7% (OBX)</b>                      | <b>&lt; 7%</b>       | <b>6,8% (OBX+GR)</b>                    |
| <b>Robson 2b</b><br>o-p, ind, avslut med sectio                                 | <b>24,1% (OBX)</b>                     | <b>&lt; 25%</b>      | <b>26,1% (OBX)</b><br><b>25,1% (GR)</b> |
| <b>PCH vaginal förlossning</b>                                                  | <b>10,3% (QV)</b><br><b>10,3% (GR)</b> | <b>&lt;2022</b>      | <b>8,3% (QV+GR)</b>                     |
| <b>PCH sectio</b>                                                               | <b>18,6% (QV+GR)</b>                   | <b>&lt;2022</b>      | <b>18,6% (QV)</b><br><b>19,7% (GR)</b>  |
| <b>PCH akut sectio</b>                                                          | <b>19,9% (QV+GR)</b>                   | <b>&lt;2022</b>      | <b>18,2% (QV)</b><br><b>18,9% (GR)</b>  |
| <b>PCH elektivt sectio</b>                                                      | <b>17,0% (QV+GR)</b>                   | <b>&lt;2022</b>      | <b>19,3% (QV)</b><br><b>20,7% (GR)</b>  |
| <b>pH &lt;7 i navelartär</b>                                                    | <b>0,4% (QV)</b>                       | <b>&lt;1%</b>        | <b>0,5%(QV)</b>                         |
| <b>Korrekt tagna pH navelartär</b>                                              | <b>44,7% (GR)</b>                      | <b>&gt; 2022</b>     | <b>Ej data (GR)</b>                     |

|                                  |                   |                  |                                   |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------|
| <b>Apgar &lt;7 vid 5 min</b>     | <b>1,0% (QV)</b>  | <b>&lt;2022</b>  | <b>1,7% (QV)<br/>Ej data (GR)</b> |
| <b>Urinretention post partum</b> | <b>0,98% (QV)</b> | <b>Ej ökning</b> | <b>1,2% (QV)</b>                  |