

Svensk förlossningsvård säkras i ett rikstäckande projekt

Tvärprofessionell samverkan en grundpelare i »Säker förlossningsvård«

CHARLOTTA GRUNEWALD, docent, överläkare, kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm; ordförande Svensk förening för obstetrik och gynekologi 2007–2008
charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

STELLAN HÅKANSSON, docent, överläkare, barnkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; ordförande Svenska barnläkarföreningens neonatalförening 2006–2009

ULF HÖGBERG, överläkare, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; ordförande Svensk förening för obstetrik och gynekologi 2009–2010

CHARLOTTE MILLDE LUTHANDER, överläkare, doktorand, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet, Södersjukhuset, Stockholm
ANN-KRISTIN SANDIN-BOJÖ, leg barnmorska, med dr, prefekt, avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet, FoU-enheten, divisionen länspecialiteter, Centralsjukhuset, Karlstad; styrelseledamot Svenska barnmorskeförbundet

INGELA WIKLUND, leg barnmorska, med dr, BB Stockholm; ordförande Svenska barnmorskeförbundet

År 2007 initierades det nationella projektet »Säker förlossningsvård«. Målet var att förbättra patientsäkerheten inom förlossningsvården. Huvudsyftet var att minska antalet barn med undvikbara förlossningsrelaterade skador och därmed minska onödigt lidande, men även kostnader för samhället. Delmål var att skapa medvetenhet om risker för barnet i samband med förlossningen, initiera och stödja förbättringsåtgärder och sprida goda exempel.

Grundpelaren i projektet har varit tvärprofessionell samverkan mellan yrkesorganisationerna Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svenska barnmorskeförbundet och Svenska barnläkarföreningens neonatalförening, med administrativt och finansiellt stöd från Patientförsäkringen LÖF [1].

Det evidensbaserade underlaget för projektet var studier baserade på Patientförsäkringen LÖF:s journalarkiv över fall av förlossningsrelaterad syrebrist eller tidig död hos 472 barn födda 1990–2005. Där handläggningen under förlossningen bedömts som suboptimal var brister i fosterövervakning (98 procent), vid hotande fosterasfyxi (71 procent) eller övrigt i anslutning till förlossningen (52 procent), vanligast [2]. Även efter barnets födelse kunde en rad brister påvisas, bl a fördröjd initiering av återupplivningsåtgärder, otillräckligt säkerställd ventilation och bristande dokumentation av vidtagna åtgärder [3, 4]. Bland fallen med förlossningsrelaterad CP-skada sågs fler kända riskfaktorer för graviditetskomplikationer än hos friska kontroller [5].

I en fall-kontrollstudie av barn födda inom Stockholms läns landsting med tecken på syrebristsskada under åren 2004–2006 hade 62 procent av barnen som föddes med tecken på syrebrist och 36 procent av de friska kontrollerna utsatts för felbehandling eller suboptimal vård. Majoriteten av de faktorer som orsakat suboptimal vård bedömdes vara möj-

»Huvudsyftet var att minska antalet barn med undvikbara förlossningsrelaterade skador...«

liga att förebygga genom utbildning, ökad medvetenhet om risker och organisatoriska förbättringar [6].

Projektorganisation

Styrgruppen bestod av nuvarande eller f d ordförande och styrelseledamöter i respektive yrkesorganisationer samt Patientförsäkringen LÖF:s vd, sedermera senior advisor, samt chefläkare. Yrkesorganisationernas ledamöter ansvarade för alla beslut om projektets medicinska innehåll. Projektadministrationen sköttes av en tjänsteman på LÖF.

Projektbeskrivning

Samtliga 46 förlossningskliniker i Sverige deltog i arbetet, som startade 2008 och avslutades 2011. Självvärderingsfrågor utarbetades hösten 2007 av en tvärprofessionell expertgrupp utsedd av respektive yrkesorganisation. Frågorna baserades utifrån följande identifierade riskområden:

- organisation
- kommunikation
- kompetens
- teknik
- läkemedelshantering
- dokumentation
- uppföljning.

Frågorna begränsades till fullgångna graviditeter (med fokus på barnet), från den första telefonkontakten inför förestående förlossning till dess att barnet eventuellt omhändertagits och transporterats. Frågorna berörde aktuella rutiner och riktlinjer för det som bedömts som viktigt för att förebygga allvarliga förlossningsskador och hur efterlevnaden av rutinerna/riktlinjerna säkerställdes [1].

Projektet inleddes med ett pilottest där 4 kliniker ingick,

SAMMANFATTAT

Samtliga förlossningskliniker i Sverige har bidragit till ett omfattande förbättringsarbete under en kort tidsperiod. **Den prövade metoden** med självvärdering, extern interprofessionell revision, överenskommelser om åtgärder och redovisning av genomförda åtgärder är effektiv och kan användas som framtida modell.

Yrkesorganisationer i tvärprofessionell samverkan – med odelat ansvar för det medicinska innehållet – utgör en betydande potential för ett nationellt patientsäkerhetsarbete. **Administrativt** och ekonomiskt stöd är en förutsättning för framgång.

följt av tre etapper med 14, 13 respektive 15 förlossningskliniker vardera. För varje klinik innebar deltagandet en cykel på 1,5 år, där utgångspunkten var en systematisk självvärdering. Självvärderingsrapporten granskades av ett externt revisorsteam bestående av erfaren obstetriker, barnmorska och neonatolog. Uppgiften var att hjälpa till att identifiera förbättringsmöjligheter, till stöd för verksamhetsledningens arbete. Ett platsbesök av revisorsteamet ingick för att fördjupa analysen.

Revisorsteamet gav sedan en skriftlig återföringsrapport och kom tillsammans med verksamhetsledningen överens om förbättringsåtgärder. Att dessa hade genomförts följdes upp inom 6 till 8 månader.

Som stimulansbidrag fördelades från LÖF till deltagande kliniker 50 000 svenska kronor initialt och 150 000 efter det att revisorerna godkänt åtgärdsredovisningen.

Avslutande hearingar med deltagare från verksamhetsledningar och revisorer för respektive avslutad etapp syftade till att dels följa upp klinikernas fortsatta förbättringsarbete, dels samla erfarenheter och synpunkter för utveckling och förbättring av projektet.

Materialiet som tillkommit genom revisionsarbetet, såsom självvärderingsrapporter med bifogade rutiner, revisionsprotokoll, återföringsrapporter, överenskommelser om åtgärder och åtgärdsredovisningar, samlades in och arkiverades successivt.

Processen illustreras översiktligt i Figur 1.

Utvärdering och resultat

Överenskomna och genomförda förbättringsåtgärder.

En sammanställning av samtliga klinikers gemensamma överenskommelser mellan verksamhetsledningarna och respektive revisorsteam och av motsvarande rapporterade genomförda åtgärder visar att ett omfattande förbättringsarbete ägde rum under processens gång (Figur 2). Av totalt 46 kliniker rapporteras en procentuell andel förbättringsåtgärder inom områdena

- PM, rutiner och riktlinjer (rörande t ex värkstimulerande dropp, fosterövervakning, riskbedömning vid förlossning eller vid hotande syrebrist, ansvarsfördelning, dokumentation m m (83 procent)
- teamträning (t ex omfattande satsningar på utbildning av personal, både i samband med återupplivning av nyfödda och vid akuta obstetriska situationer) (65 procent)
- dokumentation (61 procent)
- fosterövervakning med kardiokografi (CTG) (57 procent)
- behandling med värkstimulerande dropp (oxytocin) (52 procent)
- avvikelserapportering/händelseanalyser (48 procent)
- kompetens (48 procent)
- mäta och följa upp (46 procent)
- riskbedömning i samband med förlossning (46 procent)
- telefonrådgivning (riskbedömning) inför förlossning (43 procent)
- larmrutiner (35 procent)
- samarbete (inom den egna kliniken eller med andra kliniker/länsövergripande; 30 procent)
- körkort för teknisk utrustning (28 procent)

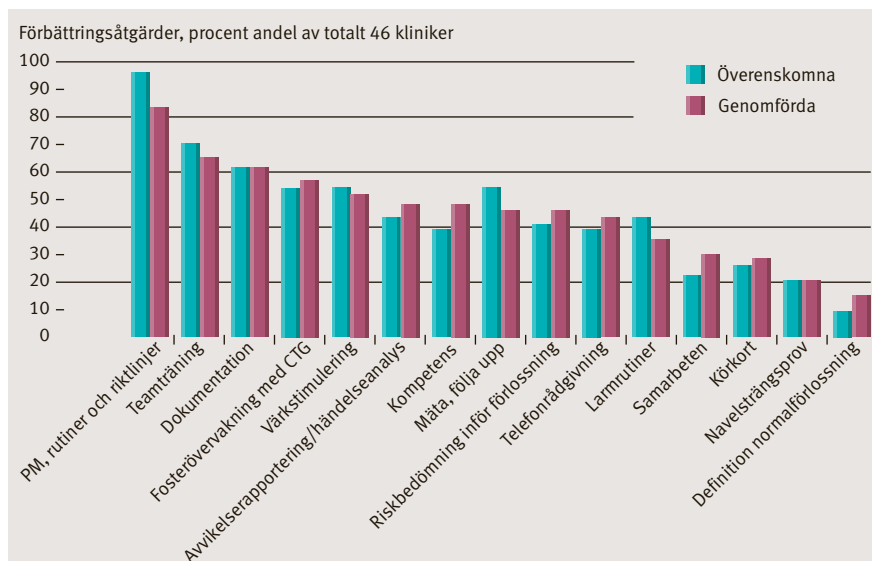


Figur 1. Översiktlig illustration av processen under projektets gång.

- navelsträngsprov efter förlossning (20 procent)
- definition av normalförlossning (15 procent).

Samlade erfarenheter. Behovet av nationell normering för handläggning inom identifierade riskområden var utgångspunkten för att tillsätta två tvärprofessionella arbetsgrupper med uppgift att skriva underlag för lokala PM angående telefonrådgivning, riskbedömning, fosterövervakning, rutiner/riktlinjer vid hotande syrebrist, instrumentell förlossning och kejsarsnitt. Uppdraget var att göra en systematisk genomgång och sammanställning av de PM/vårdprogram/checklistor som i samband med projektet skickats in från landets förlossningskliniker och därefter ta till vara »det bästa«. I uppdraget ingick inte bedömning av vetenskaplig evidens för dessa rutiner.

Genomgången visade att flera bra checklistor/PM fanns och från vilka »det goda exemplet« skapades för berörda riskområden. Dokumenten har därefter godkänts av ansvariga yrkesorganisationer och finns nu att tillgå på respektive



Figur 2. Procentuell andel av totalt 46 kliniker per typ av förbättringsåtgärd, uppdelad i överenskomna respektive genomförda förbättringsåtgärder.

webbplatser. Förhoppningen är att dokumenten kan ligga till grund för lokala PM.

En tredje arbetsgrupp gick igenom dokument rörande rutiner och riktlinjer vid neonatal hjärt-lungräddning och de lokala förutsättningarna för detta vid olika typer av förlossningsavdelningar i landet. Uppgiften var att dels definiera en rimlig teoretisk kunskapsnivå för ansvarig personal, dels föreslå metoder för hur dessa ska kunna tillägna sig och upprätthålla kunskaper och färdigheter. Arbete pågår med att ta fram ett webbaserat program för utbildning, träning och kunskapskontroll i akut omhändertagande av barn med förlossningsrelaterad syrebrist.

Webbaserat program för CTG och fosterövervakning.

Ett webbaserat program för CTG och fosterövervakning har utvecklats i syfte att bidra till ökad kompetens om CTG hos läkare och barnmorskor på Sveriges samtliga förlossningskliniker. Målsättningen med programmet, som består av en undervisningsdel, en träningsdel och en kunskapskontroll, är att alla läkare och barnmorskor som arbetar aktivt inom förlossningsvården i Sverige ska genomgå programmet med godkänt resultat.

Programmet, som uppdateras successivt med nya fall och kurvor för träning och kunskapskontroll, tillhandahålls kostnadsfritt för Sveriges förlossningskliniker och lärosäten (<http://www.ctgutbildning.se>). I september 2011 hade 400 läkare (ca 40 procent) verksamma inom förlossningsvården och 1500 (ca 75 procent) barnmorskor klarat kunskapskontrollen. Som del i CTG-programmet har en lathund med ett klassifikationsschema och rekommenderade åtgärder tagits fram. Lathunden finns nu tillgänglig för alla som tjänstgör på landets förlossningsavdelningar.

Enkät till revisorerna i omgång 1 och 2. En grundstomme i projektet var revisorsteamet. Revisorerna uppfattade det som positivt att ta del av andra klinikers verksamhet, den tvärprofessionella diskussionen under seminarierna och i teamen, utvecklingen av professionella nätverk och att samtidigt kunna reflektera över verksamheten på den egna kliniken och ta hem idéer och lösningar. Den ovana rollen som revisor och varierande kompetens och intressen i teamen, vilket kunde påverka revisionen, uppfattade de dock som svårt eller negativt. Bristen på evidens och nationella riktlinjer ansågs försvåra arbetet. Uppdraget tog mer tid än förväntat.

Som exempel på övriga reflektioner framförde revisorerna önskan om en fortsättning av projektet så att detta inte bara blir en tillfällig kraftsamling. För att förstärka samarbetet mellan kliniker föreslog de videokonferenser mellan små och stora kliniker för tex granskning av CTG-kurvor eller videofilmning med åtföljande expertgranskning vid återupplivning av nyfödda. Önskemål om att få tillgång till andra klinikers rapporter om allvarliga avvikelser och händelseanalyser framfördes också.

Vetenskaplig utvärdering. En vetenskaplig utvärdering pågår av projektet »Säker förlossningsvård«, med syfte att bidra till ökad kunskap om värdet av övergripande patientsäkerhetsinsatser inom förlossningsvården. En processanalys baserad på intervjuer med verksamhetsansvariga i självvärderingsprocessen har genomförts. Resultatet av denna visar på

»Projektet har välkomnats unisont av samtliga verksamhetsledningar inom förlossningsvården.«

»Kostnaden för projektet motsvarar ungefär maximalersättningen för två hjärnskadade barn.«

värdet av självvärdering med grundlig genomgång av mål, metoder och resultat. Den externa interprofessionella granskningen var uppskattad, om än av mindre betydelse för att identifiera förbättringsåtgärder. Återföringsrapporten och den gemensamma överenskommelsen om åtgärder har dock haft en positiv inverkan på förändringsarbetet. Den externa granskningsprocessen kan därför betraktas som ett viktigt komplement till den lokala självvärderingen [Monica Nyström, Stockholm, pers medd; 2012].

En utvärdering av utbildningsprogrammet i CTG-tolkning har genomförts. Programmets effekt på obstetrikers och barnmorskors förmåga att korrekt bedöma CTG har studerats. En grupp bestående av 135 barnmorskor och läkare granskade enskilt respektive parvis en CTG-kurva före och efter utbildning i det webbaserade CTG-programmet. Resultatet visade ingen signifikant förbättring i förmågan att korrekt klassificera en CTG-kurva efter genomgången utbildning. Vid subgruppsanalys sågs dock en tendens till förbättring i förmågan att klassificera normala CTG-kurvor och att andelen rätt klassificerade kurvor ökade när bedömningen gjordes parvis, vilket stärker bilden av värdet av teamarbete [7].

I övrigt pågår studier av incidensen av suboptimal vård under förlossning hos barn födda med tecken på syrebrist och friska kontroller i Stockholms läns landsting under 2009–2011. Resultatet kommer att jämföras med data från en tidigare studie under 2004–2006 [6]. Studier av förekomst av förlossningsrelaterad syrebrist på nationell nivå samt en kostnadsnyttoanalys planeras.

Reflexioner

Förutsättningar. I inledningen av projektet diskuterades olika upplägg. Flera skäl fanns för styrgruppen att inte välja en normerande protokollbaserad revision: dels eftersom varken yrkesorganisationerna eller Patientförsäkringen LÖF har en sådan funktion i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, dels saknas evidens för stora delar av området, dels kultur och tradition.

Beslutet blev att bygga interventionen på självvärdering med öppna frågor utifrån identifierade riskområden i syfte att identifiera styrkor och förbättringsmöjligheter. För att främja tvärprofessionellt arbete utformades självvärderingsrapporten så att den måste besvaras av flera professioner (barnmorskor, förlossningsläkare, barnläkare mfl). Ett annat val var att – i stället för att utbilda ett fåtal professionella revisorer – basera arbetet på många deltagande för att främja ett brett lärande och inspirera till mångas deltagande i gemensamt utvecklingsarbete och erfarenhetsutbyte över landet.

Styrgruppen beslutade även att inte heller tillsätta några »överrevisorer« för slutkontroll. Dessutom bestämdes att inte rekommendera eller tillhandahålla någon särskild förbättringsmetodik för att genomföra de förbättringsmöjligheter som identifierades. Målet var att skapa en dynamisk process, som var öppen för utveckling, förändring och nya idéer allteftersom erfarenheter vanns. En grundförutsättning var att yrkesorganisationerna odelat skulle svara för det medicinska innehållet och driva och förankra projektet i verksamheten samt att Patientförsäkringen LÖF:s insats skulle begränsas till att ge ekonomiskt och administrativt stöd.

Genomförande. Projektet har välkomnats unisont av samtli-

ga verksamhetsledningarna inom förlossningsvården. Arbetet har bedrivits i en påfallande positiv och konstruktiv anda där idéer och tankeutbyten har flödat, både inom klinikerna och bland revisorer. Sammanställningen av överenskomna och rapporterade åtgärder visar att projektet har bidragit till ett omfattande förbättringsarbete inom förlossningsvården under en kort tidsperiod. Många förbättringsåtgärder har redovisats, men en hel del har vidtagits redan under processens gång.

En rad faktorer kan ha påverkat patientsäkerhetsarbetet och vilka förbättringsåtgärder man valt att lyfta fram i överenskommelsen. Av dessa har sannolikt en ökad medvetenhet och kunskap om risker för barnet i samband med förlossning en störst betydelse, men även följande:

- Tidpunkten i projektet då den lokala överenskommelsen skett. Eftersom projektet varit känt bland alla verksamhetschefer och många av deras medarbetare under hela projektperioden, är det troligt att en ökad medvetenhet om patientsäkerhet och därmed redan förbättrade åtgärder har skett fortlöpande under denna tid (liksom även efter redovisningen av genomförda åtgärder).
- Storleken på förlossningsklinikerna och deras geografiska läge. Att stora respektive små förlossningskliniker har olika förutsättningar är klart, men styrgruppen har varit mån om att poängtera att patientsäkerhetsarbetet ska utgå från befintliga förutsättningar och resurser.
- Revisorsgruppens sammansättning, personkemin inom gruppen, dess samlade kompetens, erfarenhet och egna perspektiv (stora kliniker kontra små).

Ekonomi. Patientförsäkringens LÖF:s kostnader för projektet har totalt uppgått till ca 16 miljoner kronor, varav drygt hälften för stimulansmedel och resten för bidrag till kliniker som medverkat med revisorer, revisorernas resor och logi i samband med platsbesök på klinikerna, startseminarier och projektadministration. Kostnaden för projektet motsvarar ungefär maximalersättningen för två hjärnskadade barn.

Slutsatser och förslag till fortsatt arbete

Vår gemensamma erfarenhet av projektet är att yrkesorganisationer i tvärprofessionell samverkan utgör en betydande potential, som kan tas tillvara för nationellt patientsäkerhets-

arbete. Framgångsfaktorn har varit yrkesorganisationernas odelade ansvar för det medicinska innehållet, dvs att de äger och driver projekten, men också att administrativt och ekonomiskt stöd ges.

Projektet är nu avslutat, och nya former för patientsäkerhetssamverkan diskuteras mellan de professionella organisationerna med stöd från Patientförsäkringen LÖF. Fortsatta självvärderingar med någon form av extern revision efterfrågas, och vi tror att samarbete mellan kliniker parvis eller regionalt kan vara en framtida modell. Metoden med självvärdering med frågor av typen »Hur säkerställer ni att...?« kombinerat med externa revisioner skulle kunna begränsas till de mest avgörande frågorna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Torbjörn Schultz har fungerat som administrativt stöd vid Patientförsäkringen LÖF.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

1. Grunewald C, Håkansson S, Wiklund I. Svensk förlossningsvård måste bli säkrare. *Läkartidningen*. 2008;105:196.
2. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, et al. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990–2005. *BJOG*. 2008;115:316–23.
3. Berglund S, Norman M, Grunewald C, et al. Neonatal resuscitation of asphyctic infants due to obstetrical malpractice in conjunction with labour in Sweden 1990–2005. *Acta Paediatr*. 2008;97(6):714–9.
4. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, et al. Brister i fosterövervakning vanligaste felbehandling vid förlossning. Förlossningsvården måste skapa säkerhetssparar. *Läkartidningen*. 2008;105:207–9.
5. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, et al. Risk factors for severe asphyxia associated with substandard care during labour. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:39–48.
6. Berglund S, Pettersson H, Cnattingius S, et al. How often is low Apgar score a result of substandard care during labour? *BJOG*. 2010;117:968–78.
7. Millde-Luthander C, Högberg U, Nyström ME, et al. The impact of a computer assisted learning programme on the ability to interpret cardiotochography. A before and after study. *Sex Reprod Healthc*. 2012;3(1):37–41.

Sommaradress?

Om du vill ta med *Läkartidningen* på semestern, anmäl då detta senast den 8 juni 2012.

Tel: 08-790 33 41

Fax: 08-20 21 50

E-post: pren@lakartidningen.se

Läkartidningen