

Patientsäkerhetsberättelse för Karolinska Universitetssjukhuset 2022



Innehåll

INLEDNING.....	3
SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Informationssäkerhet.....	6
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Utlokaliserade patienter	17
Akut återinläggning i slutenvård	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu.....	18
Ökad satsning på tillgänglighet	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Vårdavvikelser	19
Markörbaserad journalgranskning (MJG)	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

INLEDNING

Karolinska Universitetssjukhuset delar den nationella visionen att ge *God och säker vård – överallt och alltid* och att *Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador*.

För att uppnå det behövs ett systematiskt arbete med att utvärdera risker och det som gick fel, för att ständigt lära nytt och säkra rutiner och arbetssätt. Det är även viktigt att fokusera på framgångsfaktorer för en säker vård, att lära av varandra och sprida goda exempel.

Vi har många verktyg som hjälp på vägen till exempel rutiner, checklistor och visualisering av data så vi kan följa förlopp i realtid och upptäcka avvikelser. Men i grund och botten är god patientsäkerhet vårt förhållningssätt.

Patientsäkerhet skapas av vad vi alla gör varje dag

Ylva Pernow, Kvalitet och Patientsäkerhetsdirektör

SAMMANFATTNING

Alla patienter som kommer till Karolinska Universitetssjukhuset ska känna sig trygga med att den vård de får är säker, av god kvalitet och utformad tillsammans med sjukhusets vårdpersonal. Patientens delaktighet är viktig för att öka patientsäkerheten. Patienten ska ges möjlighet till inflytande över behandlingen och ökade möjligheter till att ta ansvar för egenvård. Under året har sjukhuset arbetat för ökad patientmedverkan på olika nivåer, till exempel i ledningsgrupper, patientsäkerhetsråd och utvecklingsprojekt. För att underlätta och stimulera deltagande, skapas en utbildning för patientrepresentanter som ska introduceras under 2023.

Under året har utskick av patientenkäten automatiserats och patienterna ges nu möjlighet att återkoppla hur de upplever vården (PREM, patient reported experience measurements) via 1177 på dator eller mobiltelefon. Patientenkäter skickas ut efter vård på avdelningen eller besök på mottagning och automatiseringen har kraftigt ökat antalet svar. Det är ett viktigt verktyg i verksamheternas förbättringsarbete med delaktighet och information.

I den dagliga omvårdnaden av patienten identifieras risker och förebyggande åtgärder sätts in, till exempel vid fallrisk eller risk för infektion vid användning av urinkateter. Sjukhuset har fortsatt utvecklingen av digitala verktyg för att i realtid följa olika riskfaktorer. Vårdavdelningarna har tillgång till en realtidstavla där det visas om riskbedömningar utförts och om risk föreligger för fall, trycksår, undernäring, svårighet att tömma urinblåsan och antibiotikaresistenta bakterier. Resultatet av kontinuerliga mätningar av kvalitetsindikatorer visualiseras i verktyget Tableau som finns tillgängligt för alla medarbetare.

Under pandemin ökade väntetiderna för viss planerad vård. Lång väntetid till behandling innebär lidande men också risk för försämring. I augusti 2022 satte Karolinska upp målet att vid årsskiftet vara landets första köfria universitetssjukhus. När arbetet summerades var 82 av 88 operationsköer borta och även inom mottagningsverksamheten hade köerna minskat kraftigt. Detta har framför allt uppnåtts genom förbättrad planering och synkronisering samt ökat samarbete inom sjukhuset. Dessutom har arbetet resulterat i ett betydande kvalitetsarbete för registrering av väntande till nybesök och behandling som stärkt patientsäkerheten. Väntetiderna på sjukhusets akutmottagningar är fortsatt för långa. Det är en komplex problematik där många olika faktorer och aktörer samverkar. Ett stort arbete har påbörjats under året där de olika delarna optimeras, allt ifrån akutens eget arbetssätt, triage, väntetid på röntgen, möjlighet att utreda och vårda patienter inom dagvårdsverksamhet och samverkan med andra aktörer i vårdkedjan. Akutflödena är ett särskilt prioriterat arbete som kommer att intensifieras under 2023.

Under 2022 återupptogs arbetet med Infektionskontrollrådet som under ett par år varit vilande. Syftet med rådet är att driva ett sjukhusövergripande, samordnat och systematiskt arbete för att minska och förebygga förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) på Karolinska Universitetssjukhuset. Det övergripande målet är att vårdrelaterade infektioner har minskat med 30% (inkluderar all slutenvård inkl. IVA) till 2025 samt att samtliga teman och funktioner arbetar systematiskt med validering och användning av resultat från Infektionsverket. Andelen patienter inom slutenvården med VRI har minskat under året.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet, vårdavvikelser och handlingsplaner har fortsatt med regelbundna patientsäkerhetsdialoger, med ledningen för tema/funktioner respektive medicinska enheter. Totalt har 41 patientsäkerhetsdialoger genomförts 2022. Dialogformen har stimulerat, strukturerat och medvetandegjort det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidrar till en förbättrad säkerhetskultur.

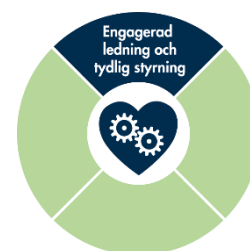
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen *God och säker vård – överallt och alltid* och det nationella målet *Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada*, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

På Karolinska Universitetssjukhuset ska alla patienter få en säker vård av bästa kvalitet. Ständiga förbättringar, med utgångspunkt i lärande och data, hjälper oss att hela tiden utmana oss själva och förbättra vårdens kvalitet. Den strategiska inriktning som sjukhuset följt sedan slutet av 2019 innebär att mandat och ansvar flyttas från centrala funktioner till dem som bedriver vård, forskning och utbildning. Staberna ska vara stödjande, i utbildning, analys och utvecklingsarbete. Ett årshjul har etablerats med regelbunden uppföljning av vårdutfall och kvalitet samt patientdialoger med verksamheterna. Automatisering och visualisering av data är en huvudstrategi för att underlätta uppföljning och styrning i linjen.

Organisation och ansvar

Tydliga roller och ansvar är förutsättningar för att ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete säkerställs. Sjukhusdirektören har, genom delegation från sjukhusstyrelsen, det yttersta ansvaret för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården och följer därmed lagar och myndighetskrav. I början av 2022 inrättades Stab Kvalitet och Patientsäkerhet med syftet att ytterligare stärka sjukhusets arbete med frågor rörande vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Roller och ansvar på Karolinska Universitetssjukhuset

Vårdgivaren

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten för att fortlöpande utveckla, förbättra och säkra vårdkvaliteten.

Detta sker bland annat genom att sjukhusets ledning har kvartalsvisa uppföljningsmöten med tema-/funktionschefer, av egenkontroll inom kvalitet, vårdproduktion, ekonomi och personal. Därtill

genomförs patientsäkerhetsdialoger i samtliga vårdverksamheter. Sjukhusets styrelse får månadsrapporter med exempelvis resultat på tillgänglighet, väntetider på akutmottagningarna, patientnöjdhet (PREM,) vårdrelaterade infektioner

Verksamhetschefen

Verksamhetschefen ansvarar för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Detta innebär att åtgärder ska vidtas för att:

- förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- resultatet av åtgärderna följs upp
- fastställa rutiner och processer, säkerställa att dessa är kända samt går att följa
- definiera roller, ansvar och befogenheter inom verksamheten så att det främjar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Medarbetaren

Medarbetarnas ansvar utgår från gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Alla medarbetare ska aktivt medverka i sjukhusets systematiska kvalitetsarbete, i risk- och avvikelsehantering och i arbetet med uppföljning av mål och resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom sjukhuset och med kommuner

Inom regionen finns en särskild utsedd grupp som arbetar med patientsäkerhet, Regionala Samverkansgruppen Patientsäkerhet, RSG PS, vars funktion är att strategiskt planera patientsäkerhetsarbetet i regionen. RSG PS leds av Region Stockholms chefläkare och består av representanter från olika vårdgivare, varav Karolinska Universitetssjukhuset är en av dessa vårdgivare, samt tjänstemän från hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Intern samverkan

Sjukhuset har under året genomfört informationsinsatser till vårdnära personal om Lag (2017:612), om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) samt utskrivningsprocessen. Fokus har legat på att förbättra slutenvårdens informationsöverföring samt vad som är av vikt att slutenvården informerar de andra aktörerna om det vill säga patientens funktionstillstånd, omvårdnadsbehov och omsorgsbehov.

Byte av ärendehanteringssystem genomfördes under hösten och tidigare system WebCare ersattes av Lifecare SP. Ärendehanteringssystem används som stöd för informationsutbyte mellan slutenvård och andra aktörer inom Region och kommun samt för att planera och upprätta utskrivningsplanering och/eller samordnad individuell plan (SIP).

För att säkerställa en trygg och patientsäker utskrivning i samband med och efter införandet av det nya ärendehanteringssystemet har flera åtgärder genomförts. Alla vårdavdelningar har en utbildad superanvändare per vårdavdelning som är stöd till sina kollegor. Utöver utbildningsmaterialet på Vårdgivarguiden har det även genomförts 14 utbildningstillfällen riktade till superanvändarna gällande lagstiftning, utskrivningsprocessen samt Lifecare SP.

Kunskapsutveckling

Karolinska Universitetssjukhuset samarbetar med avtalsjukhus i vårdkedjor där konsensusbeslut i multidisciplinära konferenser utvecklar patientsäkerheten. Detta skapar en grund för systematiskt utvecklingsarbete och säkrar kunskapsutvecklingen för alla parter.

Ett exempel på samarbete inom området patientsäkerhet är att Karolinska Universitetssjukhuset ger avtalsregionerna tillgång till sjukhusets verksamhet Centrum för avancerad medicinsk simulering (CAMST). CAMST möter kraven på systematisk och evidensbaserad träning inom högteknologisk vård med speciellt fokus på människa – maskininteraktion.

Nationell samverkan

Samarbete sker mellan regioner samt med sjukhus i andra regioner. Karolinska Universitetssjukhuset följer upp kvalitet och patientsäkerhet på övergripande nivå samt tittar närmare på utvalda områden tillsammans med sex regioner som vi har samverkansavtal med. En viktig faktor är korrekt överrapportering vid överflyttning av patienter mellan sjukhusen. Det finns en riktlinje för överföring av patienter till och från Karolinska Universitetssjukhuset som beskriver hur överflyttningar ska ske med förankring hos mottagande verksamhet inklusive vilka handlingar som skall med när det inte finns ett gemensamt journalsystem och hur överrapportering ska ske.

Det är även viktigt att följa och förstå upplevelsen för våra patienter, även de från andra regioner. Under året har Karolinska tillsammans med de regioner som sjukhuset har avtal med tagit fram ytterligare frågor som adderas till de befintliga enkätfrågorna som ställs till våra patienter, för att bättre förstå hur sjukhuset kan förenkla ytterligare för patienter som kommer utifrån.

För att utöka möjligheten för patienter att söka öppenvård i hela landet har sjukhuset under året infört en digital lösning för egenremiss till alla mottagningar via Alltid öppet och/eller 1177. Målsättningen är både att förenkla för patienter och att öka kvaliteten på inkommande remisser.

Internationell samverkan

Karolinskamodellen appliceras även på patienter från andra länder som vårdas på sjukhuset. För planerad vård av patienter från andra länder finns en riktlinje som omfattar hela processen, från förfrågan till uppföljning. Planerad vård av patienter från andra länder administreras centralt, för att underlätta och förbättra samverkan internt och externt. Utländska patienter som läggs in akut administreras av verksamheterna själva.

En identifierad patientsäkerhetsrisk gäller patienter som faller under kategorin tillståndslösa, samt för vissa akuta patienter från andra länder som saknar egna medel. I en del av dessa fall brister eller saknas samverkan med externa aktörer vid utskrivning (t ex kommun eller andra myndigheter).

Utskrivningsprocessen kan försvåras och försenas samt riskerar att leda till att patienterna inte får vård på rätt vårdnivå.

Karolinska Universitetssjukhuset samverkar även med andra sjukhus och länder inom ramen för den europeiska alliansen EUHA. Syftet är att förbättra vårdkvaliteten för patienter genom att dela erfarenhet, processer och skapa en gemensam plattform för att påverka beslutfattare, industri och andra aktörer. Karolinska deltar i samtliga nätverk inom EUHA och är koordinator för tre.

Informationssäkerhet

En översyn av Karolinska Universitetssjukhusets lokala ledningssystem för informationssäkerhet har skett utifrån Region Stockholms nya policy, riktlinjer och vägledning för informationssäkerhet.

Som ett led i att utveckla ett hållbart och systematiskt informationssäkerhetsarbete har ett informationssäkerhetsråd etablerats inom Rättskansliet för att kunna stötta verksamhetschefer, ägare av IT-system, informationssäkerhetskoordinatorsnätverket och övriga medarbetare. Samverkan kring informationssäkerhetsfrågor har stärkts med regionen och övriga akutsjukhus. Karolinska har fortsatt utfört informationsklassningar, riskanalyser och egenkontroller av IT-system, förvaltade och nyanskaffade,

för att säkerställa att relevanta säkerhetsåtgärder är implementerade. En extern NIS-revision har genomförts.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Strålsäkerhetsstatus i sjukhusets verksamhet med joniserande strålning samt resultat av sjukhusets förbättringsarbete inom området sammanfattas årsvis i en strålsäkerhetsrapport som redovisas för sjukhusledningen samt publiceras i februari varje år. Strålsäkerhetsrapporten redovisas separat, klicka [här](#) för åtkomst till aktuell rapport.

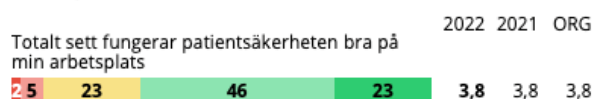
En god säkerhetskultur

Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)

Den årliga medarbetarundersökningen inkluderade elva frågor som behandlar hållbart säkerhetsengagemang. Undersökningen presenteras med två övergripande resultat



Helhetsfråga



HSE-index



Resultaten bygger på en ackumulerad sammanställning för hela sjukhuset och uppvisar oförändrade värden jämfört med 2021. De enskilda resultaten från varje verksamhet delges, diskuteras och aktiviteter initieras på varje arbetsplats.

Patientsäkerhetsdialoger (PSD)

Under 2022 och Q1 2023 har PSD genomförts på samtliga teman, funktioner och verksamheter. Utgångspunkten för dialogen har varit den nationella handlingsplanen *Agera för Säker Vård*. Sjukhusdirektören, tillsammans med chefläkare och medarbetare från stab Kvalitet och Patientsäkerhet, har varit sammanhållande för dialogerna på tema- och funktionsnivå. På verksamhetsnivå har chefläkare och handläggare deltagit tillsammans med verksamhetens ledning. Totalt har 41 dialoger genomförts under 2022.

Syftet med PSD är i första hand att föra en dialog om grundläggande förutsättningarna för en god och säker vård med inriktning mot sjukhusets systematiska patientsäkerhetsarbete från högsta ledningen till den enskilde medarbetaren. Dialogen har inriktats mot engagerad ledning och tydlig styrning med beskrivande av övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet inklusive roller och ansvarsfördelning, en god säkerhetskultur samt hur verksamheten säkerställer adekvat kunskap och kompetens. En viktig del är också hur patienten och närstående görs till medskapare och erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Av handlingsplanens fokusområden diskuterades särskilt Basala Hygien- och Klädregler (BHK) och vårdrelaterade infektioner (VRI) samt vilket lärande som skett särskilt avseende vårdskador. Verksamheterna (både teman, funktioner och enskilda verksamheterna) har också formulerat de största riskområdena och hur dessa kan hanteras.

Sammanfattningsvis kan sägas att dialogformen har stimulerat, strukturerat och medvetandegjort det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidrar till en förbättrad säkerhetskultur.

Vägvisaren

Karolinska Universitetssjukhuset har under 2022 tagit fram Vägvisaren som är en hjälp att göra rätt. Den konkretiserar hur vi ska arbeta och erbjuda vård i linje med våra kärnvärden. För att nå målet krävs att vi är en trygg, inkluderande och hållbar arbetsplats, där var och en kan komma till sin rätt och bli bemött med vänlighet och respekt. Det innebär också att vi som chefer och anställda hjälper varandra, och känner oss trygga med att säga ifrån om vi ser något som inte är förenligt med våra värderingar. Vi arbetar gemensamt för att vårda förtroendet för Karolinska Universitetssjukhuset och ta ansvar för våra gemensamma resurser. Tillsammans gör vi vår vision till verklighet. Vägvisaren omfattar ett e-utbildningsmaterial som samtliga medarbetare förväntas genomföra under 2023.



Goda exempel

I samband med den nationella patientsäkerhetsdagen presenterades kvalitet-och patientsäkerhetsinitiativ från sjukhusets olika verksamheter för att sprida goda exempel och inspirera nya projekt. En posterutställning med 32 bidrag från olika enheter och professioner presenterades dels i form av en utställning dels på sjukhusets hemsida och i sociala medier. Exempel på ämnen som presenterades var arbete med olika verktyg som gröna korset, bedside rapportering, personcentrerad vård samt digitala utvecklingsprojekt inom radiologi och strålbehandling.

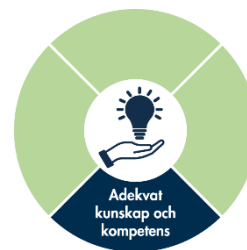
Andra goda exempel är strukturerade metoder för att nå psykologisk trygghet på arbetsplatser, patientsäkerhetsluncher, mortalitet- och morbiditetkonferenser (M&M) samt ”omvårdnadsmästerskap” där medarbetarnas utvecklingsarbete premieras.

Inom flera verksamheter har ett arbete med att använda Gröna Korset i klinisk vård genomförts. Varje månad valdes ett eller flera områden ut, ofta ett område med bristfälligt kvalitetsresultat., t.ex. mat- och vätskeregistreringar och riskbedömningar inom undernäring och fallprevention.

Adekvat kunskap och kompetens

Arbetsmiljö och kompetensförsörjning

Patientsäkerhet och arbetsmiljö styrs av olika regelverk, men för de båda områdena finns liknande krav på att driva ett systematiskt arbete genom att bland annat sätta mål, upprätta rutiner för riskbedömning och avvikelshantering samt att följa upp genomfört arbete.



När arbetsmiljön inte fungerar, till exempel om det finns underbemanning eller en bristfällig kompetens hos personalen, så ökar riskerna för patientsäkerheten. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår som en naturlig del i den dagliga verksamheten och följs upp årligen. Denna årliga utvärdering genomförde region Stockholm under slutet av 2022. Identifierade brister som inte kan åtgärdas lokalt, eskaleras vidare i organisationen, men i övrigt hanteras handlingsplanerna i det lokala arbetsmiljöarbetet.

Under hösten 2022 har arbetet intensifierats med att komplettera befintliga samverkansgrupper med skyddskommitté.

Genom Hälsocentrum, inom stab Human Resources (HR), samordnas olika utbildningssatsningar kring det hållbara arbetslivet för både chefer och medarbetare, till exempel gällande reflektionsledare och självkännedom. Spelet om arbetsmiljön är en partsgemensam fysisk arbetsmiljöutbildning som anordnas med fokus på den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, men även på rehabilitering och arbetsanpassning

För att tydligare förstå och hantera vår kompetensförsörjning på längre sikt fortsätter vi arbetet med att införa en sjukhusövergripande årlig kompetensförsörjningsprocess som inkluderar ett förstärkt och förbättrat analys- och processtöd för verksamheterna.

Övergripande och på sikt syftar insatserna till att förbättra arbetsmiljön och kvarstanna av medarbetare och chefer på Karolinska Universitetssjukhuset.

Kunskap om patientsäkerhet

Alla sjukhusets medarbetare uppmanas genomgå Socialstyrelsens e-utbildning Agera för säker vård och detta följs upp vid patientsäkerhetsdialogerna. Ett särskilt behov av riktad information till chefer har identifierats och en utbildning tas fram under 2023.

Utbildning i patientsäkerhet ingår i sjukhusets allmänna introduktionsprogram och flera verksamheter har det som en del i den lokala introduktionen.

Patienten som medskapare

Dialog sker kontinuerligt med sjukhusets Strategiska patient- och närstående råd för att få ett patient- och närståendeperspektiv på olika frågor. T.ex. återkoppling till patienter som deltar i kliniska studier och utvecklande av digital måltidstjänst.



I de patientsäkerhetsdialoger som har genomförts har en fråga berört hur verksamheterna har med patienter som medskapare i patientsäkerhetsarbetet. Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet kan se olika ut beroende på verksamhetens behov och förutsättningar. Allt fler verksamheter har med patienter och närstående som en resurs i utvecklings- och förbättringsarbetet samt som en naturlig del i händelseanalysen vid negativa händelser.

För att förbättra delaktigheten för patienter med förlängd vårdtid och/eller komplicerat vårdförlopp har inom en verksamhet införts omvårdnadsrund med syftet att införa evidensbaserade omvårdnadsåtgärder.

Patientens och närståendes delaktighet och medbestämmande i vården främjas genom att tydliggöra vad patienten önskar och behöver för att de ska känna sig trygga och delaktiga i sin vård. Omvårdnadsrond genomförs en gång i veckan av en specialistsjuksköterska tillsammans med patientansvarig sjuksköterska och undersköterska, patienten, och om den önskar, närstående. Patienten tillfrågas om deltagande i omvårdnadsronden och en patientdialog genomförs innan rondens påbörjas. Rondens syfte är att belysa omvårdnadens betydelse för patientvården, tydliggöra eventuella brister kring omvårdnaden, bidra till ökad patientsäkerhet och främja utbytet av kunskap och erfarenhet mellan vårdpersonalen.

En viktig del i patientmedverkan är att patienter och närstående på ett enkelt sätt kan återkoppla sina erfarenheter till vården (PREM). Under året har utskick av patientenkäten automatiserats och patienterna ges nu möjlighet att återkoppla via 1177 på dator eller mobiltelefon. Patientenkäter skickas ut efter vård på avdelningen eller besök på mottagning och det har kraftigt ökat antalet svar. Det är ett viktigt verktyg i verksamheternas förbättringsarbete med delaktighet och information.

Tabell 1. Resultat från patientenkät 2022. Totalt antal svar: 56 702

Fråga i enkät	Mycket bra/ Ja, helt och hållet	Bra & Mycket bra, Ja helt och håller & Ja i stort sett
Helhetssyn*	76 %	94%
Information**	68 %	92 %
Delaktighet***	64 %	86 %

*Hur upplevde du vistelsen/besöket som helhet?

**Fick du tillräcklig information om din vård/ behandling?

***Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Egenkontroller är viktiga för att följa kända riskvariabler och ingår i det systematiska förbättringsarbetet. Flera indikatorer kan följas kontinuerligt på vårdenhetsnivå och aggregerat på sjukhusnivå. Resultat visualiseras på sjukhusets interna hemsida och följs upp i dialog med verksamheterna och genom fokusveckor och riktade utbildningar.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

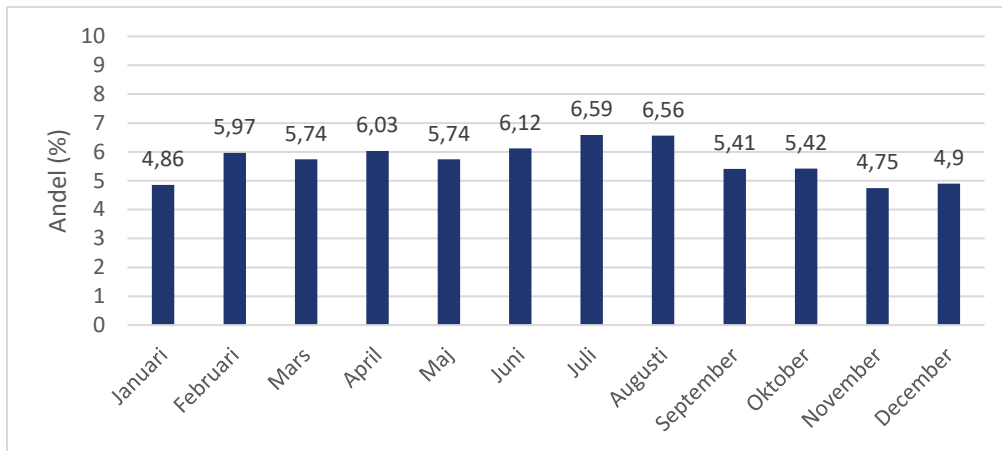
Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd för kontinuerlig registrering av infektioner och orsaker till antibiotikaordinationer. Det används som redskap i förbättringsarbetet med att minska antalet vårdrelaterade infektioner och optimera följsamheten till riktlinjer kring antibiotikaanvändning.

Mål Infektionsverktyget

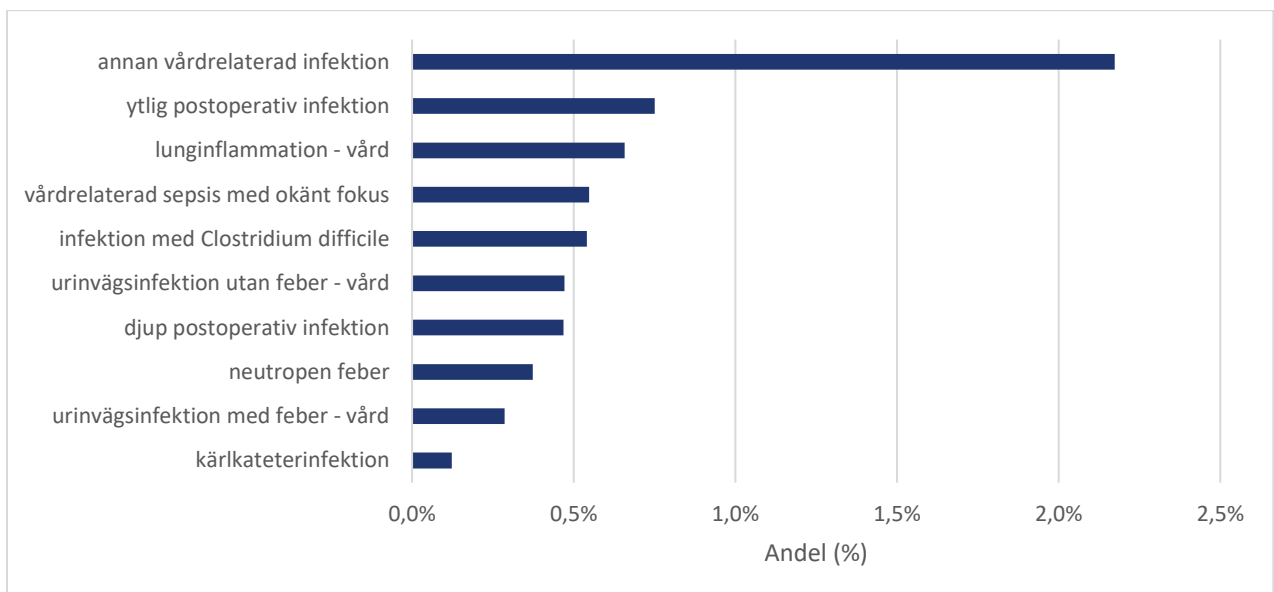
Mål: ≤ 7,3 %
Utfall: 5,7%
Datakälla: Infektionsverktyget

Antalet slutenvårdsvårdtillfällen 2022 var 84 920 (44 427 kvinnor, 40 121 män). Andel vårdtillfällen med förekomst av VRI var totalt 5,7% (kvinnor 5,6%, män 6,2%).

Tidigare år har förekomsten av VRI rapporterats med punktprevalensmätningar och det går inte att jämföra dessa resultat. Införandet av Infektionsverktyget påbörjades före pandemin men det har inte använts fullt ut på sjukhuset förrän 2022. Därför saknas jämförelser med tidigare år.



Figur 1. Infektionsverktyget. Andel (%) vårdtillfällen inom slutenvård med VRI per månad 2022



Figur 2. Andel vårdtillfällen med VRI fördelade på VRI-typ av totalt antal vårdtillfällen under 2022

Under 2022 har sjukhuset arbetat med att validera att verktyget används korrekt och ger relevanta data. Fokus har initialt varit inom Tema Cancers verksamheter där även ett kvalitetsarbete för minskade VRI utförts. Under året minskade andelen VRI i slutenvården. Bidragande faktorer bedöms vara ett ökat fokus och lokala förbättringsåtgärder

Under 2022 återupptogs arbetet med Infektionskontrollrådet som under ett par år varit vilande. Syftet med rådet är att driva ett sjukhusövergripande, samordnat och systematiskt arbete för att minska och förebygga förekomsten av vårdrelaterade infektioner på Karolinska Universitetssjukhuset. Det övergripande målet är att vårdrelaterade infektioner har minskat med 30% (inkluderar all slutenvård inklusive intensivvården (IVA)) till 2025 samt att samtliga teman och funktioner arbetar systematiskt med validering och användning av resultat från Infektionsverktyget.

En viktig del i arbetet är att utveckla Infektionsverktyget för att samla in och rapportera rätt data kring VRI och antibiotikaanvändning. Fortsatt validering av hur verktyget används planeras inom övriga teman och intensivvården under 2023.

Karolinska Universitetssjukhuset kommer att delta den europeiska mätningen av vårdrelaterade infektioner, ECDC, som äger rum under april/maj 2023. Det blir ett komplement till data från Infektionsverktyget och ger oss möjlighet att jämföra sjukhuset med andra europeiska sjukhus.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

<p>Mål: ≥ 63 procent följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (mål i avtalet med regionen)</p> <p>Karolinskas mål > 71%</p>
<p>Utfall: 67,7 %</p>
<p>Datakälla: Punktprevalensmätning</p>

Tabell 2. Resultat från punktprevalensmätningar av BHK 2020–2022

Karolinska Universitetssjukhuset	2020	2021	2022
Följsamhet till BHK (alla åtta steg rätt) vid punktprevalensmätning (2 ggr/år)	67,0%	65,6%	67,7%

Resultaten från punktprevalensmätningarna visar att det totalt sett har skett en liten förbättring av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler från 2021 till 2022. Det viktigaste förbättringsutrymmet finns inom handdesinfektion före och efter patientkontakt.

BHK har följts som specifik indikator under flera år. De enheter som uppvisat låg följsamhet till handlingsprogrammet genomför månadsmätningar. Antalet månadsmätningar har ökat under 2022. 2023 planeras en temamånad ”Hygien” med fokus på att förebygga och följa upp vårdrelaterade infektioner där olika aktiviteter ingår som till exempel spridning av goda arbetssätt inom handhygien och kunskapshöjning genom dialogkort för BHK.

Anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB)

För att förhindra spridning av resistenta bakterier (ARB) finns regionala handlingsprogram till exempel för patienter med ökad risk för multiresistenta bakterier (Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA)). Följsamheten till handlingsprogrammet mäts genom punktprevalensmätningar.

Mål: 90%, (mininivå 80%) 90 procent (mininivå 80%) av alla patienter som har en ökad risk för MRSA ska odlas inom 24 timmar, i samband med intagning.
Utfall: 64,4%
Datakälla: Punktprevalensmätning

Anmälningspliktiga resistent bakterier (ARB) mäts regionövergripande genom punktprevalensmätning två gånger per år. Resultaten visar att under 2022 odlades 64,4 % i enlighet med handlingsprogrammet jämfört med 59% 2021. Resultaten är långt från målet. De varierar mellan enheter inom sjukhuset och mellan mättillfällen. Det finns ingen tydlig koppling till akutflöden. Ingen intern smittspridning av MRSA har skett men ytterligare åtgärder behövs för att förbättra följsamheten. I början av 2023 introducerades resistent bakterier på den realtidstavla som finns tillgänglig för vårdavdelningarna. Där visas i realtid, vilka patienter som har bedömts avseende risk för resistent bakterier. Det visualiserar behov av åtgärder för avdelningens medarbetare.

Trycksår

Riskbedömning ska göras enligt Modifierad Nortonskala inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhuset (exklusive BB och barnsjukvård). Karolinska Universitetssjukhusets interna mål är $\geq 80\%$ genomförda riskbedömningar för trycksår. Andel patienter som under aktuellt vårdtillfälle förvärvat trycksår av kategori 2–4 redovisas liksom andel riskpatienter där förebyggande åtgärder satts in.

I den slutna vården mäts trycksår kontinuerligt och trycksårsresultat visas digitalt för alla verksamheter i visualiseringsverktyget Tableau på sjukhusets intranät.

Andel riskbedömningar för trycksår inom 24 timmar var 81 % Nära var femte patient (17 %) bedömdes ha en ökad risk för trycksår vid inskrivningen. Antal rapporterade trycksår eller risk för trycksår i avvikelssystemet Händelvis ligger på en lägre nivå 2022 i jämförelse med tidigare år.

Tabell 3. Kontinuerlig mätning av trycksår år 2020–2022.

År	2020	2021	2022
Antal vårdhändelser	50 769	52 332	53 748
Andel patienter med riskbedömning inom 24 timmar, %	73	80	81
Andel patienter med risk för trycksår, %	17	18	17
Andel riskpatienter eller patienter med trycksår, med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	67	70	75
Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre inklusive A (ej klassificerbart trycksår) och B (misstänkt djup hudskada), %	Uppgift saknas	0,7	0,6

Tabell 4. Antal registrerade trycksårsavvikelser i avvikelssystemet Händelsevis år 2020–2022.

År	2020	2021	2022
Antal rapporterade trycksår/risk för trycksår	104	96	74

Av samtliga riskpatienter hade 75 % minst en förebyggande åtgärd/aktivitet dokumenterad i journalsystemet, vilket är en förbättring i jämförelse med tidigare år. Idag har samtliga patienter på Karolinska en tryckreducerande madrass och vid behov en behandlande madrass. Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre under sjukhusvistelsen ligger på en låg nivå 0,6 %.

Under året har en realtidstavla skapats som ger vårdavdelningarna information om vilka patienter som riskbedömts och om risk föreligger.

I samband med den internationella trycksårsdagen ”Stop Pressure Ulcer Day” den 17 november 2022 genomfördes flera aktiviteter för att uppmärksamma den förebyggande vården. Information om trycksårsförebyggande åtgärder samt presentation av goda arbetssätt kommunicerades på sjukhusets intranät, externa hemsidan och i olika sociala medier. Karolinska deltar i det europeiska nätverket European University Hospital Alliance (EUHA) Nursing Network och har 2022 presenterat trycksårsförebyggande arbete från Karolinskas geriatriska verksamhet, neurologi och intensivvård.

Nutrition, undernäring, måltider och livsmedelssäkerhet

Riskbedömning för undernäring ska göras inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning på sjukhuset (exklusive BB, intensivvård och barnsjukvård). Karolinska Universitetssjukhusets interna mål är $\geq 80\%$ genomförda riskbedömningar för undernäring. Minst 80 % av patienterna ska vara nöjda med måltiderna.

Risk för undernäring har under året mätts kontinuerligt i den slutna vården. Resultatet visas digitalt på sjukhusets intranät i visualiseringsverktyget Tableau.

Andel riskbedömningar för undernäring vid inskrivning på sjukhuset inom 24 timmar var 65 % (n=51 433). Den vanligaste riskfaktorn som identifierades hos patienterna var ätsvårigheter följt av ofrivillig viktförlust och/eller ett lågt BMI-värde. Av samtliga riskpatienter hade 74 % minst en åtgärd/aktivitet dokumenterad i journalsystemet.

Antal rapporterade nutritionsavvikelser eller risk för nutritionsavvikelse i Händelsevis ligger på samma nivå som året innan.

Tabell 5. Kontinuerlig mätning av undernäring/nutrition år 2020–2022.

År	2020	2021	2022
Antal vårdhändelser	48 682	50 040	51 433
Andel patienter med riskbedömning för undernäring inom 24 timmar, %	57	68	65
Andel patienter med risk för undernäring, %	47	48	49
Andel riskpatienter för undernäring med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	74	73	74

Tabell 6. Antal registrerade nutritionsavvikelser i Händelsevis

År	2020	2021	2022
Antal rapporterade nutritionsavvikelser/risk för nutritionsavvikelser	189	182	182

Karolinska Universitetssjukhuset har två externa måltidsleverantörer på sjukhuset, en leverantör i Solna och en annan leverantör i Huddinge.

Tabell 7. Resultat från måltidsenkät 2020–2022

	2020		2021		2022	
	Solna	Huddinge	Solna	Huddinge	Solna	Huddinge
Jag upplever måltidens helhet som positiv, %	91	79	91	87	94	78
Jag har fått själv välja tidpunkt att äta, %	95	69	94	78	96	77
Jag har valt mat själv, %	91	76	97	87	98	85
Jag är nöjd med utbudet av mat, %	86	78	88	86	90	79

Resultatet visar att ca 50 % av de undersökta patienterna hade risk för undernäring vilket stärker behovet av aktiva åtgärder. En realtidstavla som ger verksamheterna en aktuell överblick av vilka patienter som har riskbedömts och om risk föreligger har skapats under året. Av samtliga riskpatienter hade 74 % minst en åtgärd/aktivitet dokumenterad i journalsystemet. Exempel på åtgärder är energi- och proteinrik kost, extra mellanmål, näringsdrycker eller andra stöd till patienten i samband med måltiden.

Många patienterna framför allt i Solna är nöjda med måltiderna. Fler patienter i Huddinge bör få välja maträtt och tidpunkt för måltiden. Under året har måltidsmenyerna kontinuerligt utvärderats och beroende på patienternas preferenser har maträtterna och menyer förändrats. Karolinska Universitetssjukhuset har sedan december 2022 ett helt nytt måltidskoncept i Huddinge som liknar det som finns i Solna.

Livsmedelshygieninspektioner har genomförts i vårdavdelningskök tillsammans med Solna stad respektive Huddinge kommun. Inga allvarliga avvikelser konstaterades. Ett digitalt egenkontrollprogram för livsmedelshygien på vårdavdelningar har implementerats på samtliga slutenvårdsavdelningar under året.

Fall

Riskbedömning för fall enligt Downton Fall Risk Index ska göras inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhuset (exklusive BB, intensivvård och barnsjukvård). Karolinskas Universitetssjukhuset interna mål är >80% genomförda riskbedömningar för fall. Ett sjukhusspecifikt mål har 2022 varit att öka andelen riskpatienter som har insatta fallförebyggande åtgärder och därmed minska andelen patienter som faller på sjukhuset.

Under 2022 har fall och risk för fall mätts kontinuerligt i den slutna vården. Resultatet visas digitalt på sjukhusets intranät i visualiseringsverktyget Tableau.

Följsamheten till riskbedömning för fall är god, andel riskbedömningar var 81 % (n=51 433). Resultatet visar att ungefär en tredjedel av patienterna hade fallrisk. Majoriteten av patienterna med fallrisk var 65 år eller äldre. Antal rapporterade fallavvikelser som registrerats i avvikelssystemet Händelvis har minskat i jämförelse med tidigare år.

Tabell 8. Kontinuerlig mätning av fall

År	2020	2021	2022
Antal vårdhändelser	48 682	50 040	51 433
Andel patienter med riskbedömning för fall inom 24 timmar, (%)	74	79	81
Andel patienter med risk för fall, %	33	30	34
Andel riskpatienter för fall med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	67	68	74
Andel patienter som fallit, %	1,6	1,7	1,7
Andel patienter som fallit och som skadade sig vid fallet	23	22	23

Tabell 9. Antal registrerade fallavvikelser i Händelsevis

År	2020	2021	2022
Fall utan skada	320	273	236
Fall med fysisk skada	106	102	75
Oro/rädsla pga. fall	5	9	9
Antal registreringar	431	394	320

Av samtliga riskpatienter hade 74 % minst en åtgärd/aktivitet dokumenterad i journalsystemet TakeCare som exempelvis personstöd vid förflyttning, kontinuerlig tillsyn eller gånghjälpmedel, vilket är en ökning i jämförelse med tidigare år.

Drygt en femtedel (22 %) av patienterna ådrog sig en skada vid fallet. Antal fallregistreringar i Händelsevis verkar därför ha underrapporterats. Störst andel fall ses hos äldre patienter inom geriatrisk vård.

En realtidstavla som ger verksamheterna en aktuell överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid inskrivningen och om patienten bedöms ha fallrisk har skapats.

Ett pilotprojekt genomfördes på neurokirurgiska vårdavdelningen där så kallade ”smarta sängar” testades. Sängarna har inbyggt uppstigningslarm som går till ansvarig sjuksköterska när patienten försöker stiga ur. Inga fall drabbade de riskpatienter som deltog i testet och projektet utvidgas under 2023.

Utlokaliserade patienter

När en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten definieras det som en utlokalisering. Det är väl belagt att detta medför ökade patientrisker. Karolinska Universitetssjukhuset har en tematisk organisation. Ett tema samlar flera medicinska enheter med likande patientgrupper. Inom varje tema finns Medicinska enheter (ME) och Omvårdnadsområden (OO) med respektive ansvarig verksamhetschef. Omvårdnadsområdet ansvarar för temats vårdenheter och vårdplatser. Sjukhuset har flera vårdavdelningar som är dedikerade till flera specialiteter. Vid placering av patienter från akutmottagningen prioriteras tematisk hemavdelning och hänsyn tas till kompetens, bemanning, enkelrumsbehov, behov av isolering eller övervakning m.m. Patienter kan initialt vårdas på någon av sjukhusets akutvårdsavdelningar som har bred kompetens och kan hantera patienter med oklar diagnos eller behov av ökad övervakning.

Andelen utplacerade patienter följs kontinuerligt och var för 2022 1,3% med variation över året. Den markörbaserade journalgranskningen som genomfördes nov 2021-okt 2022 noterade 5% utlokaliserade patienter.

Akut återinläggning i slutenvård

Andelen patienter som återkommer och behöver fortsatt vård är en indikator som speglar kvaliteten på given vård och samverkan med andra vårdgivare och kommunal omsorg. Andelen akuta återinläggningar för hela sjukhuset var 10% och andelen återinläggningar inom sju dagar för patienter som är 80 år eller äldre var 5 %. Resultaten bedöms rimliga med tanke på sjukhusets uppdrag och väsentligen oförändrade jämför med tidigare år.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

En viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är ett ständigt lärande. Att säkra strukturer och processer för att utreda avvikelser och vårdskador, ta fram handlingsplaner samt följa upp effekten av insatta åtgärder.

Inom sjukhuset har tema Barn varit en föregångare med patientsäkerhetsgrupper på alla nivåer och tydliga vägar både för eskalering och återkoppling till medarbetarna. Genom bland annat patientsäkerhetsdialoger har det goda arbetssättet spridits och implementerats inom flera teman och funktioner. Patienter som drabbats av vårdskador och patienter med komplicerade vårdförlopp och oväntade komplikationer diskuteras på M&M-konferenser som en del i det lokala förbättringsarbetet.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Säker vård här och nu

Ökad satsning på tillgänglighet

Karolinska Universitetssjukhuset har under 2022 genomfört en ambitiös satsning på att bli landets första köfria universitetssjukhus. En ny tf. Produktionsdirektör tillsattes för att säkerställa skarpt fokus från ledning och alla delar av organisationen. Målsättningen var att kapa köerna på ett sätt som är hållbart och inte innebar tillfälliga lösningar. Detta har framför allt uppnåtts genom förbättrad planering och synkronisering samt ökat samarbete inom sjukhuset. Dessutom har arbetet resulterat i ett betydande kvalitetsarbete för registrering av väntande till nybesök och behandling som stärkt patientsäkerheten. När arbetet summerades var 82 av 88 operationsköer borta vilket motsvarar 93%. Patienter som väntat längre än 90 dagar på operation hade minskat från 1 680 till 488 och patienter i kö till nybesök hade minskat från 6 037 till 2 820.

Väntetiderna på sjukhusets akutmottagningar är fortsatt för långa. Det är en komplex problematik där många olika faktorer och aktörer samverkar. Ett stort arbete har påbörjats under året där de olika delarna optimeras, allt ifrån akutens eget arbetssätt, triage, väntetid på röntgen, möjlighet att utreda och vårda patienter inom dagvårdsverksamhet och samverkan med andra aktörer i vårdkedjan. Akutflödena är ett särskilt prioriterat arbete som kommer att intensifieras under 2023.

Riskhantering

Under året har sedvanlig intern kontroll av sjukhusövergripande risker och åtgärder genomförts. De risker som identifierats har åtgärder där merparten av åtgärderna bedöms fortgå under kommande år eftersom riskerna är av sådan karaktär att de behöver åtgärdas under en längre tid. Avseende identifierad risk gällande brist på kompetens har beslut fattats om ett nytt arbetssätt där en ny enhet, Kompetensförsörjningscenter, med expertis inom kompetensförsörjning skapas. För risker som identifierats inom tillgänglighet kommer dessa minskas genom bland annat kapacitetsplanering och Karolinska har för ändamålet även tillsatt en produktionsdirektör med mål att öka tillgängligheten genom att planera, samarbeta och koordinera vården inom hela sjukhuset bättre. Ett arbete har påbörjats med att se över och samordna olika riskbedömning för en enklare process.

En risk för, eller avvikelse som bedöms som vårdskada utreds som regel med metoden händelseanalys. Analysen genomförs av ett granskningsteam på uppdrag av ansvarig verksamhetschef. Identifierade händelser och risker, utgör underlag för en åtgärdsplan som följs upp i enhetens patientsäkerhetsgrupp



och vid patientsäkerhetsdialoger. Sjukhuset använder ett nationellt IT -verktyg, NITHA, som mall för händelseanalysen och erbjuder regelbundet utbildning och användarstöd till sjukhusets verksamheter.

Patientriskbedömningar genomförs vid förändringar till exempel inför sommarplaneringen och följs upp sjukhusgemensamt. Flera vårdverksamheter använder sig av Gröna korset för riskbedömning i realtid som stöd för det löpande förbättringsarbetet vilket är ett exempel på patientnära riskhantering.

Stärka analys, lärande och utveckling

Vårdavvikelser

Tabell 9. Antal registrerade vårdavvikelser och ärenden till myndigheter

	2020	2021	2022
Antal vårdavvikelser i HändelseVis	15 014	14 648	13 562
Antal ärenden 1177 Synpunkter och klagomål	-	794	1233
Antal ärenden från Patientnämnden (PaN)	454	518	582
Antal ärenden Enskilt klagomål från IVO	100	87	147
Enskilt klagomål, Karolinska Universitetssjukhuset*	107	139	7
Antal inskickade Lex Maria	70	66	54
Inspektioner och tillsynsärenden IVO	5	6	3

* Ersatts under 2022 av 1177 Synpunkter och klagomål

Vårdavvikelser i HändelseVis

Sjukhusets medarbetare rapporterade totalt 15 014 vårdavvikelser under 2022 i avvikelssystemet HändelseVis. Antalet vårdavvikelser per medarbetare är oförändrat jämför med tidigare år, 0,96. Av avvikelserna klassades 29% som negativ händelse, 37% som tillbud och 34% som risk. Avvikelserna rör i huvudsak vård och behandling, dokumentation och informationsöverföring samt läkemedel. Rapporterade orsaker rör följsamhet till riktlinjer, kommunikation samt utbildning och kompetens. Under året har en pilot inletts inom Tema Barn med möjligheten att rapportera in avvikelser med ett etiskt perspektiv. Syftet är att synliggöra den etiska dimensionen i arbetet och orsaker till etisk stress hos medarbetarna.

Synpunkter och klagomål via regional e-tjänst och Patientnämnden

I början av 2022 slutfördes implementeringen av digital registrering av synpunkter och klagomål via 1177 Vårdguidens e-tjänster för patienter och invånare. Digitaliseringen underlättar för patienter och närstående att lämna synpunkter och klagomål. Antal ärenden inkomna via synpunkter och klagomål har successivt ökat under året från ca 77 per månad till ca 230 per månad. Det finns inkörningsproblem i processen då en relativt stor andel av ärendena rör andra kontakter med vården tex receptförskrivning. Dialog med regionen och 1177 har initierats för att förtydliga för användaren

Patienten eller närstående kan även kontakta patientnämnden (PaN). Sjukhuset hade under 2022 518 ärenden via PaN. En digitalisering av processen har inletts med mål att korta handläggningstiderna.

Ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

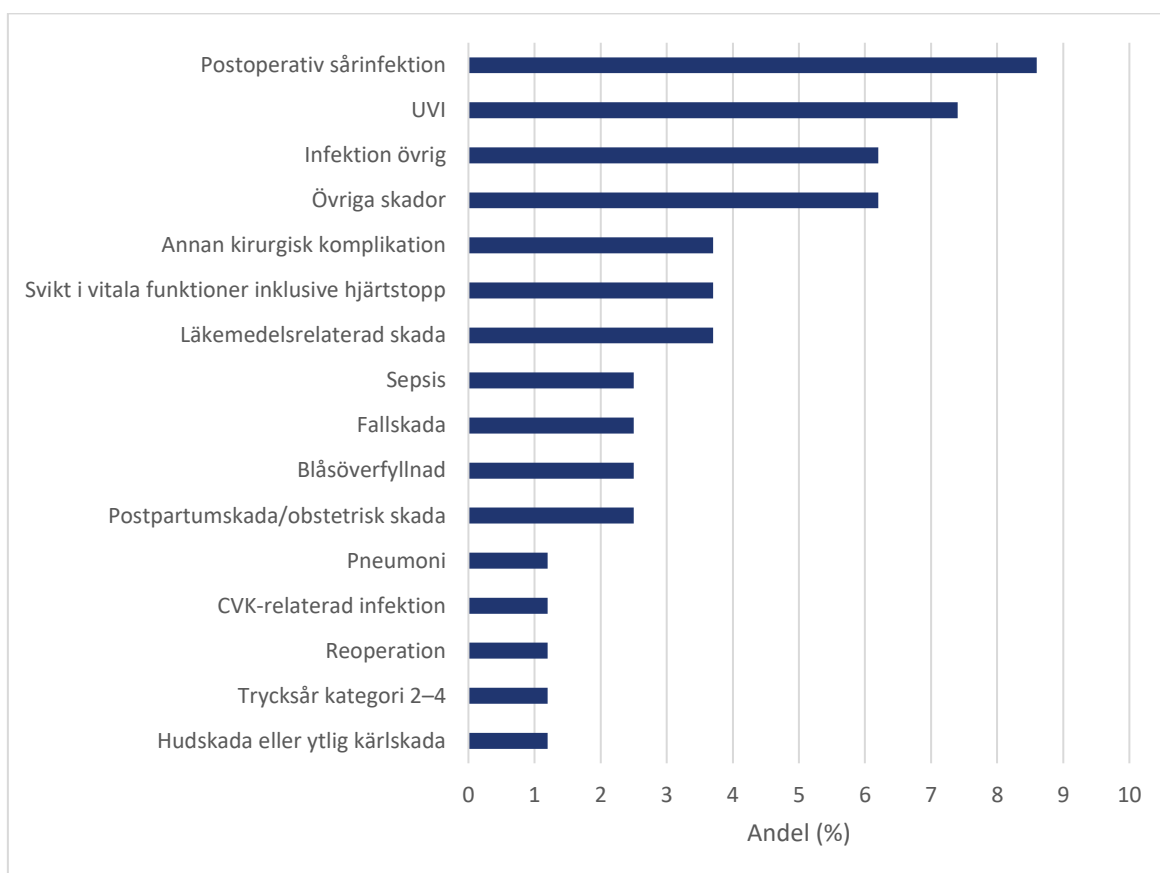
Patienter och närstående kan framföra kritik direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Antal ärenden från IVO 2022 var 147, varav 51 avslutades. Av de 51 som avslutades var 4 med kritik. Sjukhuset rapporterade 54 ärenden till IVO enligt Lex Maria 2022. De vanligaste orsakskategorierna var bristande följsamhet till rutiner, brister i läkemedelshantering och fördröjd diagnos och behandling.

Inspektioner och tillsynsärenden

Under 2022 avslutades tre tillsynsärenden vid sjukhuset. Tillsyn av akutmottagningen i Huddinge med fokus på omvårdnaden, tillsyn av det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid Tema Barn respektive ME Neurokirurgi. Alla ärenden avslutades utan kritik. Som del av del nationella tillsynen av akutmottagningar med fokus på vårdplatser och bemanning, genomfördes inspektioner på Huddinge vuxenakutmottagning och Barnakuten i Solna under 2022. Handlingsplaner är framtagna och åtgärder initierade som del av sjukhusets fokusmål att minska väntetider på akutmottagningarna.

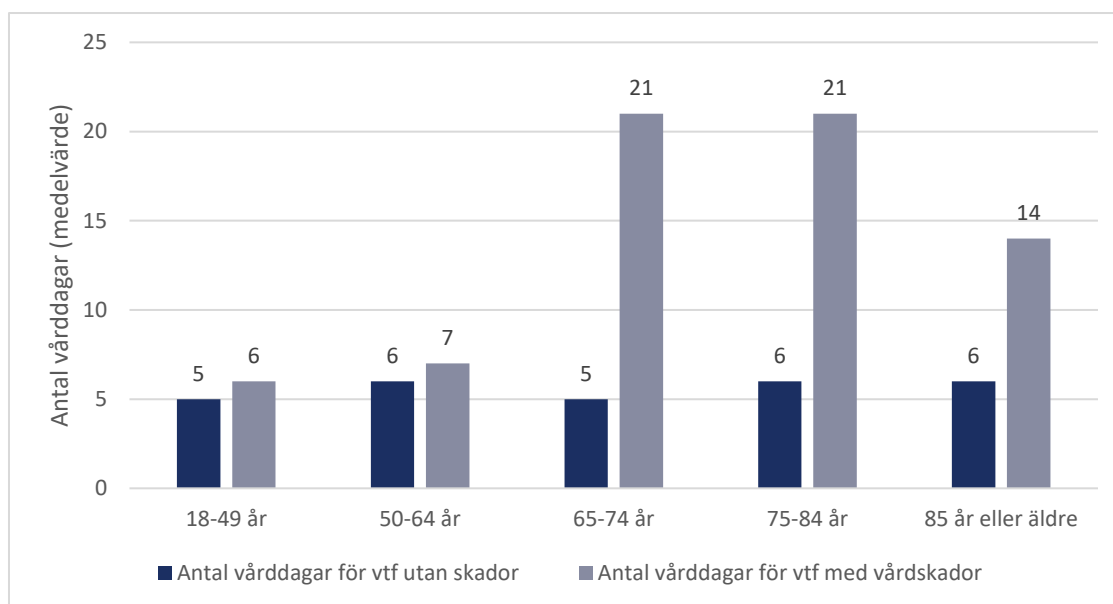
Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Karolinska Universitetssjukhuset har genomfört egenkontroll med granskningar av journaler från vuxna patienter. Under november 2021 - oktober 2022 granskades totalt 340 patientjournaler (57,6 % män, 42,4 % kvinnor). Totalt var 48,2 % av patienterna 65 år eller äldre. Sammantaget identifierades 11% vårdskador. De vanligaste skadorna var: vårdrelaterade infektioner (VRI), skador i samband med kirurgi och läkemedelsrelaterade skador.



Figur 3. Typ av skada identifierat genom MJG granskning

Totalt avled 2,9 procent (10) av patienterna och för vårdtillfällena med vårdskador var medelvårdtiden 13,8 vård dagar jämfört med 5,6 vård dagar för vårdtillfällena utan vårdskador



Figur 4. Antal vård dagar (medelvärde) för vårdtillfällen utan skador respektive vårdtillfällen med vårdskador i respektive åldersgrupp

Sammanfattande analys

En grund i patientsäkerhetsarbetet är att medarbetare och patienter identifierar risker och brister som sedan inkluderas i det systematiska förbättringsarbetet. Regionens avvikelshanteringssystem, HändelseVis, har kända svagheter avseende användarvänlighet. Under året har utbildning och stöd i verktyget erbjudits till samtliga medicinska enheter. Ett utvecklingsarbete har startat att överföra data från HändelseVis i till visualiseringsverktyget Tableau med mål att få enklare rapporter till verksamheterna för lokal analys.

Avvikelserna, både i kvantitet och i allvarlighetsgrad, sätter fokus på några riskområden till exempel information vid vårdens övergångar, både internt inom sjukhuset och mellan vårdgivare.

Ett annat område är följsamhet till riktlinjer och rutiner. Ett ökat fokus på lokala patientsäkerhetsgrupper, M&M konferenser, samt översyn av riktlinjer för att ensa och förenkla informationen är viktiga åtgärder.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det kris- och katastrofmedicinska arbetet i Region Stockholm bygger på samverkan mellan vårdgivarna och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Tidigt under året hamnade totalförsvarsfrågorna i fokus. För att möta de krav som det nya läget ställer har flera styrdokument reviderats under året. Utöver sjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan, som reviderats årligen, har följande dokument reviderats:

- Epidemiplan Karolinska Universitetssjukhuset
- Riktlinje för kontrollerad evakuering av Karolinska Universitetssjukhuset
- Anvisning för omedelbar evakuering
- Anvisning för CBRN hantering på Karolinska Universitetssjukhuset
- Katastrofplan för PKL (Huddinge och Solna)
- Utbildnings- och övningsplan 2023
- Interna planer i respektive verksamhet



Syftet med planerna är att klargöra ansvar och förväntningar på verksamheterna vid olika typer av särskilda händelser.

Under året har flera aktiviteter genomförts, bla. larm- och uppstartsövningar både i Huddinge och Solna. Genom dessa övningar har flera brister och förbättringsområden identifierats. Arbete med att justera planverk pågår i verksamheterna med fynden från övningarna som utgångspunkt. Även om en del brister inte är åtgärdade ännu så leder själva planerandet till en förhöjd förmåga inom det kris- och katastrofmedicinska området på hela Karolinska. Under året har också ett samverkansforum etablerats där olika funktioner som har ett övergripande ansvar för beredskapsfrågor på olika verksamhetsområden etablerats. Syftet är att på ett bättre sätt utbyta erfarenheter mellan Huddinge och Solna.

Förmågan att kunna utföra eller stödja samhällsviktig verksamhet vid samhällsstörningar eller vid särskilda händelser har under 2022 varit god. Insatserna vid covid-19 pandemin gjorde fortfarande avtryck i en del verksamheter. Sjukhuset har också bidragit med vård till skadade och sjuka från Ukraina. Under klimatkonferensen Stockholm 50 tränades Karolinska Universitetssjukhusets särskilda organisation som genomförde dagliga avstämningar tillsammans med externa aktörer under den veckan som aktiviteterna pågick.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Fokus för 2023 är att fortsätta arbetet med en stärkt patientsäkerhetskultur genom patientsäkerhetsdialoger, transparenta resultat för egenkontroller och andra kvalitetsindikatorer samt synliggöra goda exempel och funktionella, säkra arbetssätt.

Ett särskilt fokus för 2023 är vårdrelaterade infektioner (VRI) med mål att minska andelen VRI med 30% till 2025. Temamånader, utbildningar och fortsatt validering av Infektionsverktyget är viktiga delar i arbetet liksom deltagande i ECDC, en europeisk utvärdering för även att få möjlighet till internationell jämförelse.

Patientmedverkan ska stärkas på alla nivåer. Under det kommande året introduceras en utbildning för patientrepresentanter med syfte att stärka och tydliggöra patienten roll.

Kompetensförsörjning är en utmaning som sjukhuset delar med övriga vårdgivare i landet. Med nuvarande arbetssätt kommer bristen på framför allt sjuksköterskor att bestå även i ett längre perspektiv. För att hantera framtida behov kopplat till medicinsk utveckling tex inom cancervården och en åldrande befolkning behövs helt nya angreppssätt. Det kan inkludera fördelning av arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper, distansvård och en ökad samverkan inom regionen. Sjukhusets initiativ med förbättrad analyskompetens inom strategisk bemanning hoppas vi ska ge oss bättre förutsättningar att möta dessa utmaningar.