



## KVALITETSREDOVISNING 2019

### VERKSAMHETSOMRÅDE: KVINNOKLINIKEN

### KUNSKAPSBASERAD VÅRD

### KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED SLL

#### Kvalitetsindikatorer enligt vårdavtalet med SLL

	2019	(2018)
Tid till mottagningen inom 30 dagar:	94 %	(95%)
Tid till behandling inom 90 dagar:	98 %	(98%)

**Analys:** Nedgången från 2018 tror vi beror på viss resursbrist av planerare på Gynmottagningen under första halvåret 2019. Under andra halvåret har vi haft fullgod bemanning av mottagnings- och operationsplanerare vilket har gett oss bättre förutsättningar att optimera väntelistor och tidböcker.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Rekrytering samt genomgång och utbildning i rutiner och hantering av väntelistor, bokningar samt uteblivna besök på Gynmottagningen och Operationsplaneringen. Deltagande i Öppenvårdsnätverket på sjukhuset. Identifierat specifika patientgrupper som blivit väntande och fokuserat på att planera in dessa.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta arbetet som byggts upp under 2019.

### KVALITETSREGISTER

#### GynOp

Kvinnokliniken samlar information i GynOp som är ett nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi i syfte att kvalitetssäkra och kvalitetsförbättra vården samt i forskningssyfte. All större gynekologisk kirurgi ingår såsom hysterektomier och andra större operationer av livmodern, t ex borttagande av myom, operation av äggstockar och äggledare, gynekologisk tumörkirurgi, hysteroskopier och endometrieablationer, framfalls- och inkontinenskirurgi samt sutur av bristning i samband med förlossning. Både slutenvårds- och dagvårdsoperationer ingår.

GynOp innehåller uppgifter som samlas både före, under och efter den kirurgiska behandlingen. Inför operationen svarar patienten på en enkät som innehåller frågor om de gynekologiska besvär som ska åtgärdas men även grundläggande hälsouppgifter.

Läkaren registrerar undersökning inför operationen, uppgifter om själva ingreppet – vad och hur man opererat samt ev. komplikationer som uppstått under själva operationen. Patienten svarar på



en enkät 8 veckor resp. 1 år efter operationen. Läkare eller annan vårdpersonal gör en bedömning av patientens enkätsvar.

## TÄCKNINGSGRAD I GYNOP

**Mål:** >90%

**Resultat:** Andelen patienter som rapporterats till GynOp ligger på 100%.

**Analys:** Den höga täckningsgraden håller i sig från 2018 och det som skulle kunna missas har att göra med den mänskliga faktorn. Inmatningen är i princip helt och hållet manuell samt beroende av flera olika funktioner/personer.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Under 2019 har arbetsflödet med GynOp setts över och förbättrats. Färre funktioner är inblandade, standardiserade brevsvår är skapade och vi har en systematik för uppföljning av alla enkäter. Alla som behöver kontakt blir kontaktade av opererande läkare eller patientsäkerhetscontroller. Övriga har möjlighet att ringa till gynmottagningen om de har frågor.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta med arbetet som byggts upp under 2019.

## PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER I GYNOP

**Resultat - Hysterektomi:** 72% svarade på enkäten och 70% av dessa uppgav i sitt enkätsvar att de upplevde avsaknad av komplikation eller oväntade besvär som föranlett vårdkontakt.

**Resultat – Framfallsoperation:** 68% svarade på enkäten och 65% av dessa uppgav i sitt enkätsvar att de upplevde avsaknad av komplikation eller oväntade besvär som föranlett vårdkontakt.

**Resultat – Inkontinensoperation:** 70% svarade på enkäten och 80% av dessa uppgav i sitt enkätsvar att de upplevde avsaknad av komplikation eller oväntade besvär som föranlett vårdkontakt.

**Analys:** Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som infektioner, sårproblem och bristande information. Indikatorn är påverkbar med information och av det totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning utan patientens värdering av huruvida en komplikation inträffat eller om brister i information förekommit. Man bör komma ihåg att det som patienterna ibland upplever/anger som komplikation kan vara ett naturligt läkningsförlopp enligt läkares bedömning.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Se genomfört förbättringsarbete under täckningsgrad GynOp.



Planerat förbättringsarbete 2020: Fortsätta med arbetet som byggts upp under 2019.

## VÅRDVALSINDIKATORER FÖRLOSSNING

Mått/indikatornamn	Rekommenderat värde/lägsta nivå	Danderyds Sjukhus. Resultat för 2019 (2018 inom parentes)	Planeras att vara ersättningsrelaterad Ja/Nej	Kommentarer
Andel förstföderskor, Robson 1 som blir snittade	Målvärde: <6,5% Minimivärde: 8,3% (Källa: OBX/Robsonrapp)	9,5% (9,5%)	Nej	-
Andel Apgar score <4 efter 5 min av fullgångna, levande födda (>=37+0)	Målvärde: Ej angivet Minimivärde: Ej angivet (Källa: OBX/Grav.reg)	0,2% (0,2%)	Nej	-
Andel Apgar score <7 efter 5 min av fullgångna, levande födda (>=37+0)	Målvärde: <0,5% Minimivärde: 0,7% (Källa: OBX/Grav.reg)	0,9% (0,7%)	Nej	-
Andel fullgångna (>=37+0) barn som överflyttas till neonatalavdelning	Målvärde: Ej angivet Minimivärde: Ej angivet (Källa: GUPS/LUD)	0,9% (0,9%)	Nej	Medelvärde beräknat på data från jan -nov
Andel kvinnor med urinretention som kräver tappning eller kateter efter förlossningen	Målvärde: <0,4% Minimivärde: 0,9% (Källa: GUPS/LUD)	1,8% (1,6%)	Ja	Missvisande resultat pga. olika PM inom SR kring urinretention Medelvärde beräknat på data från jan-nov
Andel svåra bristningar hos förstföderskor med vaginal förlossning	Målvärde: <4,4% Minimivärde: 6,5% (Källa: OBX/Grav.reg)	4,1% (5,2%)	Ja	-
Andel blödningar >1000 ml vid vaginala förlossningar	Målvärde: <6,3% Minimivärde: 7,7% (Källa: OBX/Grav.reg)	7,2% (5,8%)	Ja	-
Andel blödningar >1000 ml vid kejsarsnitt	Målvärde: <11,5% Minimivärde: 15% (Källa: OBX/Grav.reg)	16,2% (14,9%)	Ja	-
Andel med komplikationer i samband med kirurgiska ingrepp	Målvärde: <10,4% Minimivärde: 12,9 % (Källa: GUPS/LUD)	12,2% (10,9%)	Ja	Medelvärde beräknat på data från jan-nov
Andel kvinnor som har kontinuerligt stöd av barnmorska på förlossningsrummet under förlossningens aktiva fas	Målvärde: Ej angivet Minimivärde: Ej angivet (Källa: Manuell mätning)	53% (41%)	Nej	Resultatet avser endast mätning under våren. Höstens mätning ej sammanfattad ännu

**Analys:** Det har inte varit enkelt att förhålla sig till kvalitetsindikatorerna för vårdval förlossning då det har varit oklart vilka indikatorer som egentligen gäller, vilken databas resultatet skall hämtas ifrån samt hur urvalet vid framtagande av data har programmerats i de olika databaserna. Dialog har under året förts med avtalshandläggare på HSF för att få klarhet i detta samt vilka indikatorer



som skall vara ersättningsrelaterade. I september 2019 fick vi en bruttolista för 2019. Vi väntar nu på besked om vilka indikatorer samt vilka målnivåer som skall gälla för 2020.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Under hösten 2019 formades en arbetsgrupp med representanter från Stockholms förlossningskliniker under ledning av avtalshandläggare på HSF. Målet var att gå igenom, kvalitetssäkra och förankra de utvalda indikatorerna samt säkerställa att resultaten mellan VAL-databasen och graviditetsregistret överensstämmer med varandra. Detta arbete pågår fortfarande.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Eftersom processen är mer komplicerad än man trott kommer arbetet med utveckling och uppföljning av indikatorerna att fortsätta under 2020. Fortsatt arbete inom de grupper som arbetar med s.k. SKL-projekt BRIK med uppföljning av resultat och revidering av handlingsplaner.

## ÖVRIGA RELEVANTA KVALITETSREGISTERUTFALL

### Graviditetsregistret

Graviditetsregistret är en sammanslagning av kvalitetsregistren för mödrahälsovård fosterdiagnostik och förlossningsvård. Graviditetsregistret har en hög täckningsgrad eftersom vi inhämtar data från Obstetrix som är ett standardiserat, elektroniskt journalsystem vilket omfattar de flesta gravida som skrivs in vid mödrahälsovård.

**Mål:** Att utveckla och öka kvalitén inom vården av gravida, födande kvinnor och deras nyfödda genom insamling av information.

**Resultat:** Utfall från Graviditetsregistret redovisas under rubriken "Vårdvalsindikatorer Förlossning" ovan.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vårdenhetschefer, MLA och sektionschef samt kvalitetsutvecklare har i QRC:s regi gått en halvdags utbildning i datauthämtning från registret. Kvalitetsutvecklare och patientsäkerhetsläkare är utsedda till enhetsadministratörer för graviditetsregistret.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Enhetsadministratörerna för Graviditetsregistret skall gå en fördjupad utbildning i uthämtning av data och rapporter under våren 2020.

### Bristningsregistret (GynOp)

Bristningsregistret är ett verktyg för att följa upp kvinnor med förlossningsbristningar avseende komplikationer inom 2 månader efter förlossningen och funktionellt resultat ur kvinnans perspektiv efter 1 år. Resultaten återkopplas direkt till den som suturerat skadan. Kvinnor som behöver ytterligare hjälp kan identifieras och klinikens resultat kan jämföras nationellt.



**Mål:** Att fånga upp kvinnor som har besvär efter förlossningsbristningar och erbjuda uppföljning vid behov, ge återkoppling till läkare och barnmorskor som suturerar bristningar om hur det går för kvinnan, att ge klinikerna uppföljning av sina medicinska resultat, att skapa underlag för nationell jämförelse och FoU inom området förlossningsbristningar samt att indirekt förbättra handläggningen av förlossningsbristningar genom att efterfråga hur de diagnostiseras och sutureras.

**Resultat:** Täckningsgrad i bristningsregistret ligger på 100%, dvs alla som får en bristning av grad 3 och 4 (sfinkterskada) registreras i registret och följs, vid behov, upp på individnivå.

Upplevda komplikationer	Antal bristningar 2019	Andel som anger problem med att kontrollera gaser		Andel som anger problem med underlivssmärta		Andel som anger problem med samlagssmärta*	
		8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)	8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)	8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)
<b>Grad 3</b>	116 st.	47%	40%	37%	Frågas ej	Frågas ej	10%
<b>Grad 4</b>	8 st.	40%	57%	20%	Frågas ej	Frågas ej	0%

\*måttlig, stark eller olidlig smärta

Resultat-nöjdhet	Mycket nöjd el nöjd		Varken nöjd el missnöjd		Missnöjd el mycket missnöjd		Uppgift saknas	
	8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)	8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)	8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)	8 v (tom okt 2019)	1 år (2018)
<b>Grad 3</b>	Frågas ej	69%	Frågas ej	20%	Frågas ej	8%	Frågas ej	3%
<b>Grad 4</b>	Frågas ej	86%	Frågas ej	0%	Frågas ej	0%	Frågas ej	14%

**Analys:** Eftersom resultat av 8v enkät för 2019 endast är klart tom oktober 2019 redovisas resultat fram tom dess. Eftersom resultat av 1-årskät för 2019 inte är klara redovisas resultat från helår 2018.

*Analys av upplevda komplikationer:* Patienter med bristning av grad 3 anger komplikationer i större omfattning än patienter med en bristning av grad 4 förutom problem med att hålla gaser efter ett år.

*Analys av nöjdhet:* Patienter med bristning av grad 4 är mer nöjda med omhändertagandet än de som har en bristning av grad 3.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** För att statistiken skall bli pålitlig har arbetet med att journalföring förs enligt anvisning så att registreringen i bristningsregistret blir korrekt.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta på inslagen väg samt följa upp resultat av 3D-ultaljud som görs på vår bäckenbottenmottagning.

## EV.NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER

### GYNEKOLOGI:

*Mikrovågsablation av livmodermyom*



**Mål:** att införa en ny och minimalinvasiv behandlingsmetod för kvinnor med myom (muskelknutor) i livmodern

**Syfte:** Att kunna erbjuda en säker och minimalinvasiv behandlingsmetod som alternativ till öppna eller laparoskopiska operationer.

**Resultat:** En behandlingsstudie har utförts med mycket goda resultat avseende effekt och säkerhet.

**Plan 2020:** Metoden kommer nu att fortsätta utvärderas i en prospektiv studie där metoden kan erbjudas fler patienter, även utomlänspatienter.

#### *Förbättrat omhändertagande av patienter med endometrios*

**Mål:** att erbjuda ett bättre och mer enhetligt omhändertagande av patienter med endometrios ffa när de söker på grund av akuta smärtskov

**Syfte:** Vi har infört ett system med en "vårdplan endometrios" i TC-journalen, där man lätt kan se vilka åtgärder som i överenskommelse med patienten, smärtkliniken och KK har planerats

**Resultat:** Vårdplanen har uppfattats som hjälpsam och effektiv i det att den lätt kan hittas och man slipper leta i långa journaler efter en vårdplan.

**Plan 2020:** att fortsätta implementera detta hos fler patienter samt fortsätta med smärtronder på vår gynekologiska avdelning.

#### *Införandet av akuta observationsplatser på avd. 14*

**Mål:** att effektivisera omhändertagande av akuta patienter och minska andelen som behöver läggas in i slutenvård. Så att patienterna inte behöver stanna onödigt länge i väntan på en formell utskrivning av läkare.

**Syfte:** Patienter som behöver en vårdtid kortare än 6 timmar ska planeras färdigt på akuten så att de efter sin behandling/observation kan gå hem utan ny läkarbedömning, så länge förloppet varit det förväntade.

**Resultat:** Har hittills använts i begränsad utsträckning men denna process implementeras allt mer och har i förkommande fall fungerat väl.

**Plan 2020:** Att med viss modifikation vad gäller ffa journalföring och DRG-registrering fortsätta med denna vårdprocess i ökande utsträckning.

#### *Införa diagnostik med 3D-ultraljud för kvinnor med bäckenbottensskador efter förlossning.*

**Mål:** Förbättra diagnostiken av dessa besvär med mål att bättre styra behandlingen och därmed uppnå ett bättre behandlingsutfall

**Syfte:**

**Resultat:** Metoden har införts under året. Två läkare har nu regelbundet 3D-ulj mottagning på bäckenbottencentrum

**Plan 2020:** Att fortsätta med denna undersökningsmetod som rutin vid besök på bäckenbottencentrum. Investering in ny ultraljudsapparat

#### *Möjliggöra diagnostik med mellannålsbiopsier på vår ultraljudsmottagning.*



**Mål:** Att själv kunna utföra diagnostik av oklara tumörer i lilla bäckenet.

**Syfte:** Fler patienter remitteras till oss för utredning av ev. tumörsjukdom i och med införandet av ett diagnostiskt centrum på DS. Vi behövde därför förbättra och snabba på denna diagnostik.

**Resultat:** Investeringar har gjort i nödvändig utrustning och mellannålsbiopsier utförs nu vid behov av specialistultraljuds-kompetenta kollegor.

**Plan 2020:** Fortsätta denna verksamhet.

#### *Teamkonferenser Urogyn*

**Mål:** Att förbättra omhändertagandet av våra urogynekologisk patienter med mer komplexa besvär där tätt samarbete mellan ffa uroterapeuter och gynekolog är nödvändigt

**Syfte:** se ovan

**Resultat:** Urogynekologiska terapikonferenser hålls nu var tredje vecka med gott resultat och uroterapeuterna har kunnat öka andelen patienter de ser, beslut om t.ex. operationer sker mer likartat mm.

**Plan 2020:** Fortsätta på samma sätt.

#### *Fisteloperationer*

**Mål:** Utveckla verksamheten vid bäckenbottencentrum genom att tillsammans med colorektalkirurgen lära oss ny, mindre invasiv, metod för att åtgärda recto-vaginala fistlar efter bl.a. förlösningsskador. Expert från Danmark har varit engagerad och varit här och lärt ut metoden.

**Syfte:** se ovan

**Resultat:** två läkare (gynekolog + kirurg) kan nu självständigt denna operationsmetod och använder den.

**Plan 2020:** Att ansöka om att bli en Nationellt Högspecialiserat Vård – enhet inom detta område. Sprida kunskapen till fler läkare.

#### *Hybridsal med emboliseringsmöjlighet akut*

**Mål:** Förbättra omhändertagandet av kvinnor med akuta, stora blödningar, ffa postpartum. Ökad patientsäkerhet då man slipper transportera instabila patienter och minskad risk att behöva utföra akuta hysterectomier.

**Syfte:** se ovan.

**Resultat:** I november startades verksamhet med möjlighet att införa embolisering akut i nya sjukhusbyggnaden. Hittills har vi ej behövt utnyttja den men det har möjliggjort att man vågat behålla en patient här istället för att transportera till annat sjukhus.

#### *Planerade eller redan startade nyheter 2020:*

Införandet av op-planeringskonferens en gång/vecka.

Nedflyttande av dagkirurgiska patienter från avd. 14 till uppvakningsavdelningen.

Sammanslagning av abortenheterna till en gemensam abortenhet.



## OBSTETRIK

Under 2019 har vi huvudsakligen arbetat vidare med våra tre SKR-finansierade projekt;

1. *Minska andelen undvikbara kejsarsnitt*
2. *Minska andelen perinealbristningar grad 3–4*
3. *Stöd till kvinnor med förlossningsrädsla*

Vi har under slutet av året startat upp en ny SKR-finansierad projektgrupp (4.) med syfte att *minska andelen förlossningar med riklig blödning >1000 ml.*

Delaktiga i dessa projektgrupper är såväl läkare, barnmorskor samt undersköterskor.

**Mål:** *Minska andelen undvikbara kejsarsnitt*

**Syfte:** Se ovan.

**Resultat:** Under 2019 har arbetet fortsatt med implementeringen av den checklista som ska fyllas i inför att beslut om akut sectio tas. Denna checklista utarbetades föregående år. Checklistan är en hjälp i att se att alla tänkbara åtgärder är utförda innan beslut tas om att avbryta en vaginal förlossning för akut sectio.

Projektgruppen har fortsatt gått igenom alla förlossningsförlopp som avslutats med akut sectio och gett feedback till de medarbetare som varit delaktiga i förloppet. Denna feedback har varit mycket uppskattad som internutbildning då man fått tips om vad man i vissa fall kunna göra annorlunda. Den har i andra fall gett bekräftelse på att det troligen inte funnits någon annan utväg än akut sectio, att beslutet var korrekt.

Robson 1 under 2019 ligger kvar på 9,5% (samma nivå som 2018) vilket vi tolkar vara uttryck för att arbetssättet med checklistan är väl implementerat.

Robson 2 var 2019 24,3% vilket är en förbättring jämfört med året innan (27%). Även detta tolkar vi vara uttryck för att checklistan verkligen används.

Under 2018 var KK DS värd för ännu en CTG Master Class. Syftet har varit att säkerställa att alla medarbetare har god kunskap i att tolka CTG-kurvor och med det, i förlängningen, minska andelen undvikbara kejsarsnitt.

Vi har under 2019 ytterligare förstärkt klinikens CTG-kompetens då några läkare och barnmorskor gått en vidareutbildning i CTG; CTG Master Class Advanced. Vi har nu några medarbetare med spetskompetens i CTG-tolkning. Tanken är att de i vardagen och vid föreläsningar, workshops etc. ska förmedla sin kunskap vidare på kliniken. Grundläggande krav är att alla medarbetare på obstetrikens inklusive jourhavande läkare skall ha gjort CTG-utbildningen varje år.

Under 2019 har vi satsat på att utöka kompetensen vid vaginal sätesförlossning. Syftet är även här att minska andelen undvikbara kejsarsnitt.





Barnmorskor och läkare med särskilt intresse har under året gått kurser i vaginal sätesförlossning. Vi kan redan nu se att detta gett resultat då andelen vaginalförlösta simplexsäten ökat från 3,4 % (2018) till 8,4% (2019), från graviditetsregistret.

**Plan 2020:** Fortsätta använda oss av checklistan vid akuta kejsarsnitt. Vi kommer att avsluta den regelbundna feedbacken vid akuta kejsarsnitt då vi anser att arbetssättet med checklistan nu är så väl implementerat att dessa resurser bättre används på annat håll.

Regelbundna CTG-fall och diskussioner i läkargruppen i samband med morgonmöten. Diskussionerna leds av medarbetare med spetskompetens i CTG-tolkning.

”Sätes-workshops” för medarbetare på förlossningen. Vi planerar att upprätta s.k. ”sätesbakjour” för att ytterligare möjliggöra fler vaginala sätesförlossningar.

**Mål:** *Minska andelen perinealbristningar grad 3–4*

**Syfte:** Se ovan.

**Resultat instrumentell förlossning:** Projektgruppen har under året fokuserat på att minska andelen sfinkterskador i samband med sugklocke-förlossning. Workshops har anordnats för klinikens jouraktiva läkare där man har fått öva på att lägga sugklocka samt att hålla perinealskydd. Arbetsgruppen har också producerat en instruktionsfilm kring förlossning med sugklocka. Denna film ligger nu lättillgänglig på klinikens intranät. Individuell feedback till operatör då utfall resulterat i sfinkterskada. Vid ST-läkarnas introduktion går ST-läkare med barnmorska från bristningsteamet under 10 dagar i syfte att självständigt handlägga så många PN som möjligt. Vi gläds åt att detta arbete har gett resultat. Under 2019 var andelen sfinkterskador (perinealruptur grad 3–4) 10,8% vid sugklocka, att jämföra med 12,4 % för 2018.

**Plan 2020:** Säkerställa att alla jouraktiva läkare deltagit i en sugklocke-workshop. Under kommande år planerar projektgruppen bjuda in en internationell gästföreläsare till kliniken för att ytterligare inspirera till bättre resultat.

**Resultat vaginal förlossning:** Under våren hade vi workshops i suturering. Efter feedback-utbildningen som genomfördes 2018 för avdelningens alla barnmorskor har vi gjort enkätundersökning som pre- och postmätning i hur personalen ger feedback. Vi har haft individuella, reflekterande samtal efter varje sfinkterskada (bristning grad 3 och 4) enligt tidigare utarbetad modell. Vi har även haft temamånader för förlossningens barnmorskor om dokumentation vid suturering, anläggande av episiotomi samt om förstföderskor med ingen eller en bristning av grad 1. Resultatet av detta arbete är glädjande då andelen förstföderskor med bristning av grad 3 eller 4 vid vaginal förlossning har minskat ytterligare från 5,2% 2018 till 4,1% 2019. För både först- och omföderskor tillsammans är resultatet ännu bättre och landar på 2,0% 2019 jämfört med förra året då det låg på 2,1%.

**Plan 2020:** Fortsätta med arbetet som byggts upp under 2018 och 2019.



**Mål:** *Stöd till kvinnor med förlossningsrädsla*

**Syfte:** Se ovan.

**Resultat:** Arbetssättet med kvinnor med förlossningsrädsla har för läkargruppen under en tid varit otydligt. Detta har bland annat lett till att juniora doktorer kunnat hamna i mycket krävande förlossningsförberedande samtal. Vi har under året uppmärksammat detta och under slutet av hösten påbörjades ett nytt arbetssätt. Det är nu tydligt definierat vilka seniora doktorer som kan ha samtal med förlossningsrädda kvinnor, dvs vilka läkare som ingår i Auroragruppen. Vi har också utarbetat en rutin där ingen läkare enskilt ger besked om ev. elektiv sectio utan detta beslut skall tas i den gemensamma gruppen. Vi hoppas att detta på sikt kan få till följd att vi på kliniken kommer att ge mer samstämmiga beslut kring elektivt sectio på icke medicinsk grund.

**Plan 2020:** I början av året kommer hela Auroragruppen, bestående av barnmorskor, läkare och kuratorer, ha ett uppstartsmöte där rutiner för gruppens fortsatta arbete kommer att klargöras. SKR-medlen är för året begränsade varför TAF-projektet succesivt kommer att avslutas. Detta gör att det är av ännu större vikt att kliniken egna arbetssätt är välfungerande så att kvinnor med stark förlossningsrädsla kan få den hjälp och det stöd de behöver. Ett regionsövergripande uppdrag har gått ut till förlossningsklinikerna, från TAF, att kartlägga auroraverksamheten på respektive klinik.

**Mål:** *Minska andelen förlossningar med riklig blödning >1000 ml*

**Syfte:** Se ovan.

**Resultat:** Projektgruppen startade upp under hösten och har endast haft ett fåtal möten. Stöd från QRC. Man har gjort en nulägesanalys där man direkt kunnat se att det finns en stor osäkerhet i hur vi uppskattar blodförlusten vid en förlossning.

Under året har 7,2% av de vaginala förlossningarna haft en blödningsvolym >1000 ml, att jämföra med 7,3% för riket. Vid förlossning med kejsarsnitt är siffrorna 16,2% för KK DS resp. 14,2% för riket.

**Plan 2020:** Införskaffa vågar till samtliga förlossningssalar så att korrekt blodförlust vid vaginala förlossning ska kunna anges.

Fortsätta arbetet och också fokusera på hur vi kan minska blodförlusten vid kejsarsnitt.

## SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### **Åtgärd för ökad patientsäkerhet 2019.**

Under 2019 har arbetet med struktureringen av patientsäkerhetsarbetet fortgått som planerat. Stort fokus under året har varit att kontinuerligt återföra till verksamheten både medarbetar och



patient/närstående rapporterade synpunkter/klagomål/avvikelser. Att säkerställa att de åtgärder som har vidtagits för att minska risken för upprepning av det som inte har fått en optimal hantering har varit en viktig uppgift för patientsäkerhetsgruppen att förmedla till verksamheten/medarbetarna. I den uppföljning av svaren från patienterna i de enkäter som kliniken har utfärdat samt i patient/närstående rapporterade synpunkter/klagomål har vi sett att det finns ett visst missnöje över bristande information samt upplevelsen av att informationen som ges av medarbetarna inte är samstämmig. Ett projekt har av den anledningen startats upp i ambitionen att förbättra den patientupplevd kvalitén av informationen som ges till patienterna vid vårdtillfällen på kliniken. Ett projekt som kommer att fortsätta under Q1 2020.

Att ge ett snabbt svar till patienter/närstående som rapporterat in synpunkter/klagomål har varit en ambition som kliniken haft som mål under året och som vi kan konstatera att vi har levt upp till. Som föregående år har "Patientsäkerhet" varit en stående punkt på agendan i relevanta forum på kliniken.

Det löpande systematiska kvalitetsarbetet gällande patientsäkerhet har hanterats först och främst av chefer på respektive avdelning/sektion på kliniken med stöd av patientsäkerhetscontroller och patientsäkerhetsläkare.

Åtgärder som genomförts på kliniken 2019 för att öka/stärka patientsäkerheten:

- Månadsbrev, rapport till samtliga medarbetare på kliniken om föregående månads patientsäkerhetsarbete samt en detaljerad information om föregående månads rapporterade vårdavvikelser
- Uppstart av projekt med målet att öka den patientupplevd kvalitet genom bättre information till patienterna
- Stor vikt har lagts på att nå ut med, förankra/implementera de åtgärdsförslag som blivit nödvändiga att vidta för att undvika upprepning av misstag. En stor utmaning för en klinik med 567 medarbetare. 2020 behöver det läggas ett fortsatt kontinuerligt arbete på detta för att bibehålla och säkerställa att kliniken upprätthåller en fortsatt god patientsäkerhet.

## **PATIENTSÄKERHETSKULTUREN**

Arbetet med att förstärka patientsäkerhetskulturen på kliniken under 2019 har som tidigare nämnts haft stort fokus på att nå ut till medarbetarna och skapa delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Få medarbetarna att känna sig stolta över det dom gör i vardagen och förstå sin betydelse i kvalitet/patientsäkerhetsarbetet. 2020 behöver det läggas ett fortsatt kontinuerligt arbete på detta för att bibehålla och säkerställa att kliniken upprätthåller en fortsatt god patientsäkerhetskultur.

### **Resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) -frågorna i medarbetarundersökningen 2019**



Dessa frågor ingår ej i HSE-index

Utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) -frågorna i medarbetarundersökningen hösten 2019 ser vi att siffrorna har sjunkit, vilket förstås inte känns bra även om det är en marginell sänkning. Vi kan även konstatera att kliniken ligger under medelvärdet jämförelsevis med DSAB:s övergripande resultat. Det är svårt att veta den exakta orsaken till detta. Möjligtvis skulle anledningen kunna vara sen återkoppling till medarbetarna på rapporterade vårdavvikelser och de vakanser som har funnits under 2019 i chefsleden på kliniken.



Det vi ser om vi utgår från resultatet i HSE är att det finns en förbättringspotential inom flertalet områden. I klinikens verksamhetsplan för 2020 kommer följande ingå i handlingsplanen för att förbättra klinikens patientsäkerhetskultur:

- Fortsatt fokus på att kontinuerligt/regelbundet återföra till verksamheten/medarbetarna det som på en aggregerad nivå framkommer i medarbetar och patient/anhörig rapporterade avvikelser/klagomål
- En snabbare återkoppling till medarbetarna på rapporterade vårdavvikelser
- Uppföljning samt återkoppling till verksamheten i ett lärande syfte av de brister som identifieras i forumet Perinatalt Audit
- Lyfta fram det som trots stora utmaningar gått bra i en svår situation
- Fortsatt arbete med att minska skuld och skam känslor bland medarbetarna i samband med allvarliga händelser
- Aktualisera att syftet med avvikelser och förbättringsförslag är att de ska leda till förbättringar och god kvalitet i vården och på så vis undvika att misstag upprepas och därmed generera en ökad patientsäkerhet
- Få medarbetarna att känna sig stolta över det dom gör i vardagen och förstå sin betydelse i kvalitét och patientsäkerhetsarbetet
- Förmedla budskapet om att det är viktigt att skapa ett arbetsklimat där man kan lita på varandra och vågar prata om sitt eget och andras arbete även de gånger inte allt går som det ska.

Syftet är att förbättra förutsättningarna för att leverera vård av god kvalitet med hög patientsäkerhet och på så vis minimera risker för vårdskador och upprepning av negativa händelser/risker som identifieras.

## VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Precis som tidigare år rapporterar medarbetarna vårdavvikelser i avvikelssystemet "HändelseVis". Avvikelseerna hanteras därefter av förstalinjechefer/sektionschefer. Under året har det precis som föregående år på vissa av klinikens avdelningar varit en stor utmaning för chef/chefer att hinna med att hantera och återkoppla inkomna avvikelser i tid. Detta har då medfört att medarbetarna inte alltid känt sig nöjda då återkoppling inte har getts inom rimlig tid. Anledningen till detta har varit vakanser i chefsleden.

Klinikens patientsäkerhetscontroller har inte under året hunnit med att stötta i den utsträckning som hade varit önskvärd för att förkorta ledtiden för avvikelsehanteringen i HändelseVis.

Ett viktigt mål för 2020 är att inkomna avvikelser ska hanteras och återkopplas i relevant tid.

För att fånga upp allvarliga händelser och identifiera frekvent förekommande avvikelser på kliniken så har klinikens Patientsäkerhetscontroller, precis som föregående år regelbundet varje vecka kontrollerat inkomna avvikelser i Händelsevis och det är en åtgärd som kommer att ske även 2020.

**INRAPPORTERADE AVVIKELSER I "HÄNDELSEVIS"**

Totalt inrapporterade vårdavvikelser i HändelseVis avseende året 2019, 2018, 2017, 2016 på kvinnokliniken

År	2019	2018	2017	2016
Rapporterade avvikelser	671	923	651	481
Antal anställda	567	539	528	516
Rapporterat per anställd	1,2	1,7	1,23	0,93

**Klassificeringsgrupper på nivå 1 för kvinnokliniken (handlagda)**

Ansvarig handläggare klassificerar rapporterade avvikelser enligt förutbestämda kategorier (klassificering nivå 1)

<b>Kvinnosjukvård och förlossning (hela)</b>		
<b>Klassificerade nivå 1 (handlagda) vårdavvikelser 2018</b>	<b>Period</b>	<b>Period</b>
	<b>Helår</b>	<b>Helår</b>
	<b>2019</b>	<b>2018</b>
Behandling/omvårdnad	245	259
Utredning/bedömning/diagnos	37	60
IT/teknik/MT	47	101
Regelverk/juridik	2	6
Tillgänglighet	84	185
Dokumentation/informationsöverföring	69	170
Läkemedel	27	33
Vårdhygien	5	26



Destruktiva/självd destruktiva handlingar	0	0
Oväntat dödsfall	0	0
Bemötande	9	10
Hot och våld	0	0
Strålning/strålsäkerhet	0	0
Patientolycksfall	0	3
Externa avvikelser, har ej HändelseVis	8	18
summa	544	871

### Övergripande analys:

Vi ser att antalet rapporterade vårdavvikelser har minskat 2019 jämfört med 2018. Av 671 inkomna avvikelser under 2019 var 544 hanterade vid årets slut.

- En förändring i totalt antal vårdavvikelser ses mellan åren. Minskningen av avvikelser gällande IT/teknik/MT och Tillgänglighet utgör tillsammans en minskning med 155 avvikelser vilket kan förklara en del av den sammanlagda minskningen av antalet vårdavvikelser.
- Skillnaderna i klassificering kan bero på att handläggare skiftat och att klara definitioner av hur avvikelser ska klassificeras saknas.
- Antalet avvikelser rörande vårdhygien har minskat från 25 till 5 jämfört med föregående år, kan bero på att kliniken satsat mycket på vårdhygien 2019
- Den största kategorin avvikelser hamnar 2019 precis som föregående år under "Behandling och omvårdnad"
- Positivt är att antalet avvikelser gällande tillgänglighet har minskat från 185 till 84. Vilket till stor del ses bero på minskat antal "krockar" på KKOP
- Avvikelser gällande IT/teknik/MT minskat från 101 till 47, Den nästan 50% minskningen ses bero på att det larmsystem som implementerades på hela sjukhuset under 2018 fungerade mer optimalt 2019.

### Genomfört förbättringsarbete 2019

Exempel på **frekvent** förekommande vårdavvikelser i HändelseVis under året som medfört att förbättringsarbete/åtgärd har initierats:

- Missade kontroller enligt gällande rutiner/riktlinjer har till stor del sitt ursprung i en hög arbetsbelastning i förhållande till bemanning. Dessa avvikelser klassificeras på nivå 1



under "Behandling/omvårdnad" vilket också är den mest frekvent förekommande vårdavvikelsen 2019, så även 2018.

**Åtgärd:** Ambitionen att bemanna i förhållande till arbetsbelastning. Vilket har varit och är en stor utmaning i en verksamhet som inte alltid går att styra.

- Lång väntan på Epidural bedövning för förlossningspatienter

**Åtgärd:** Uppföljning och kommunikation med anestesi kliniken för att komma till rätta med problemet

- Brister i material packat och levererat från den sjukhusgemensamma sterilcentralen.

**Åtgärd:** Lyfts till sjukhusövergripande problem på höstens VUF samt lokal dialog med sterilcentralen av respektive enhet.

- Kvarglömda torkar/tamponader efter avslutad vaginal suturering

**Åtgärd:** Aktualiserat informationen om vikten av att alltid säkerställa att alla torkar/tamponader är avlägsnade efter avslutad vaginal suturering

- Bristande kunskap om hygienregler på Kvinnoklinikens operationsavdelning hos medarbetare som vistas där på tillfälliga uppdrag

**Åtgärd: Påtalat och informerat på aktuella avdelningar på kliniken**

Exempel på **enstaka** allvarliga vårdavvikelser som medfört att förbättringsarbete/åtgärd har initierats:

- Nyfödda barn (2st rapporterade avvikelser) som fallit till golvet när mor/partner somnat med barnet i famnen

**Åtgärd:** Införskaffande av Baby Nest samt uppdaterad information till nyblivna föräldrar om vad som gäller vid samsovning med nyfött barn under BB tiden. Fokuserat på tydlig information till föräldrarna om risken med samsovning

- Kvarglömd tamponad efter gynekologisk operation

**Åtgärd:** Ny rutin gällande mottagandet av patient från operation/uppvaket

### Planerat förbättringsarbete 2020 gällande HändelseVis

Vi vet att alla vårdavvikelser inte rapporteras i HändelseVis vilket utgör en risk för att inte identifiera systematiska fel.

#### Målet för 2020 är att:

- Vårdavvikelser alltid skrivs när negativ händelse, tillbud eller risk identifierats
- Antalet medarbetare som rapporterar in vårdavvikelser ökar
- Att vårdavvikelser handläggs och återkopplas inom rimlig tid till rapportören
- Patientsäkerhetscontroller/patientsäkerhetsläkare fortsätter arbetet med att regelbundet (varje vecka) övergripande granska inkomna avvikelser i HändelseVis på en aggregerad nivå. Detta för att säkerställa att lämpliga åtgärder vidtas som kan förbättra och eliminera risker och vårdskador
- Fortsätta förmedla en detaljerad information om föregående månads vårdavvikelser till medarbetarna





Kliniken ambitionen under 2019 har som tidigare år varit att alltid göra riskanalyser vid händelser/förändringar i verksamheten som vi bedömer medför påtaglig påverkan på verksamhet med risk för att vårdskador skulle kunna inträffa. Den ambitionen kommer behållas under 2020. Vi bedömer att vi genom gjorda riskanalyser har varit väl förberedda inför aktuella förändringar/händelser.

Riskanalyser som är gjorda på kliniken under 2019 har gjorts i samband med förändringar/händelse som bedömts medföra påtaglig påverkan på verksamhet med risk för att vårdskador skulle kunna inträffa. Även riskanalyser som initierats av DSLG har genomförts.

Riskanalyser gjorda under 2019 i relevans till patientsäkerhet och med anledning av:

- Reservkraftsprov varje hel och halv timme under 6 timmar 2 helgnätter under våren 2019 (sjukhusövergripande riskanalys)
- Larmsystem på Mörby Hotell/ Hotell BB/Kvinnokliniken
- Sommaren 2019
- Riskanalysen inför öppnandet av akutvårdsbyggnaden i september

Ett antal risk och konsekvensanalyser har även gjorts i samband med det sparbetning och varsel om uppsägningar som förmedlat den 25 oktober 2019. Detta med anledning av att det sågs kunna medföra påtaglig påverkan på verksamhet och risk för vårdskador.

## ENSKILDA SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN PATIENTER/NÄRSTÅENDE

ÅR	IVO	PaN	Enskilda ärenden Patient/närstående/1177
2019	12	23	121
2018	12	24	102
2017	29	30	63

De två vanligaste kategorierna från PaN, IVO, 1177, Patient/närstående sorterar under, Vård och behandling (68) Kommunikation (31).

Vi har under 2019 fortsatt vårt arbete med att få en bra struktur när det gäller patientärenden och utredningar på Kvinnokliniken. Vi har lyckats kortat ner våra svarstider till anmälaren, vilket vi känner oss nöjda över då vi vet att snabb återkoppling i ett ärende är värdefullt och skapar förtroende hos anmälaren. Vi ser en klar minskning av genmälen under året, vilket vi tolkar som att flertalet av de som inkommer med synpunkter/klagomål blir nöjda med våra svar.

Vi ser att antalet IVO och PaN ärenden är så gott som oförändrat 2019 jämfört med 2018. Samtidigt så har antal patientärenden som kommer direkt till Kvinnokliniken fortsatt att öka. Framförallt är det ärenden som inkommit via 1177 och "Mina vårdkontakter" som ökat.

Den förändrade klagomålshandling började gälla 1 januari 2018. Vårdgivaren skulle bli den som i första hand tar emot och besvarar patienter/närståendes klagomål och synpunkter, till skillnad mot



tidigare då IVO/PaN ofta utgjorde första instans. Känslan och även statistiken visar att det fungerar bra och som det var tänkt.

### Mål 2020

- Som föregående år jobba med att säkerställa att synpunkter/klagomål som rapporteras den här vägen förmedlas/återkopplas till medarbetarna och används i verksamhetens förbättringsarbeten
- Fortsatt fokus på att ge anmälaren ett bra svar och så snabb återkoppling som möjligt

### Planerat förbättringsarbete 2020

- Klinikens webbsida på DS.net men även den externa hemsidan DS.se behöver en genomgång

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER

### Lex Maria-ärenden:

- DS 2018–2336 Normalförlöst Uterusruptur under värkarbetet (Händelseanalys)
- DS 2019–0283 Hysterektomi post-partum (Händelseanalys)
- DS 2018–1426 Patologiskt inkomst CTG sectio 3 timmar efter inkomst (Internutredning)
- DS 2018–2676 Bradykardi urakut sectio (Internutredning)

### Händelseanalyser:

- 2019-0459 Barn med total cirkulationssvikt vid 36 timmars ålder

### Internutredningar:

- DS 2018–1425 Patologiskt inkomst CTG sectio 2 timmar efter inkomst
- DS 2019-1910 Ofrivillig födsel i hemmet sommaren 2019
- DS 2019-1540 Intrauterin fosterdöd v. 42+0 efter inkomst till förlossningsavdelning
- DS 2019-0460 Flertalet avbrott i strömförsörjningen på KKOP
- DS 2019-2016 Vaginal tamponad kvar efter hemgång (ej slutbedömd)
- DS 2019-1909 Fördröjd diagnos av cervixcancer (ej slutbedömd)
- DS 2019-2309 Brännskada efter värmekudde (pågående)
- DS 2019-2409 Långdragen induktion 42+0 med svårbedömd CTG och dåligt barn (pågående)
- DS 2019-1784 Gravid vecka 17 med oklara buksmärter (ej slutbedömd)
- DS 2019-1904 Patologisk MR hjärna efter avvikande CTG och skulderdystoci (slutbedömning pågående)

### Exempel på genomförda åtgärder utifrån Lex Maria/Händelseanalyser/Internutredningar 2019:



- Av de utredningar som föranlett en Lex Maria anmälan 2019 så har alla det gemensamt att svårigheten att bedöma/tolka CTG har funnits med i ärendet/fallet. Av den anledningen har en av åtgärderna i alla Lex mariorna varit att så långt som möjligt försöka säkerställa god kompetens gällande bedömning/tolkning av CTG hos barnmorskor och läkare på kliniken. En åtgärd/utbildning som sedan tidigare är pågående på kliniken. I dagsläget är det en stor del av medarbetarna, både barnmorskor och läkare som genomgått utbildningen CTG master Class som syftar till att fördjupa kunskapen avseende tolkning av CTG registrering/mönster. Medarbetare följs upp att de avlagt godkänt kunskapstest inom CTG tolkning vartannat år enligt riktlinjer.
- Översyn och korrigerande av rutiner/riktlinjer utifrån åtgärdsplaner i gjorda utredningar av rutiner/riktlinjer
- Aktualisera frågan till sjukhusledningen/SLL om behovet av embolisering på Danderyds sjukhus. From november 2019 finns möjlighet att utföra embolisering akut på jourtid på en för ändamålet utrustad sal. Sker genom ett samarbete inom regionen med kärkirurgisk expertis. För närvarande viss osäkerhet om denna verksamhet kan upprätthållas under hela 2020.
- För att betona för patienten att hon avsäger sig föreslagen vård så har ett dokument som läkare kan använda sig av när patienter vägrar den behandling som föreslås. Den är sökbar på samma ställe som övriga rutiner/riktlinjer
- Att alltid kontrollera ett nyfött barn när förälder påpekar/har upplevelsen av att något inte är som det ska
- Säkerställt att optimal larmrutin vid behov av barnläkare till våra eftervårdsavdelningar är väl känd för våra medarbetare

#### **Planerat förbättringsarbete 2020:**

- Fortsatt aktualisering av rutinen/riktlinjen gällande överrapportering i vårdens övergångar inklusive rapportering och dokumentation enligt SBAR, med fokus på rekommendation av vidare handläggning av patienten
- Scenario träning/utbildning för händelser som är sällan förekommande eller när frekvent förekommande avvikelser indikerar att det föreligger bristande kunskap i något specifikt
- Vid behov omarbete rutiner/riktlinjer utifrån ny kunskap, evidens och identifierat i gjorda utredningar/analyser
- Följa upp att läkemedelsavstämningen förbättras
- Ha en fortsatt ambition om att ge en personcentrerad vård så långt som det är möjligt
- Implementera rutin/riktlinje för mottagande sjuksköterska/barnmorska att ta del av operationssjuksköterskans journalanteckning som görs vid avslut av OP

## **STRUKTURERAD JOURNALGRANSKNING**

**Mål:** Verksamhetsområdet identifierar processer som behöver förbättras och genomför journalgranskning.



**Resultat:** Journaler granskas regelbundet inom slutenvården på den obstetriska och gynekologiska sektionen med hjälp av verktyget "Rutinkollen". Journalgranskning utförs tillsammans med enheternas 1: a linjens chef.

*Rutinkollen gynekologi:* Inga journaler har granskats via rutinkollen detta år pga. resursbrist (vakanshållande av vårdenhetschefstjänst på avd. 14). Däremot har man under hösten granskat ett stort antal, slumpvist utvalda telefonanteckningar på alla enheter på den gynekologiska sektionen vilket gett möjlighet till kvalitetskontroll och personlig återkoppling av givna telefonrådgivning.

*Rutinkollen obstetrik:* 20 journaler har granskats. Under året ses en fortsatt förbättring i alla parametrar. Återkoppling till medarbetaren sker både enskilt och på APT via 1: a linjens chef och MLA

*Perinatal audit* genomförs varje månad med förlossningsläkare, 1: a linjens chef på förlossningen, patientsäkerhetsläkare, patientsäkerhetscontroller samt ansvariga från neonatalkliniken. Perinatal audit innebär att journalen vid förlossningar där barnet haft <4 poäng i apgar och/eller påverkade blodgaser vid födelsen, går igenom och diskuteras. Återkoppling sker sedan till berörda medarbetare och vissa fall tas fallet upp på APT eller går till internutredning alt. händelseanalys. Ärenden som hanterades i Perinatal Audit under 2019 var till antalet 51 st.

**Analys:** "Rutinkollen" är ett trubbigt instrument att använda för att gå igenom kvinnor på slutenvården inom den gynekologiska sektionen samt på eftervården på den obstetriska sektionen då dessa patienter är väsentligen friska. Instrumentet har ändå fördelar då det ger oss ett strukturerat sätt att gå igenom journalerna på. För journalgranskning på förlossningen finns ett formulär för just förlossning vilket, eftersom det är anpassat för patientkategorin, ger oss bra förutsättningar att fokusera på rätt saker.

*Perinatal audit:* Det är viktigt att ha ett bra samarbete med neonatalen och bra att få information om barnets hälsa på lite längre sikt (barnklinikens vård). Detta kan då sättas i relation till vad som händer vid förlossningen så att rätt återkoppling och förbättringsinsatser kan göras. Det är även ett bra komplement till de obstetrik/neonatal (ON) möten som hålls regelbundet.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta på inslagen väg.

## **ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN**

*Datakälla: Qlikview Målnivå: 52 %*

**Resultat:** Andelen patienter på den gynekologiska sektionen som har fått en läkemedelsberättelse vid utskrivningen har ökat till 59% 2019 från 2018 då den låg på 48%

**Analys:** Arbetet med läkemedelsberättelse har utfallit väl och används av de flesta läkare inom slutenvården gynekologi. Läkemedelsberättelse görs ej inom obstetriken, däremot görs läkemedelsavstämning (enkel läkemedelsgenomgång) av läkemedel på alla vårdenheter på Obstetriken och utvecklingen av denna parameter har visat mycket goda resultat.



**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Fortlöpande data som visar hur kvinnokliniken ligger till i förhållande till övriga kliniker har skickats ut till läkargruppen, upprepad information på läkarmöten via LANS. Utbildning av nyanställda samt övriga läkare vid behov.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta påminna och utbilda läkargruppen samt lägga extra fokus på information vid introduktion och nyanställning.

## MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA

**Resultat:** Av de tre patienter med riskfaktorer vi fångade under 2019 års PPM hanterades två korrekt, enligt vårdprogrammet (männen i utfallet är satellitpatienter).

MRSA	Man / Pojke	Kvinna / Flicka	Totalt
Antal patienter .....	2	97	99
... med riskfaktorer (1)	0	1	1
... med utlandsvård (2)	0	2	2
... med annan misstanke (3)	0	0	0
Antal riskpatienter ...	0	3	3
... med korrekt hantering		2	2

Riskpatient = patient med (1) eller (2) eller (3)

Andel riskpatienter för MRSA med korrekt hantering enligt vårdprogram



**Analys:** Det man hade missat på den tredje patienten var att föra in varning om MRSA-diagnos under "VARNING" i journalen. Vi har generellt sett en god kunskap om ARB samt hantering av dessa riskpatienter men behöver påminna medarbetarna med jämna mellanrum om det kunskapsstöd som finns tillgängligt såsom fickkort samt olika informationssidor på nätet.

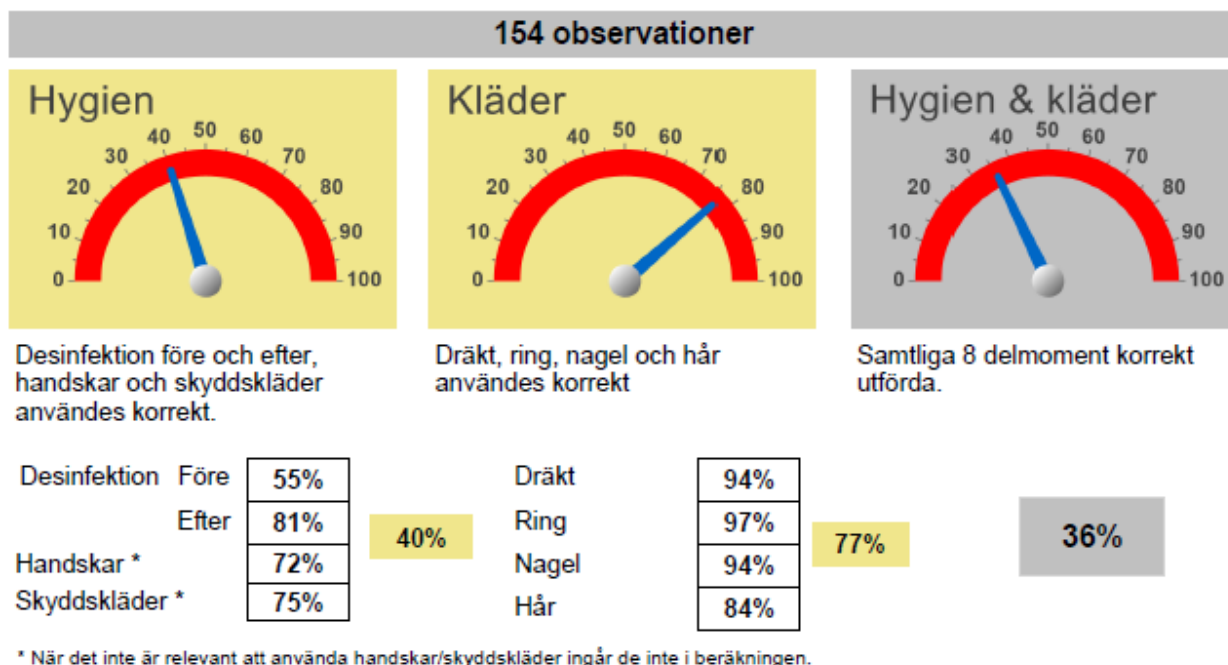
**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Uppmärksammat att alla medarbetare skall få ett ARB-kort i samband med nyanställning samt att övriga medarbetare tar del av det, under 2019, uppdaterade ARB-kortet. Verksamhetslokal "Hygiensida" skapad på intranätet med länkar till kunskapsstöd såsom vårdgivarguiden mm.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta arbetet som byggts upp under 2019.



## FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER OCH KLÄDREGLER

### Resultat:



**Analys:** Årets resultat är nedslående eftersom vi har arbetat intensivt med hygienfrågorna och trots det istället för att höja våra siffror istället sänkt dem från 49% följsamhet under 2018 till 36% följsamhet 2019. Då vi ser att resultaten varierar en hel del mellan enheterna kommer vi framöver lägga fokus på de enheter som har haft låga resultat

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har under året tydliggjort hygienombudsrollen genom att skapa en ansvars- och rollbeskrivning. Ombuden har även fått en "Hygienombudsskylt" att sätta på sig. Vi har fokuserat på hygien på APT och läkarmöten under våren. Ett gemensamt APT-material skapades så att alla enheter samt läkarna fick enhetlig information. Verksamhetslokal "hygiensida" skapat på intranätet. Hygienevent med olika aktiviteter vid ett tillfälle under hösten. Vi har även haft fokus på att få alla medarbetare att genomföra den obligatoriska e-utbildningen i hygien.



**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsätta på inslagen väg. Genomgång av 2019 års resultat enhetsvis för att diskutera lokala resultat, utmaningar samt förutsättningar. Fortsatta hygienronder på enheterna.

## VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

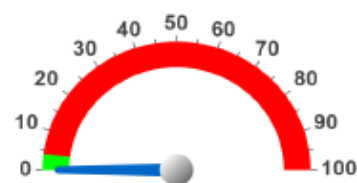
Datakälla: Rapportor, Målnivå <6% förekomst, särredovisa egenförvärvade VRI

Resultat:

**Antal inläggande patienter** **130**

	Antal	Andel
Patienter med vårdrelaterad infektion	3	2.3% 3/130
Som uppstått till följd av vården på sjukhuset	0	0.0% 0/130
Med antibiotikabehandling för VRI	3	2.3% 3/130

Andel patienter med vårdrelaterad infektion som uppstått till följd av vården på sjukhuset



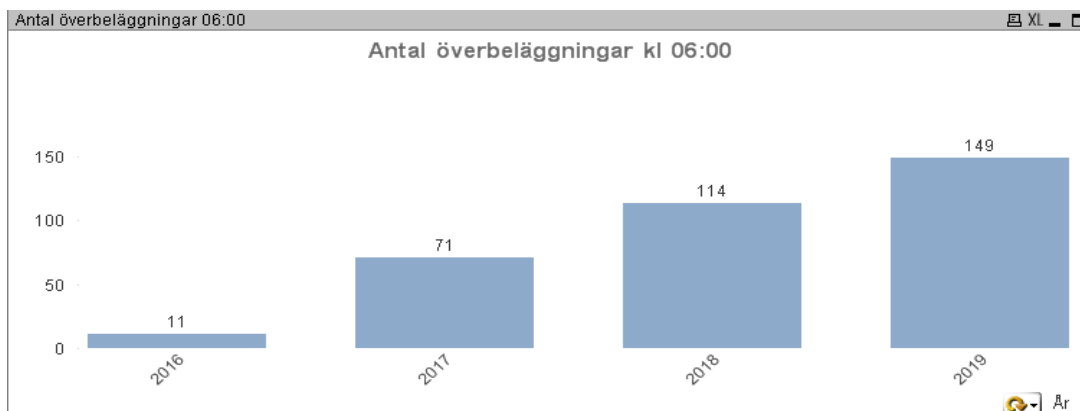
**Analys:** De 3 patienter med VRI som vi fångade under årets PPM 2019 hade förvärvat sina infektioner innan de kom till oss. Eftersom vi har så korta vårdtider hinner oftast inte infektionerna visa sig innan patienterna går hem, de söker sig till den öppna vården och informationen når inte alltid oss. Vi har dock uppmärksammat att vi har ett ökat antal infektioner postpartum hos kejsarsnittade patienter.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Se förbättringsarbete för BHK ovan.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Vi planerar att starta ett arbete där vi systematiskt går igenom patienter som genomgått sectio och som drabbats av sårinfektion eller endometrit postpartum för att se om vi kan hitta tänkbara orsaker till infektionerna.

## ÖVERBELÄGGNING OCH UTLOKALISERING

Resultat:



**Analys överbeläggningar:** Vi har under åren haft ett ökande antal överbeläggningar. Pga resursbrist har vi tvingats att stänga ner ett antal platser på avdelningen vilket antagligen påverkar dessa siffror. Under senhösten ändrades slutenvårdens vårdplatsantal. Till de ordinarie antalet vårdplatser adderades överbeläggningsplatserna och resultatet blev en s.k. maxkapacitet för slutenvårdsavdelningen. Detta gjordes sjukhusövergripande och för gynavdelningen innebar det att den s.k. maxkapaciteten för slutenvårdsplatserna ökade med två platser vilket kommer att påverka statistiken framöver.

#### Antal utlokalisera samt och inlokalisera patienter gyn avd. 14

	2016	2017	2018	2019
<b>Utlokalisering</b>	5	2	4	0
<b>Inlokalisering</b>	267	331	601	326

**Analys ut- och inlokalisera patienter:** Kvinnokliniken har i stort sett inte några utlokalisera patienter till andra kliniker. Utmaningen för oss är att hantera de inlokalisera patienterna från andra verksamhetsområden. I april 2019 reducerades antalet vårdplatser på gynavdelning 14 pga. brist på sjuksköterskor. Avdelningen fortsatte att producera vård enligt uppdrag pga. intensiv poliklinisering men kapaciteten att ta emot inlokalisera patienter minskade. Det avspeglar sig i siffrorna ovan. Under hösten har avdelning 14 ändå tagit emot inlokalisera patienter men i mindre skala.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Under året har vi formulerat tydligare kriterier för vilka patienter som kvinnokliniken kan ta emot. Vi har tillsammans med kirurg- och ortopedkliniken bildat ett s.k. "kirurgiblock" och inom det ökat samarbetet kring patienter som är i behov av en akut vårdplats. Vi har regelbundna möten inom taktiskt forum för vårdplatser på sjukhuset för att öka samarbetet verksamhetsövergripande. Vi har reviderat våra riktlinjer för extraordinär arbetsbelastning och diskuterat, inom sektionen och på APT, alla yrkeskategoriers ansvar för både in- och utskrivningsprocesserna. Rutiner för överrapportering, ronder och ansvarsfördelning har tydliggjorts. Utbildningsinsatser från de kliniker som inlokalisera flest patienter har genomförts. Ökad dialog och vid behov avvikelserapportering. Under hösten 2019 genomfördes en IVO





inspektion gällande utlokaliserade patienter på sjukhuset. Muntlig återkoppling har getts men ej skriftlig ännu.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Idag granskas endast det egna verksamhetsområdets patienter som rutin men vi har diskuterat att även genomföra en granskning av de inlokaliserade patienterna. Fortsatt arbete mellan klinikerna, inom kliniken och mellan enheterna. Ta del av och lära av patienters och medarbetares synpunkter. Uppnå en rimligare balans mellan elektivt och akut uppdrag. Följa upp lärdomar från IVO inspektionen.

## PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### PATIENTUPPLEVD KVALITET

Dimension	DS Obligatoriska frågeställningar 2019	Resultat öppenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4–5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Öppenvård	Resultat slutenvården <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4–5 på en femgradig skala</i>	Respondent-volym Slutenvård
<b>Delaktighet och involvering</b>	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"	Gyn - 67% Obst - 74%	Gyn 687/8871 Obst 78/5664	Gyn - 100% Obst - 86%	Gyn 17/868 Obst 60/2778
<b>Information och kunskap</b>	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"	Gyn - 68% Obst - 79%	Som ovan	Gyn - 82% Obst - 85%	Som ovan
<b>Helhetsintryck</b>	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"	Gyn - 67% Obst - 69%	Som ovan	Gyn - 94% Obst - 86%	Som ovan

**Mål:** Slutenvård >86%, Öppenvård >90%.

**Analys:** Vi har hittills haft låg täckningsgrad på enkätsvaren och arbete med att få en bättre täckning pågår. Vi har precis inlett utvecklingsarbeten för att förbättra den patientupplevda kvaliteten på hela kliniken. Vårt fokus ligger på dimensionerna "information och kunskap" samt "kontinuitet och koordinering" där vi har störst utvecklingspotential. Vi tror att ett förbättrat utfall inom dessa dimensioner kommer förbättra utfallet för andra dimensioner såsom "helhetsintryck" och "delaktighet och involvering".



**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har under våren/sommaren skapat en "basenkät" för kvinnokliniken där frågor från de sju olika dimensionerna ingår. Denna kommer att ligga som grund för fortsatta mätningar av den patientupplevda kvaliteten på alla enheter på kliniken.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Vi kommer under 2020 att koncentrera enkätundersökningarna till två perioder, maj och november, för att kunna lägga extra krut på att få en hög täckningsgrad. Vi kommer enbart använda oss av enkäter i Rapportor samt den nationella patientenkäten som kommer att genomföras från centralt håll under året.

## EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### SAMVERKAN MED EXTERNA VÅRDGIVARE

**Mål/Syfte** Förbättra flödet av såväl inkommande som utgående remisser för att säkerställa att patienterna tas omhand efter principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. Öka möjligheten att informera patienter som söker akuten för icke akuta besvär om tillgänglighet av tider hos andra vårdgivare.

**Resultat:** Vi har arbetat för att minska antalet återbesök till våra mottagningar ffa till kolposkopimottagningen och ultraljudsmottagningen.

**Analys:** Antalet inkommande remisser till vår gynekologiska mottagning har ökat under året, trots det har vi minskat våra väntetider till bl.a. bäckenbotten centrum.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har reviderat flera riktlinjer bl.a. vår riktlinje för remissbedömning, uppföljning av cervix dysplasier med förtydligande av vilka patientgrupper som ingår i vårt uppdrag och informerat läkargruppen i flera omgångar om vilka remisser som lämpligen ska hänvisas vidare till andra vårdgivare. Vi hade under våren ett möte där samtliga vårdvalsaktörer inbjudits för att främja vårt samarbete. Vi har också haft personlig kontakt med flera vårdgivare för att ytterligare effektivisera våra patientflöden. Läkarschemat har lagts med jämnare fördelning av antal och olika typer av mottagningar

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Nytt remittentmöte planerat i mars. Vi ser över möjligheten att förtydliga vårdnivån för kvinnor med missfall och att direkt sända remisser vidare till lämplig vårdgivare.

Inom obstetrike har vi haft regelbundna möten med mödravårdscentraler samt mellan verksamhetschefer och/eller sektionschefer på de andra förlossningsklinikerna i regionen för att främja samarbete och patientflöden inom förlossningsvården.



**BARSK – Barnmorskor i Region Stockholms kvalitetsnätverk** Gruppen har funnits ett antal år men har nu uppdaterats i avseende namn, syfte, agenda och deltagare. Det är ett regionalt nätverk bestående av kvalitetsutvecklare, vårdutvecklare och/eller verksamhetsutvecklare från alla förlossningskliniker i Stockholm samt vårdsakkunnig barnmorska. Gruppen arbetar för en regional samsyn kring områden som amning, dokumentation, kvalitetsindikatorer mm i syfte att förbättra kvaliteten inom förlossningsvården. Under 2019 anordnades workshops inom amning vid fyra tillfällen och förhoppningen är att kunna anordna föreläsningar med ett nytt tema varje år.

## TILLGÄNGLIGHET

### VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

---

#### ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ 65 %

**Resultat:** Andelen patienter som vistas högst 4 timmar på gynakuten har minskat till 73% jämfört med 79% under 2018.

**Analys:** Vi har sett ett ökat patientinflöde 2019. Den tidsbokade akutmottagning för patienter med låg prioritet som infördes under senare hälften av 2017 för att effektivisera flödena och minska väntetiderna för patienter på gynakuten gav till en början en positiv utveckling av väntetiderna på akuten. Under 2019 utvecklades den till en dold återbesöksmottagning och avvecklades därför under senare delen av 2019. Samarbetet med nätverkssjukvården för att minska väntetider och öka tillgängligheten har fortsatt.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Avveckling av den tidsbokade akutmottagningen. Dialog med 1177. Uppmanar patienter som bedöms ligga i patientkategorier med lägre prioritet (4+5) att söka sig till andra vårdgivare.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Vi arbetar fortsatt med att styra patientflödena till rätt vårdnivå. Vi ser också över möjligheten att återinföra en modifierad tidsbokad akutmottagning. Vi planerar att i större utsträckning schemalägga mer erfarna underläkare på akuten.

---

#### MEDIANTID TILL FÖRSTA LÄKARBEDÖMNING:

**Resultat:** Mediantiden till första läkarbedömning ligger kvar på ett mycket bra och i stort sett oförändrat läge med 1,31 tim. 2019 jämfört med 1,24 tim. 2018.

**Analys:** Trots ett ökat patientinflöde och en ytterligare förskjutning mot att patienterna söker senare under dagen lyckas vi hålla samma tidsintervall. Då vi i normalfallet ser patienten och slutför



ärendet i en enda seans (då vi utför egna ultraljudsundersökningar och i normalfallet klarar oss på kapillära prover väntar vi ej på röntgen- eller provsvar) har vi inte egentligen en "första" läkarbedömning utan istället en enda läkarbedömning. Därav något längre tid innan våra patienter träffar läkare men samtidigt en effektiv handläggning som minskar den totala tiden patienten vistas på akuten.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Förbättrad introduktion av nya läkare. Uppdaterat introduktionshäfte.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** Fortsatt arbete enligt ovan.

---

#### *ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID >8 TIM*

**Mål:** Minska andelen patienter som vistas >8 tim. på gynakuten.

**Resultat:** Andelen patienter med en vistelsetid på >8 tim. har ökat till 4% jmf med 2% 2018

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** V.g. se punkt ang. andel patienter med högst 4 tim. vistelsetid.

**Planerat förbättringsarbete 2020:** V.g. se punkt ang. andel patienter med högst 4 tim. vistelsetid.

---

#### *ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID <8 TIM FÖR PAT >80 ÅR. MÅL <97 %*

**Resultat:** Andelen patienter 80+ med vistelsetid <8 tim. har minskat till 92% från 97% under 2018

**Analys:** Denna patientgrupp är väldigt liten på kvinnokliniken. 2019 sökte sig 143 patienter över 80 år till oss. Av dessa var det 11 st. (jmf med förra året då det var 3 st.) som väntade över 8 timmar. Det är svårt att dra några slutsatser utifrån ett så litet material.

**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Inget specifikt har gjorts för denna patientgrupp under året utan vi arbetar med att förbättra flödet i allmänhet för alla patienter på gynakuten.

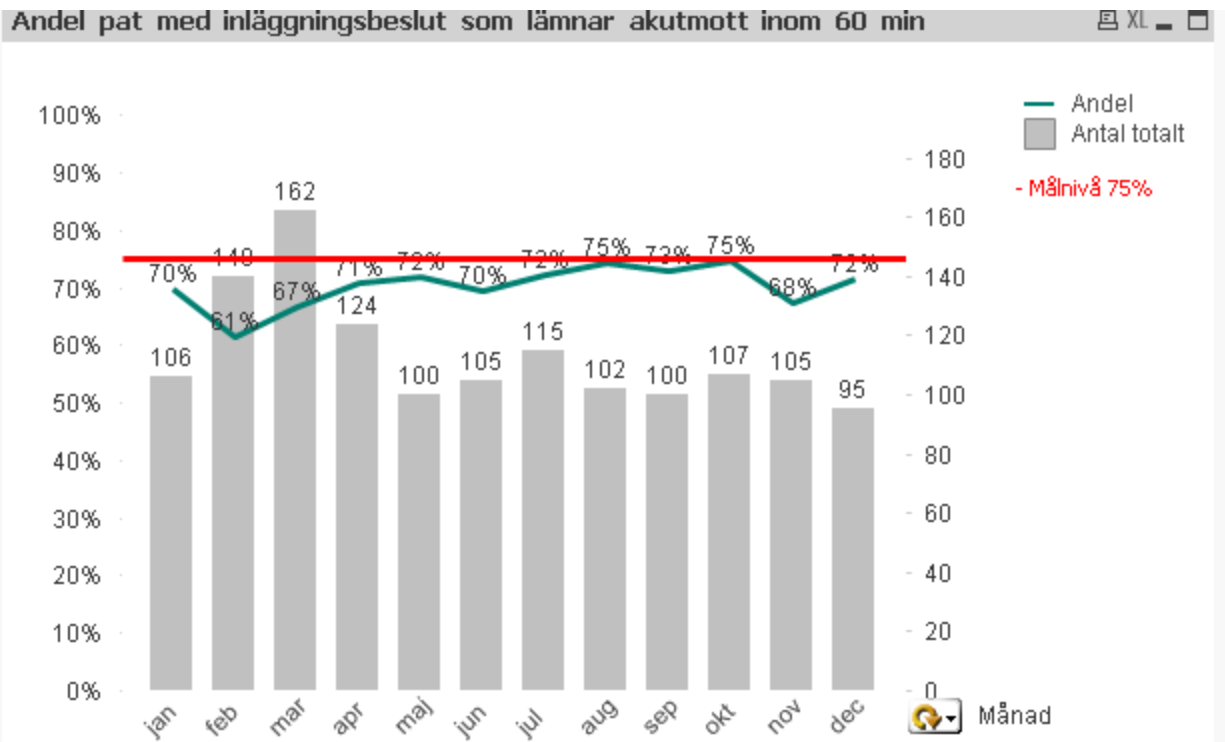
**Planerat förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete är i nuläget planerat för året men vi försöker bibehålla våra förhållandevis låga siffror kombinerat med ett gott omhändertagande.

---

#### ***ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN***

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Mål: >75% mån-fre 8.00-21.00

**Resultat:** 70%



**Analys:** Vi har under året haft ett ansträngt platsläge på avd. 14 med många satellitpatienter vilket försvårat flödet från akuten och inneburit att patienterna ibland fått vänta längre på akuten än önskvärt. I vissa fall hela natten. Vi har även reducerat antalet vårdplatser sedan april 2019. pga. sjuksköterskebrist.



**Genomfört förbättringsarbete 2019:** Vi har fortsatt arbetet med att öka andelen patienter som går hem samma dag de opererats och ökat denna andel inom samtliga 4 utvalda operationskategorier. Vi har även infört så kallade akuta observationsplatser på avdelningen där patienten, ifall att förväntat förlopp uppfyllts, kan gå hem utan att behöva vänta in ny läkarbedömning eller utskrivning.

## ÖVRIGT

### **INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER**

Kvinnokliniken har under 2019 haft fyra revisioner/inspektioner, 3 externa och 1 intern.

#### **Externa revisioner**

**2019-11-11 Miljö- och stadsbyggnadskontoret** utförde en livsmedelskontroll av anläggningen Danderyds Sjukhus MÖRBYGÅRDSVÄGEN 5A avdelning 14. Det var en ordinarie kontroll, som myndigheten gör regelbundet. Kontrollen gjordes i form av en oanmäld inspektion.

**2019-01-23 Informationssäkerhet KPMG**, ett internationellt revisions- och rådgivningsföretag som genomförde en granskning av informationssäkerhetsarbetet på vår klinik. Granskade om vi följer grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete i enlighet med riktlinjer för informationssäkerhet och handlingsprogram för informationssäkerhet.

**2019-09-19 IVO** genomför en nationell tillsyn av patientsäkerheten för utlokaliserade patienter. Syftet är att bedöma om vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kraven på god vård upprätthålls för utlokaliserade patienter.

#### **Interna revisioner**

2019-11-11 Miljörevision Kvinnokliniken avd. 14 Fokusområden var ansvarsfördelning, resor, energiarbete, upphandling/inköp/beställning och avvikelshantering/uppföljning.

#### **Författat och sammanställt av:**

**Verksamhetschef:** Maria Persson

**Kvalitetsutvecklare:** Helen Snäckerström

**Patientsäkerhetscontroller:** Margareta Lundén

**Sektionschef Gynekologi:** Ulrika Heddini

**Sektionschef Obstetrik:** Maria Sjöstrand