



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

VERKSAMHETSOMRÅDE: KVINNOSJUKVÅRD OCH FÖRLOSSNING

KUNSKAPSBASERAD VÅRD

KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

Kvalitetsindikatorer enligt vårdavtalet med Region Stockholm

	2020	DS-mål	KK-mål(2019)	
Tid till mottagningen inom 30 dagar:	84 %	73%	95%	(94%)
Tid till behandling inom 90 dagar:	93 %	90%	98%	(98%)

Analys: Utgår vi från DS-målet 2020 har vi klarat målet med råge, KK:s egna mål är högre satta och dessa klarade vi inte i år. Orsaken är pandemin som ledde till neddragningen av den planerade vården.
Genomfört förbättringsarbete 2020: För att nyttja tiderna på gynmottagningen maximalt har vi utökat med fler grupper som kan omboka sina tider via 1177. Projektet kring poliklinisering, för att öka andelen opererade patienter som går hem samma dag, pausades pga Covid men kommer att återupptas framöver.

Planerat förbättringsarbete 2021: För att utnyttja våra resurser effektivt samt vässa våra flöden kommer vi att arbeta med fortsatt implementering av webbokningen, vi kommer att starta upp ett projekt kring "Minikirurgi" på mottagningen, operationsplaneringskonferenser 1 ggr/v samt arbeta med "Opstart i rätt tid".

GYNEKOLOGI

Täckningsgrad i GynOp

Mål: >90%

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

Analys: Den höga täckningsgraden från 2019 håller i sig vilket tyder på att vi har arbetat upp en bra och väl fungerande rutin. Inmatningen är i princip helt och hållet manuell samt beroende av flera olika funktioner/personer varför den mänskliga faktorn finns kvar som en riskfaktor för missad inrapportering.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

PREM (Patient Reported Experience Measures - patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården) i GynOp

Resultat - Hysterektomi: 76% svarade på enkäten (jmf m 72% - 2019). 85% av dessa uppgav i sitt enkätsvar att de var *nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet ett år efter operation med hysterektomi.*

Resultat – Framfallsoperation: 76% svarade på enkäten (jmf m 68% - 2019). 77% av dessa uppgav i sitt enkätsvar att de var *nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet ett år efter operation för framfall.*

Resultat – Inkontinensoperation: 78% svarade på enkäten (jmf m 70% - 2019). 78% av dessa uppgav i sitt enkätsvar att de var *nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet ett år efter operation för urininkontinens*

Analys: Tidigare speglade denna indikator förekomsten av postoperativa komplikationer ur patientens perspektiv. From 2020 speglar indikatorn istället patientens upplevelse av den givna vården (PREM) vilket, för oss, är en mer intressant indikator ur ett kvalitativt utvecklingsperspektiv. Svarefrekvensen är högre 2020 jmf med 2019 vilket också är en positiv utveckling. När vi nu har en väl fungerande rutin för inrapportering till och hanteringen av GynOp samt i verksamheten väl förankrade indikatorer kommer vi kunna fokusera än mer på att utveckla viktiga dimensioner som information och kunskap, känsla av delaktighet och involvering, helhetsintryck samt omvårdnaden i stort.

GYNEKOLOGI- ANDEL PROLAPSOPERATIONER (UTAN NÄT) SOM UTFÖRS I DAGKIRURGI

Datakälla: GynOp, Målnivå 2020 >35 %

Mål: Målnivån är sänkt till **>31%** för 2021

Resultat: **27%** (jmf m 31% 2019)

Analys: 111 prolapsoperationer utan nät utfördes 2020 varav endast 30 patienter (27%) gick hem samma dag. 74 patienter (67%) gick hem dagen efter, 7 patienter (6%) gick hem efter två eller fler dagar. Att så få patienter opererades i dagkirurgi är direkt relaterat till Covid-pandemin. Vi blev som alla andra opererande kliniker tvungna att prioritera de patienter som hade ett sämre hälsostatus/högre ASA-klass, dessa opererades imperativt och lades postoperativt in i slutenvård. De patienter som var aktuella för dagkirurgi remitterades ut till vårdval för att inte ackumulera köer.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

VÅRDVALSINDIKATORER FÖRLOSSNING

Mått/indikatornamn	Rekommenderat värde/lägsta nivå	Danderyds Sjukhus. Resultat för 2020 (2019 inom parentes)	Planeras att vara ersättningsrelaterad 2021 Ja/Nej	Kommentarer
Andel förstföderskor, Robson 1 som blir snittade	Målvärde: <6,5% Minimivärde: 8,3% (Källa: OBX/Grav.reg)	11,2% (9,5%)	Ja	Indikatorn slås ihop med Robson 2B from 2021
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	Indikatorn stryks från HSF:s lista from 2021
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% (0,9%)	Nej	Indikatorn stryks från HSF:s lista from 2021 men vi kommer att bevaka denna själva.
Andel fullgångna (>=37+0) barn som överflyttas till neonatalavdelning	Målvärde: Ej angivet Minimivärde: Ej angivet (Källa: GUPS/LUD)	0,8% (0,9%)	Nej	Indikatorn stryks från HSF:s lista from 2021. Medelvärde är 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)	1,7% (1,8%)	Nej	Indikatorn stryks från HSF:s lista from 2021 men vi kommer att bevaka denna själva, något omformulerad. Medelvärde är beräknat på data från jan-nov
Andel svåra bristningar hos förstföderskor med vaginal förlossning	Målvärde: <4,4% Minimivärde: 6,5% (Källa: OBX/Grav.reg)	4,5% (4,1%)	Ja	Indikatorn delas upp i två delar 2021. Vaginal icke instrumentell och vaginal instrumentell
Andel blödningar >1000 ml vid vaginala förlossningar – mäts med våg from 2020	Målvärde: <6,3% Minimivärde: 7,7% (Källa: OBX/Grav.reg)	8,1% (7,2%)	Nej	Indikatorn stryks från HSF:s lista from 2021 men vi kommer att bevaka denna själva.
Andel blödningar >1000 ml vid kejsarsnitt – mäts med våg from 2020	Målvärde: <11,5% Minimivärde: 15% (Källa: OBX/Grav.reg)	17,7% (16,2%)	Nej	Indikatorn stryks från HSF:s lista from 2021 men vi kommer att bevaka denna själva.

Analys: Det har inte varit enkelt att förhålla sig till kvalitetsindikatorerna för vårdval förlossning då det under flera år varit oklart vilka indikatorer som egentligen gäller. Det har även varit oklart vilken databas resultatet



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

skall hämtas ifrån samt hur urvalet vid framtagande av data har programmerats i de olika databaserna. Dialog har förts med avtalshandläggare på HSF för att få klarhet i detta samt vilka indikatorer som skall vara ersättningsrelaterade. HSF har följt utfallet från klinikerna men har pga ovan nämnda oklarheter inte kopplat ersättning till utfallet.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Under hösten 2020 har förlossningsklinikerna tillsammans med HSF enats om vilka indikatorer som skall vara kopplade till ersättning, vilken databas utfallet skall hämtas ifrån samt vilka målnivåer som skall gälla framöver.

Andel bristningar grad 3 och 4 hos förstfödorskor med vaginal, icke instrumentell förlossning

Andel bristningar grad 3 och 4 hos förstfödorskor med vaginal, instrumentell förlossning

Andel Robson 1 + 2B

Utfall kommer att hämtas ur Graviditetsregistret. Målnivåerna är inte helt klara men kommer bli ett medelvärde av utfallet i Region Stockholm 2020. Ersättningen kommer att fördelas med ca 33% på varje indikator.

Planerat förbättringsarbete 2021: När vi har skarpa indikatorer och målnivåer för förlossningsvården i Stockholm att förhålla oss till kan vi börja jämföra oss både regionalt och nationellt. Vi kommer att fortsätta arbeta vidare med våra sedan tidigare startade SKR-projekt och aktiviteter kring dessa utvalda indikatorerna samt även andra kvalitetsindikatorer som är viktiga inom förlossningsvården.

Ambitionen inför året var att arbeta vidare med våra SKR-projekt men vi insåg snart att vi var tvungna att pausa dessa under pandemin. Vi tror att detta är en starkt bidragande faktor till vi inte riktigt har lyckats uppnå de kvalitetsmål vi satt. Detta belyser hur viktigt det är att vi kontinuerligt fortsätter arbeta med våra kvalitetsprojekt för att kunna upprätthålla eller förbättra klinikens resultat.

NYA BEHANDLINGSMETODER, TERAPIER, OCH VÅRDPROCESSER

GYNEKOLOGI

VÅRDAVDELNING 14

Ny enhet med sammanslagning av inneliggande och dagvård för missfall och aborter

Mål: Alla patienter som genomgår medicinsk abort eller missfallsbehandling ska omhändertas på samma enhet. Barnmorskeledd vård.

Syfte: Förbättrat omhändertagande av abort/missfallspatienter. Kortare vårdtider, fler hem samma dag. Bättre smärtlindring. Ökad patientnöjdhet



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Resultat: Vårdtider väsentligt förkortade. Utvärdering pågår av personal-/patientnöjdhet.

Plan 2021: Fortsätta denna verksamhet. Enkät planeras i slutet av våren.

Preoperativa förberedelser i hemmet

Mål: Alla patienter ska lämna preoperativa prover polikliniskt före op. samt duscha preoperativt i hemmet.

Syfte: Underlätta op-start i rätt tid, minska arbetsbördan på avdelning tidigt på morgonen. Minska prover som tas akutmärkt.

Resultat: Patienterna lämnar prover två dagar innan operation. Preoperativ dusch sker i hemmet innan ankomst till avdelning. Bättre flöde på avdelningen på morgonen

Plan 2021: Fortsätta denna verksamhet och arbeta vidare på att helt flytta patienterna från avdelningen preoperativt till ett preoperativt vårdgolv.

Nedflytt av dagkirurgiska patienter preoperativt från avd. 14 till KK-UVA

Mål: Alla dagkirurgiska patienter ska tas om hand preoperativt på KK-UVA, även de som opereras på sal 1 och 4.

Syfte: Minska behov av vårdplatser avd. 14. Bättre flöde för både patienter och personal

Resultat: Ny rutin genomfördes framgångsrikt i januari 2020, men fick sedan avbrytas pga. Covid-pandemin då KK-UVA stängdes och alla patienter vårdades pre- och postoperativt via avd. 14 igen.

Plan 2021: Återinföra rutinen så snart som möjligt. Utöka med ett att upprätta ett pre-operativt vårdgolv där alla patienter kan omhändertas pre-operativt, även slutenvård och snitt. Öka andelen patienter som går hem op-dagen.

Tidig morgonrond av avdelningsläkare, sjuksköterskor förbereder patienter som ska rondas först

Mål: Hemgångsklara patienter ska bedömas och skrivas ut direkt på morgonen. Fastande patienter ska bedömas tidigt på morgonen för beslut om ev. op. innan sittrond.

Syfte: Snabbare utskrivning av patienter på morgonen. Bättre utnyttjande av vårdplatser.

Resultat: Implementeringsfas pågår.

Plan 2021: Fortsätta denna verksamhet. Utvärdering i mars.

GYNMOTTAGNINGEN

Webbokning av patienter till kolposkopimottagningarna

Mål: Förenkla för patienter att boka om sin tid via 1177.

Syfte: Förbättra utnyttjandet av mottagningstider och ge god service till våra patienter. Minska antalet telefonsamtal till mottagningen.

Resultat: Utnyttjas till viss del. Fortsatt många telefonsamtal. Pat har andra frågor utöver enbart ombokning av tid.

Plan 2021: Se över pat. information. Fortsatt implementering. Utöka till andra mottagningar.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

GYNKUTEN

Möjlighet till diatermi och akut exceres på akuten

Mål: Kvinnor som kommer in med t.ex. blödning efter konisering eller pågående missfall med riklig blödning kan åtgärdas direkt på akutmottagningen

Syfte: Effektivare och snabbare omhändertagande av pat. Minskad belastning på operationsavdelningen.

Resultat: Ett fåtal pat. har behandlats med gott resultat. Svårt att implementera fullt ut pga. Covid.

Plan 2021: Fortsatt implementering. Ev. inköp av exceressug.

Förbättra hänvisningsstödet. Vård på rätt nivå

Mål: Kvinnor ska hjälpas att få vård på rätt vårdnivå direkt via kontakt med Vårdguiden.

Syfte: Minska belastningen av pat. med icke akuta besvär på gynakuten, minskad väntetid på akuten.

Resultat: Antalet patienter som söker gynakuten 3+4+5 har minskat med nästan 1500 besök.

Plan 2021: Fortsatt regionövergripande arbete med HSF och övriga kvinnokliniker.

KK-OPERATION

Införande av gemensam operationsplaneringskonferens 1 gång/v

Mål: Möte anestesi, op.personal och kirurger. Utvärdera gångna veckan, vad kunde gjorts bättre. Gå igenom kommande veckas program.

Syfte: Optimera utnyttjandet av op-salar, minska antalet strykningar. Förbättra framförhållningen i planeringen.

Resultat: Pausat pga. pandemin, nu återupptaget.

Plan 2021: Utvärdering

Opstart i rätt tid, sal 2, elektiva snitt

Mål: Starta arbetsgrupp

Syfte: Komma igång med snitten i rätt tid på morgonen för ett gott flöde hela dagen.

Resultat: Gruppen har initierats och träffats.

Plan 2021: Arbeta med att förtydliga och lyfta fram satta tidsgränser. Ex pat skall vara på sal 7.50 narkosen skall starta 8.00 och kirurgen skall vara på sal ombytt och tvättad 8.15. Hitta nytt sätt att mäta opstart i rätt tid. Kan man mäta **andel** som startar i rätt tid och då inom ett tidsspänn mellan ex 8.30 och 8.45.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ADMINISTRATION

Förändrade rutiner DRG-registrering på obstetrik

Mål: Uppgiftsväxling från barnmorskor till medicinska sekreterare.

Syfte: Effektivisering, bättre samarbete, registreringen ska skötas i tid, kostnadsbesparing

Resultat: Mkt gott. DRG-registreringen var klar i tid före årsskiftet. Ingen barnmorska kvar i teamet.

Stimulerande yrkesutveckling för medicinska sekreterare.

Plan 2021: Fortsätta med detta arbetssätt.

OBSTETRIK

FÖRLOSSNINGEN

Öppnat Förlossningens Akutmottagning i nya lokaler i anslutning till förlossningen

Mål: Separera det akuta och planerade födet från Spec-MVC.

Syfte: Säkrare och effektivare omhändertagande av obstetriska patienter som söker akut. Stora vinster med att förlossningsbarnmorskorna både rådgör i telefon samt tar hand om de patienter som kommer till akutmottagningen. Förbättrad arbetsmiljö för personalen på Spec MVC.

Resultat: Utvärdering av förändringen visar att 26 av 27 tillfrågade medarbetare tycker att förändringen med separering av det akuta och planerade flödet är positiv. Arbetsmiljön upplevs lugnare, mer strukturerad, flödet och kommunikationen fungerar bättre och patienterna upplevs nöjdare. Utvärdering av arbetssättet på Förlossningens Akutmottagning i slutet på januari 2021.

Plan 2021: Fortsätta utveckla verksamheten och implementera nya arbetssätt.

Rekryteringssatsning till förlossningen

Mål: Rekrytering av nya barnmorskor för att öka bemanningen och kompetensen.

Syfte: Säkerställa att avdelningens grundbemanning är täckt vilket i sin tur kan bidra till en bättre arbetsmiljö med minskat sjukskrivningstal. Säkerställa att kompetensmixen av nya och erfarna barnmorskor bibehålls.

Resultat: Flera nya barnmorskor med erfarenhet har rekryterats. Fortsatt satsning på mentorsskap för nyutexaminerade barnmorskor. Tryggare inför sommaren 2021, minskad oro i personalgruppen.

Plan 2021: Fortsätt arbete fortlöper. Bättre bemannat inför kommande sommar.

Arbetat för regionlika villkor inför sommaren 2021

Mål: Regionlika villkor gällande sommarsemester och bemanning.

Syfte: Skapa en lugnare situation inför sommaren 2021 och kommande sommar. Önskar undvika att sommarsituationen sommaren 2020 upprepas.

Resultat: Regiongemensamt arbete mellan sjukhusen och HSF under hösten 2020 för att säkerställa en hållbar bemanning året runt.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Plan 2021: Semesterplaneringen startar i januari och en bättre framförhållning inför stundande sommar.

Läranderum på förlossningen

Mål: Skapa förutsättningar på arbetsplatsen att kunna öva på olika förlossningsmoment.

Syfte: Leder till en ökad trygghet och säkerhet hos personalen.

Resultat: Nöjda medarbetare och studenter. Ökad patientsäkerhet.

Plan 2021: Skapa rutiner hur man använder rummet på bästa sätt.

Flyttat Auroramott och strukturerat om arbetssätt

Mål: Större tillgänglighet för patienterna genom att erbjuda videobesök. Nytt arbetssätt med beslut i teamkonferenser borgar för mer jämlik vård.

Syfte: Skapar en ökad nöjdhet hos patienterna. Genom nya rutiner och förbättrad struktur underlättas arbetet med de förlossningsrädda patienterna.

Tydlighet i dokumentationen gör att patientkontakterna registreras på rätt sätt vilket i sin tur gör att kliniken får rätt ersättning för utfört arbete.

Resultat: Antalet teamkonferenser ökade från 30 till över 140 under året. Antalet videobesök ökade från 0 till 260 under året.

Plan 2021: Fortsätta utveckla mottagningen.

EFTERVÅRDEN (BB):

Flytt av Hotell BB till hus 14 och bildande av Lätt BB

Mål: Covid-19 pandemin orsakade en stor sjukfrånvaro bland personalen. För att kunna täcka för denna sjukfrånvaro fick vi hitta nya arbetssätt och rutiner för eftervården av normalförlösta friska kvinnor. HBB stängdes och en ny eftervårdsenhet, Lätt BB, öppnades i anslutning till klinikkens övriga eftervårdsavdelningar. Även återbesöksmottagningen fick flytta till dessa nya lokaler.

Syfte: Säkerställa bemanningen på samtliga avdelningar på eftervården.

Resultat: Omfördelning av bemanningen på eftervården har medfört mer jämn arbetsbelastning på de olika enheterna.

Plan 2021: Fortsätta utveckla rutiner och arbetssätt för LBB. Renovera lokalerna på LBB.

Hemgång i rätt tid

Mål: För att öka flödet från förlossningen till hemgång, påbörjas projektet "hem i rätt tid" med ökad telefonrådgivning och flera återbesöksmottagningar.

Syfte: Ge kvalitativ vård i rätt vårdmiljö, att förkorta vårdtiderna och med det kunna ta emot fler födande kvinnor.

Resultat: Snabbare flöde från förlossning till eftervård till hemgång. 17,3 % av patienterna gick hem inom 24 tim efter förlossningen jmf med 7.8% året innan.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Vårdtiden på Lätt BB minskade från 2,1 dygn på Hotell BB till 1,6 dygn på Lätt BB. Alla som går hem inom 1 dygn blir uppringda av barnmorska dagen efter hemgång. Flera behöver istället 2 återbesök istället för 1 då de vistas kortare tid på BB. Vårdtiden på medicinska BB har också minskat på avd 16 och 17 från 3,17 dygn till 2,75 dygn. Även vårdtiden för elektiva sectio har minskat från 2,67 dygn till 2,37 dygn.

Plan 2021: Fortsätta arbeta aktivt med hemgång i rätt tid på samtliga eftervårdsavdelningar.

Assisterande undersköterska vid barnläkarundersökningarna

Mål: En undersköterska är med vid barnläkarundersökningarna på alla eftervårdsavdelningar.

Syfte: Förbättra flödet vid barnläkarundersökningarna så att fler familjer kan gå hem i rätt tid.

Resultat: Barnläkarna mycket nöjda och flera familjer går hem i rätt tid.

Plan 2021: Fortsätta på samma sätt.

Rotation mellan avdelningarna

Mål: Fler barnmorskor roterar mellan flera avdelningar.

Syfte: Ökad kompetens och lättare att bemanna.

Resultat: Fler roterar mellan eftervårdsavdelningarna och fler barnmorskor har roterat till förlossningen. Bättre förståelse för varandras arbetsuppgifter mellan avdelningarna vilket har förbättrat samarbetet på kliniken.

Plan 2021: Fortsätta öka antalet medarbetare som roterar.

Införa akut interprofessionell teamträning på eftervården

Mål: Skapa en större trygghet hos medarbetarna vid akuta situationer.

Syfte: Öka kompetensen hos medarbetarna och öka patientsäkerheten.

Resultat: Trygga nya medarbetare.

Plan för 2021: Fortsätta varje år med dessa teamträningar på alla enheter.

All telefonrådgivning på eftervården sköts av barnmorskor på Lätt BB

Mål: Föräldrar som behöver ringa för telefonråd efter hemgång blir hänvisade till en röstbrevlåda på Lätt BB varefter de blir uppringda under dygnet av en barnmorska som ansvarar för telefonråd.

Syfte: Färre samtal till avdelningstelefonerna och med det förbättrad arbetsmiljö för barnmorskorna.

Resultat: Nöjda barnmorskor som kan koncentrera sig mer på de familjer som är inlagda.

Plan 2021: Fortsätta med detta arbetssätt, avsätta tid i återbesökskalendern för telefonråd.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Flytt till nya lokaler av Spec MVC pga pandemin

Mål: Pga pandemin då vi initialt var tvungna att skapa utrymme för en flödesavdelning fick Spec-MVC flytta till andra lokaler på kliniken. Detta skapade grunden för det arbetssätt som senare under året permanentades. Gemensam kassa för båda sektionernas polikliniska besök.

Syfte: Separera det akuta och planerade flödet på mottagningen. Effektivisera kassafunktionen för att också säkerställa att alla obstetriska besök registreras rätt.

Förbättra nöjdheten hos patienterna då det inte blir lika trångt i väntrummet.

Resultat: Den akuta flytten blev permanent och enkäten visar att personalen övervägande är nöjda med att separera flödet. Startat med videobesök och "alltid öppet".

Plan 2021: Jobba vidare med att förbättra mottagningen och lokalerna.

Pga covid så har vi på många sätt börjat arbeta digitalt i stor utsträckning

Mål: Minska smittspridning i vårdmiljöer. Snabb och tydlig information till samtliga medarbetare under pandemin.

Syfte: Hålla möten via teams för att upprätthålla information till medarbetare, Alla möten på ledningsnivå har varit digitala.

Resultat: Kunskapen har ökat och alla börjar känna sig mera trygga med denna digitalisering. Ökad tillgänglighet för medarbetare att kunna delta i möten hemifrån.

Plan för 2021: Fortsätta utveckla digitala arbetssätt och utvärdera vilka möten vi kan fortsätta ha via teams även efter pandemin.

Covid-19 har gjort att vi snabbt fått tänka om och förändra våra inarbetade arbetssätt. Gemensamt har vi format nya riktlinjer och rutiner för att på ett säkert sätt kunna bedriva säker förlossningsvård under den pågående pandemin. Vi har arbetat fokuserat på att minska smittspridningen av Covid-19. Detta har medfört att vi har fått ställa in flertalet utbildningar och planeringsdagar för våra medarbetare då våra resurser inte räckt till för detta.

Mentorsprogrammet har dock kunnat fortsätta vilket leder till en ökad trivsel och trygghet hos våra nya barnmorskor.

SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020

Trots den pågående Covid-19 pandemin som pågått större delen av året 2020 har arbetet med patientsäkerhetsarbetet fortgått i stort sett som tidigare år. Att kontinuerligt återföra till verksamheten både medarbetar, patient och närstående rapporterade synpunkter, klagomål och avvikelser har det varit stort fokus på. Lika så har det varit viktigt att förmedla information till verksamhetens medarbetare för att



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

säkerställa att de nåtts av information om åtgärder som vidtagits för att minska risken för upprepning när risker, tillbud eller negativa händelser har identifierats. Vår ambition att ge snabba svar till

patienter/närstående som rapporterat in synpunkter/klagomål har vi trots pågående pandemi lyckats leva upp till under större delen av året.

I den uppföljning av svaren från patienterna i de enkäter som kliniken sänt ut samt i patient/närstående rapporterade synpunkter/klagomål har vi sett att det finns ett visst missnöje över bristande information samt upplevelsen av att medarbetarnas information inte är samstämmig. Projekt som startades upp med ambitionen att förbättra den patientupplevda kvalitén av patientinformation kom tyvärr inte att slutföras med anledning av att Covid-19 pandemin bröt ut i början av året och krävde mycket resurser.

Precis 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.

Inga direkt nya åtgärder har genomförts på kliniken under pandemiåret 2020 för att öka/stärka patientsäkerheten utan målsättningen har varit att bibehålla en god patientsäkerhet trots en pågående resurskrävande pandemi. Patientsäkerhetsteamet har under 2020:

- Regelbundet lyckats leverera ett "Månadsbrev" även om det vissa gånger blivit varannan månad i stället för varje. Månadsbrevet har som föregående år varit en rapport till samtliga medarbetare på kliniken om föregående månad/månaders patientsäkerhetsarbete samt en detaljerad information om föregående månad/månaders rapporterade vårdavvikelse
- Prioriterat har varit att nå ut med, förankra/implementera de åtgärdsförslag som blivit nödvändiga att vidta för att undvika upprepning av risker, tillbud och allvarliga händelser som identifierats.

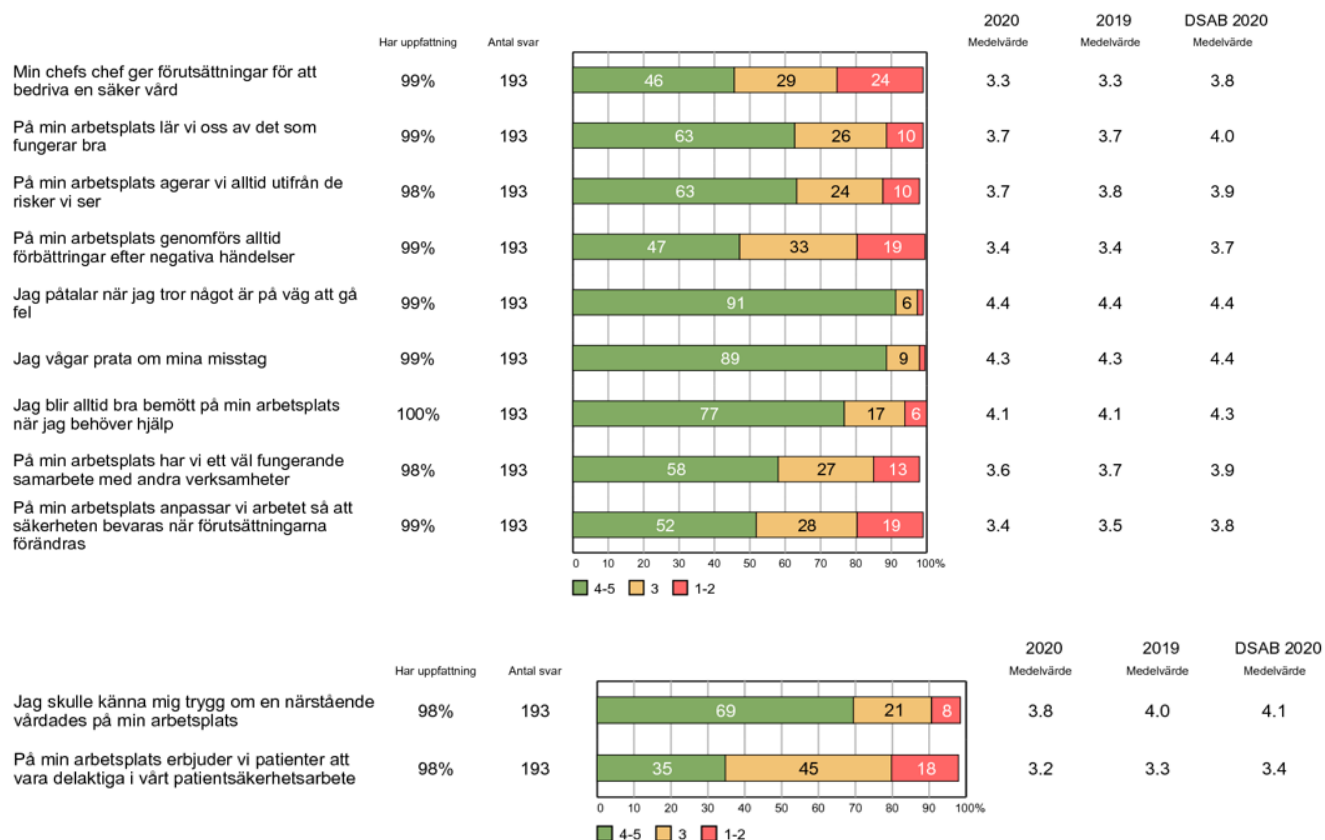
PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Patientsäkerhetsteamet har under 2020 har kontinuerligt arbetat för att bibehålla och säkerställa att kliniken upprätthållit en god patientsäkerhetskultur. Som tidigare nämnts har det legat stort fokus på att nå ut till medarbetarna och skapa delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. En önskan om att få medarbetarna att känna sig stolta över det dom gör i vardagen och förstå sin betydelse i kvalitet/patientsäkerhetsarbetet. 2021 behöver det läggas ett fortsatt kontinuerligt arbete på detta för att bibehålla/förbättra och säkerställa att kliniken upprätthåller en fortsatt god patientsäkerhetskultur.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) - frågorna i medarbetarundersökningen 2020



Utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) -frågorna i medarbetarundersökningen hösten 2020 ser vi att siffrorna i stor är identiska med år 2019. Vi kan även konstatera att kliniken fortsatt ligger under medelvärdet jämförelsevis med övergripande DSAB övergripande resultat. Det är svårt att veta den exakta orsaken till detta. Noterat är att **svarsfrekvensen på kliniken var väldigt låg** av 480 medarbetare så svarade 217 det vill säga 45%. En prioriterad uppgift under 2021 blir att uppmärksamma medarbetarna om vikten av att lämna sitt svar så att **svarsfrekvensen på kliniken blir bättre 2021**.

	Antal svar	Antal medarbetare	Svarsfrekvens
35 Kvinnosjukvård och Förlösning	217	480	45%

Det vi ser om vi utgår från resultatet i HSE är att det finns en förbättringspotential inom flertalet områden.

I klinikens verksamhetsplan för 2021 kommer som tidigare år följande ingå i handlingsplanen för att förbättra klinikens patientsäkerhetskultur:



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

- 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
- Fortsatt uppföljning och återkoppling till verksamheten i ett lärande syfte av de brister som identifieras i forumet Perinatalt Audit
- Fortsatt arbete med att minska skuld och skamkänslor 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
- Lyfta fram det som trots stora utmaningar gått bra i en svår situation
- 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 framför allt minimera risker för vårdskador.

VÅRDAVVIKELSEHANTERING

Precis som tidigare år rapporterar medarbetarna vårdavvikelser i avvikelssystemet "HändelseVis". Avvikelserna hanteras därefter av förstalinjechefer/sektionschefer. Ett viktigt mål för 2021 är som tidigare 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. Det är en åtgärd som kommer att fortgå även 2021. Under 2020 har alla nya chefer fått en ordentlig introduktion i HändelseVis om de inte tidigare har arbetat med avvikelssystemet. Det har varit uppskattat och planeras fortsätta under 2021.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Medarbetarrapporterade vårdavvikelse i Händelsevis

INRAPPORTERADE AVVIKELSER I "HÄNDELSEVIS"

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

År	2020	2019	2018	2017	2016
Rapporterade avvikelser	623	671	923	651	481
Antal anställda	576	567	539	528	516
Rapporterat per anställd	1,1	1,2	1,7	1,23	0,93

Övergripande analys:

Vi ser att antalet rapporterade vårdavvikelse i HändelseVis har minskat marginellt jämfört med 2019.

Av 623 inkomna avvikelser under 2020 var 456 hanterade vid årets slut.

Genomfört förbättringsarbete 2020

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

- 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 samt ny rutin/riktlinje på förlossningsavdelningen och även i rutinen/riktlinjen gällande postoperativ vård har detta förtydligats för att säkerställa/minimera risken för att detta inträffar

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

- Brännskador efter värmekuddar/dynor har förekommit under året i samband med att patient/patienter inte har haft full känsel i samband med pågående smärtlindring och postoperativt. Åtgärden har varit upprepad information om detta samt att det i rutinen/riktlinjen gällande postoperativ vård har förtydligats för att säkerställa/minimera risken för att detta inträffar



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Planerat förbättringsarbete 2021 gällande HändelseVis

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

Målet för 2021 är fortsatt som tidigare år 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

INRAPPORTERADE SYNPUNKTER PÅ VÅRDEN FRÅN IVO, PAN OCH PATIENTER/NÄRSTÅENDE

ÅR	IVO	PaN	Enskilda ärenden Patient/närstående/1177
2020	12	32	152
2019	12	23	121
2018	12	24	102
2017	29	30	63

Vi ser att antalet IVO ärenden är oförändrat 2020 jämfört med 2019. I ett antal ärenden har IVO hänvisat tillbaka patienten till oss som vårdgivare för att utreda ärendet i första ledet. Känslan och även statistiken visar att det fungerar bra och som det var tänkt med den förändrade klagomålshanteringen där vårdgivare är första instans att besvara synpunkter/klagomål.

Att antalet PaN ärenden ökat under 2020 kan förklaras med att även PaN under året har börjat använda sig av 1177 och "Mina Vårdkontakter" och det har medfört att det blivit enklare för patienten att vända sig dit.

De vanligaste synpunkterna/klagomålen i ärenden inkomna från IVO och PaN under 2020 är relaterade till vård och behandling i samband med graviditet och förlossning.

Enskilda ärenden som inkommit från patient/närstående via 1177, mail, brev eller via samtal ökade kraftigt under året.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

I ärenden som rapporterats direkt till verksamhetsområdet via 1177, telefonsamtal, mail eller brev så är även här de mest frekvent förekommande synpunkterna/klagomålen relaterade till vård och behandling i samband med graviditet och förlossning.

Vi har även sett en ökning av klagomålen gällande bemötande framför allt i slutet av 2020 vilket förstås inte är glädjande. En orsak kan misstänkas vara att den pågående pandemin har varit en bidragande orsak till detta. Medarbetarna är trötta och slitna och även patienterna har sannolikt och troligtvis påverkats av den pågående pandemin. Besöksförbudet har medfört att patienterna inte i samma utsträckning har fått ha anhörig med och många patienter har inte kunnat få den vård/operation som de under normala förhållande skulle ha fått. Det är förståeligt att detta har bidragit till frustration hos patienterna.

Vi har under 2020 fortsatt vårt arbete med samma struktur som föregående år när det gäller patientärenden och utredningar på Kvinnokliniken. Vi har under stor del av året lyckats hålla relativt korta svarstider till anmälaren, vilket vi känner oss nöjda med då vi vet att snabb återkoppling i ett ärende är värdefullt och skapar förtroende hos anmälaren. Vi ser inte att antalet genmälen ökat under året, vilket vi tolkar som att flertalet av de som inkommit med synpunkter/klagomål blir nöjda med våra svar.

Mål 2021

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

RISKANALYSER

Kliniken ambitionen under 2020 har som tidigare år varit att alltid göra riskanalyser vid händelser/förändringar i verksamheten som vi bedömer medför påtaglig påverkan på verksamhet. I förändringar där risker för att vårdskador och/eller stor påverkan på arbetsmiljön ska bli en följd. Den ambitionen kommer vi självklart behålla under 2021.

Under 2020 har flertalet av de risk och konsekvensanalyser som genomförts varit relaterade till omfalls hanteringen/planeringen med anledning av Covid -19 pandemin. Vi bedömer att vi genom gjorda riskanalyser har varit väl förberedda inför aktuella förändringar/händelser.

Även riskanalyser som initierats av DSLG har genomförts.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

SLUTFÖRDA LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR 2020

Anmälan Lex Maria:

2020–1107 Apgar 0

2020–0304 Endometrit Post Partum

2020–0466 Torsion

2020–1131 Sex telefonsamtal, patologisk CTG vid inkomst

2020–1240 Induktion på äldre förstföderska och svår asfyxi hos barnet

2020–1503 Uterusruptur efter missad trängsel

Övriga Internutredningar:

DS 2019–1909 Fördröjd diagnos av cervixcancer

2020–0302 Cysta

Exempel på genomförda åtgärder utifrån Lex Maria/Händelseanalyser/Internutredningar 2020:

- Av de utredningar som föranlett en Lex Maria anmälan 2020 gällande obstetriska ärenden så har svårigheten i att bedöma/tolka CTG funnits med i ärendet/fallet. Av den anledningen har en av åtgärderna i alla dessa ärenden 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 år pågår på kliniken. I dagsläget har en stor del av medarbetarna, både barnmorskor och läkare genomgått utbildningen CTG master Class som syftar till att fördjupa kunskapen avseende tolkning av CTG registrering/mönster. En aktivitet/åtgärd som är ständigt pågående på kliniken tillika den att alla barnmorskor/läkare har godkänt resultat i SFOG's interaktiva utbildningen för CTG övervakning.
- Översyn och korrigerande av rutiner/riktlinjer utifrån åtgärdsplaner i gjorda utredningar.
- Aktualiserat riktlinjer gällande ansvarsfördelning vid avvikande/patologisk CTG samt tydliggjort vikten av god kommunikation mellan yrkeskategorier.
- Förmedlat vikten av att regelbundet signera pågående CTG registrering och i samband med det göra ny riskbedömning av patienten samt dokumentera denna bedömning och fortsatt planering.
- Aktualiserat rutin/riktlinje för stimulering med Oxytocin-dropp vid värksvaghet.
- Förbättrad bemanning och arbetsmiljö avseende telefonrådgivning på förlossningens intagningsavdelning/akutmottagningen. Telefonrådgivningen ska ske i ett avskilt utrymme utan störningsmoment.
- Aktualisering av riktlinjer kring telefonrådgivning och latensfas
- Påtala vikten av en snabb första bedömning av alla patienter vid inkomsten så att brådskande fall inte riskerar att bli sittande i väntrummet.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

- Undvika försening av operation vid torsioner/cystor genom upprättandet av en lokal riktlinje kring hur snabbt olika slags cystor skall följas upp och när det finns indikation för operativ åtgärd.
- En riktlinje avseende antibiotikaanvändning postpartum har upprättats där det tydliggörs i vilka fall antibiotikabehandlingen skall fortsätta postpartum. Samt hur infektionsprover ska följas upp och läkarens ansvar för helheten i samband med utskrivning.
- Uppdatering av befintlig rutin/riktlinje gällande pelvimetri samt därefter aktualiserat, informerat och utbildat i verksamheten.
- Implementerat rutin/riktlinje för mottagande sjuksköterska/barnmorska på vårdavdelning att ta del av operationssjuksköterskans journalanteckning som görs vid avslut av OP för att säkerställa att av operatören givna ordinationer blir utförda.
- Embolisering på Danderyds sjukhus 24/7.

Planerat förbättringsarbete 2021:

- Fortsatt fokus på att säkerställa god kompetens gällande bedömning/tolkning av CTG hos barnmorskor och läkare på kliniken genom extern CTG utbildning och regelbunden återkoppling av aktuella ärenden till barnmorskor och läkare där CTG tolkning har varit en springande punkt.
- Att följa upp och säkerställa att alla barnmorskor/läkare har godkänt resultat i SFOG's interaktiva utbildningen för CTG övervakning.
- Riktlinje ska upprättas och implementeras avseende akut sjuka kvinnor på förlossningen. I den inkludera rutiner för kontakt med (och ev. larm) andra specialiteter om man inte finner en obstetrisk orsak till patientens symtom.
- Uppdatera rutinen/riktlinjen gällande postoperativ urinretention.
- 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 identifierade brister i gjorda utredningar/analyser.
- Förtydligande/komplettering av rutinen/riktlinjen gällande hantering av obduktionsremisser för foster/barn som avlidit intrauterint.
- Fortsatt aktualisering av vikten av adekvat överrapportering i vårdens övergångar inklusive rapportering och dokumentation enligt SBAR, med fokus på rekommendation av vidare handläggning av patienten.
- Se över möjlighet att inkommande samtal till kliniken från patienter kan spelas in.
- Ha en fortsatt ambition om att ge en personcentrerad vård så långt som det är möjligt



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ÖVRIGT

ANDEL PAT I SLV SOM FÅR EN LÄKEMEDELSBERÄTTELSE VID UTSKRIVNINGEN

Datakälla: Qlikview, Målnivå: >71 %

Resultat: 59,4%

Analys: Andelen patienter på den gynekologiska sektionen som har fått en läkemedelsberättelse vid utskrivningen har ökat marginellt, från 59% 2019 till 59,4% 2020. Arbetet med läkemedelsberättelse fungerar fortfarande väl och används av de flesta läkare inom slutenvården gynekologi.

Läkemedelsberättelse görs ej inom obstetrike, däremot görs läkemedelsavstämning (enkel läkemedelsgenomgång) av läkemedel på alla vårdenheter på Obstetrike och utvecklingen av denna parameter har visat goda resultat.

Genomfört förbättringsarbete 2020: 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. Lyft fram LANS-uppdraget med dess uppdragsbeskrivning.

Planerat förbättringsarbete 2021: 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: 100% (100% 2019).

Analys: Vi har sedan en tid varit tveksamma till våra "fantastiska" resultat gällande denna indikator. Vi misstänker att vi inte har fångat upp patienterna på rätt sätt och att patienterna därmed i själva verket inte blivit korrekt handlagda. Anledningen är att man misstolkat vilka kvinnor som är riskpatienter, vilket inte har varit helt enkelt att tolka i regionens handlingsprogram för ARB. Vi ser ett stort behov av att klargöra detta, för hela kliniken. När det gäller gravida som söker vård på obstetrike behöver vi klargöra några viktiga frågor:

- Vilka patienter räknas som riskpatienter?
- Hur skall vi fånga upp dessa när de söker med akuta besvär Standardiserat frågeformulär som dokumenteras?
- Korrekt handläggning?
(tillfrågade om riskfaktorer? riskpatienterna odlade? dokumenterat? varning införd i journal? vid smitta - fått separat rum med toalett?).



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Genomfört förbättringsarbete 2020: Vi har väckt frågan i olika forum på kliniken.

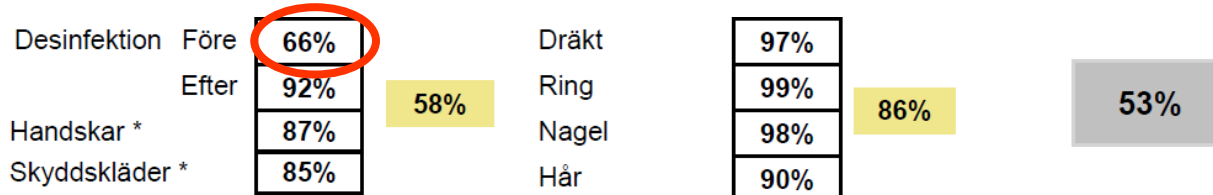
Planerat förbättringsarbete 2021: Vi kommer att på varje vårdenhets utse en barnmorska och/eller sjuksköterska som har VRI samt ARB som ansvarsområde. Dessa skall vara väl insatta i dessa frågor och fungera som kunskapsstöd för övriga medarbetare. Vi kommer under 2021 starta upp ett projekt med dessa personer involverade för att i samarbete med vårdhygien och smittskydd Stockholm ta fram en tydlig strategi, anpassa våra lokala rutiner samt implementera dessa.

FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt

Datakälla: Rapportor, Målnivå: >66%

Resultat: 66% (55% 2019)



Analys: Vi landade på 66% följsamhet av denna indikator under 2020 jmf med 55% året innan.

Årets resultat är glädjande eftersom vi har arbetat intensivt med hygienfrågorna under 2020. Covid-pandemin har troligtvis varit en starkt bidragande faktor till att medvetenhet om vikten av hygienfrågor har ökat.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Vi har haft genomgång av varje enhets resultat från föregående år, för att diskutera lokala resultat, utmaningar samt förutsättningar. Vi har under året lyft fram hygienombudsrollen och belyst vikten av deras arbete bland alla medarbetare. Vi har fokuserat på hygienfrågor på APT samt läkarmöten under våren. Ett gemensamt APT-material skapades även för 2020 så att alla enheter samt läkarna har fått enhetlig information. Vi hade ett uppskattat hygienevent med olika aktiviteter under oktober månad.

Planerat förbättringsarbete 2021: Vi kommer att fortsätta på inslagen väg.



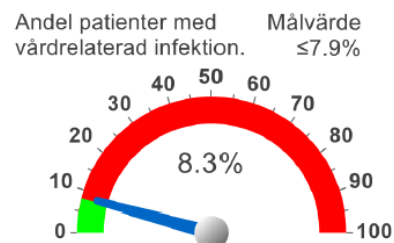
Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Datakälla: Rapportor, Målnivå: Redovisa resultat och analys

Resultat: Förekomst av VRI = 8,3% Egenförvärvade VRI = 6,9%

	Antal	Andel
Patienter med vårdrelaterad infektion	6	8.3% 6/72
Som uppstått till följd av vården på <u>sjukhuset</u>	5	6.9% 5/72
Med antibiotikabehandling för VRI	6	8.3% 6/72



Analys: Vid höstens PPM VRI gick vi igenom 72 patienter och bland dessa fann vi att 6 patienter hade en vårdrelaterade infektioner dvs 8,3 %. Av dessa bedömdes 5 st vara egenförvärvade, med andra ord hade 6,9% av patienterna en VRI som uppstått pga vård på DS.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Se förbättringsarbete för BHK ovan. Vi har genomfört en strukturerade journalgenomgång av dessa patienter för att försöka hitta en gemensam nämnare kring eventuell orsak men har hittills inte hittat någon förklaring. Vi har beslutat att följa STRAMA-rekommendationerna samt vara noga med att administrera antibiotika vid rätt tidpunkt. Vi har även skapat en gemensam patientlista i TC där vi lägger infektionspatienter för bevakning/genomgång i en infektionsrund.

Planerat förbättringsarbete 2021: Vi kommer arbeta för en mer konsekvent diagnosättning av infektioner för att enklare kunna hitta dessa patienter.

ANDEL PAT MED KAD RESPEKTIVE CENTRALVENÖS INFART SOM HAR DOKUMENTERATS I AVSEDD MÄTVÄRDESMODUL I TAKE CARE

Datakälla: Rapportor, Målnivå >54 %

Resultat: 100% (0 CVI under PPM 2019)

Analys: Vid höstens PPM VRI fångades en CVI (Piccline) upp på avdelning 14. Vi har sällan patienter med centrala infarter på KK.

Genomfört förbättringsarbete 2020: -

Planerat förbättringsarbete 2021: Utbildning på vårdavdelning 14 i hantering av olika typer av CVI:er såsom provtagning, omläggning samt dokumentation.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD

Datakälla: Rapportor, Målnivå >81 %

Resultat: 0% (0 CVI under PPM 2019)

Analys: Den CVI vi fångade upp under PPM VRI under hösten hade ingen aktivitetsplan aktiverad i TC. Anledningen är att aktivitetsplaner inte använts på KK, något vi behöver diskutera.

Genomfört förbättringsarbete 2020: -

Planerat förbättringsarbete 2021: Implementering av aktivitetsplaner för centrala infarter i TC på KK.

OPLANERAD ÅTERINLÄGGNING INOM 30 DAGAR SAMT INOM 7 DAGAR, FÖR PAT >80 ÅR

Datakälla: Qlikview SAS rapporten- Målnivå: Redovisa resultat och analys

Resultat åter inom 30 dagar: 8,5% (jmf m 8,7% 2019)

Resultat åter inom 7 dagar för 80+: 4 patienter

Analys 30 dagar: Av 2 275 utskrivna återinlades 194 patienter inom 30 dagar. Det är svårt att dra några slutsatser utan att granska orsakerna till återinläggningarna.

Analys 7 dagar för 80+: 2020 sökte sig 107 patienter över 80 år till oss. 4 patienter över 80 år återinlades på DS inom 7 dagar efter vård på KKDS. En av dessa lades in på medicin, övriga återinlades på avd. 14. En lades in samma dag, en lades in efter 1 dag och två lades in efter 2 dagar. Det är svårt att dra några slutsatser utifrån ett så litet material

Genomfört förbättringsarbete 2020: -

Planerat förbättringsarbete 2021: Föreslås att granskning av återinläggningar görs av ST-läkare i ett vetenskapligt arbete.

PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

PATIENTUPPLEVD KVALITET

Vi har inte genomfört några strukturerade patientenkäter utifrån dessa dimensioner/frågeställningar i år främst pga att pandemin tagit upp mycket av vår tid men även pga att vi inte fick använda pekplattorna.

Planerat förbättringsarbete 2021: Vi kommer att ta del av resultat från den Nationella patientenkäten (NPE) som täcker en del av vår gynekologiska verksamhet samt Graviditetsenkäten som startades upp under hösten 2020. Om pandemin tillåter kommer vi att skicka ut patientenkäter för vissa utvalda



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

områden under sensvåren eller hösten. Eftersom vi av hygienskal inte får använda våra pekplattor kommer de att lämnas ut i form av en QR-kod.

TILLGÄNGLIGHET

VISTELSETID VID AKUTMOTT

Datakälla: Qlikview

ANDEL PATIENTER MED HÖGST 4 TIM VISTELSETID MÅLNIVÅ: Redovisa resultat och analys

Resultat: 75% (73% 2019)

Analys: Andelen patienter som vistas högst 4 timmar på gynakuten har ökat från 73% 2019 till 75% 2020. Vi har sedan tidigare alltid haft ett snabbt avflöde av akut sökande patienter. De flesta av våra patienter är inte svårt sjuka utan bedöms som prio 3, 4 eller 5. Det förbättrade resultatet skulle kunna bero på att vi under 2020 totalt sett har haft färre sökande generellt pga pandemin.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Tät dialog med 1177. Uppmanar patienter som bedöms ligga i patientkategorier med lägre prioritet (3, 4 och 5) att söka sig till andra vårdgivare vilket har fallit ut väl då denna kategori sökande minskat med nästan 1500 patienter från 2019 till 2020.

Planerat förbättringsarbete 2021: Vi arbetar fortsatt med att styra patientflödena till rätt vårdnivå.

ANDEL PATIENTER MED VISTELSETID <8 TIM MÅLNIVÅ 95%

Resultat: 97% (91% - 2019)

Analys: Andelen patienter på akuten med vistelsetid <8tim har ökat från 91% 2019 till 97% 2020. Det är en positiv utveckling som visar att vi har ett väl fungerande och snabbt avflöde av akut sökande patienter på gynakuten.

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

Planerat förbättringsarbete 2021: 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: 97% (91% 2019)

Analys: Denna patientgrupp är väldigt liten på kvinnokliniken. 2020 sökte sig 107 patienter över 80 år till oss. Av dessa var det 3 patienter 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.



Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

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

ANDEL PAT MED INLÄGGNINGSBESLUT SOM LÄMNAR AKUTMOTT INOM 60 MIN

Datakälla: Qlikview slutenvårdsflödesapp, Målnivå: >36%

Resultat: 59% (70% 2019)

Analys: Det sjunkande resultatet ser vi som starkt kopplat till Covid-19. Den ökade belastningen som pandemin gett samt omstruktureringar på sjukhuset som gjorts i spåren av pandemin har lett till längre ledtider i samband med inläggning. Vårdavdelning 14 har tagit emot en avsevärd större mängd inlokaliserade patienter vilket kan ha lett till att "våra egna" patienter fått vänta lite längre på en plats på avdelningen.

Genomfört förbättringsarbete 2020: Inget specifikt har gjorts inom detta område under året utan vi arbetar med att förbättra flödet i allmänhet för alla patienter på gynakuten.

Planerat förbättringsarbete 2021: Inget specifikt har gjorts inom detta område under året utan vi arbetar med att förbättra flödet i allmänhet för alla patienter på gynakuten.

ÖVRIGT

INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

Kvinnokliniken har under 2020 inte haft några revisioner/inspektioner. Troligtvis så har den pågående pandemin varit orsaken till att inga revisioner/inspektioner har genomförts.

Däremot har IVO meddelat att de kommer att göra tillsyn under hösten och vintern 2020/2021 med anledning av de risker som identifierats nationellt inom förlossningsvården. Samtidigt i tillsynen vill man följa upp vårdgivarnas satsning avseende kvinnors hälsa som regeringen inledde 2015. Av den anledningen har IVO begärt in uppgifter från oss i egenskap av vårdgivare där vi har fått redogöra för hur:

- Det systematiska kvalitetsarbetet/patientsäkerhetsarbetet bedrivs på kliniken
- Vi utgår från riskanalyser när insatser eller åtgärder genomförs som har omfattande påverkan på verksamheten

Med tanke på att pandemin fortfarande pågår så är det troligt att tidsplanen kommer justeras framåt i tiden.

Författat och sammanställt av:

Verksamhetschef: Maria Persson

Kvalitetsutvecklare: Helen Snäckerström



Danderyds Sjukhus

I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

Namn på dokument Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020	
Enhet: Kvalitet och Verksamhetsutveckling	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: 2020-11-30	Ansvarig: Lena Martin, kvalitetsstrateg
Översyn/revision: 2021-10-01	Åsa Hammar, chefläkare

Patientsäkerhetscontroller: *Margareta Lundén*

Sektionschef Gynekologi: *Ulrika Hedding*

Sektionschef Obstetrik: *Maria Sjöstrand*