

Patientsäkerhetsberättelse för Karolinska Universitetssjukhuset År 2023



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.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Datum 24-02-27

Ansvarig för innehållet: Ylva Pernow. Kvalitet- och patientsäkerhetsdirektör

Diarienummer: K2024-2141

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur.....	8
Hållbart säkerhetsengagemang 2023	9
Patientsäkerhetsdagen.....	10
Patientsäkerhetsdialoger (PSD).....	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Utbildning i patientsäkerhet	10
Arbetsmiljö och kompetensförsörjning	10
Skyddad yrkestitel för undersköterskor	10
Kompetensstegar	10
Patienten som medskapare	11
Patientrapporterade utfallsmått (PROM)	11
Patientrapporterad upplevelse av given vård (PREM).....	12
Nationell patientenkät (NPE)	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Utlokaliserade patienter och överbeläggningar	13
Oplanerad återinskrivning i slutenvård.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Sammanfattande analys.....	14
Tema Kvinnohälsa	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Vårdrelaterade infektioner (VRI).....	14
ECDC	15
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	16
Anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB)	16

Trycksår, fall och undernäring.....	17
Trycksår	17
Fall	18
Nutrition	19
Patientmåltiden 2023.....	20
Digimål 2.0.....	20
Riskbedömningar i realtid, ett stöd för verksamheten	21
Säker vård här och nu.....	22
Riskhantering.....	22
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Vårdavvikelser i HändelseVis.....	22
Klagomål och synpunkter	23
Ärenden till patientnämnden (PaN).....	23
Ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	 25

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. Sjukhuset har tagit fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet som baserar sig på ”Agera för säker vård”. Det är ett självskattningsinstrument och en hjälp att identifiera aktiviteter och förbättringar. Under året har verksamheternas patientsäkerhetsarbete följts upp i patientsäkerhetsdialoger där patientmedverkan varit ett fokus. Tema Cancer har utvecklat ett samarbete där patientrepresentanter träffar ansvariga chefer i dialog om tex tillgänglighet och utvecklingsprojekt. Detta ska nu stå som modell för hela sjukhuset. Den digitalisering av patientenkäten som inleddes 2022 har fortsatt under året. Nu har även barn, vårdnadshavare och utomlänspatienter inkluderats i de automatiska utskicken. Totalt har sjukhuset fått in ca 108 000 svar via PREM-enkäter (patientrapporterad erfarenhet) och 94% upplever vården som helhet som mycket bra eller bra. Fritextsvaren ger värdefull information i sjukhusets förbättringsarbete. Patientrapporterade utfallsmått (PROM) är viktig information i patientmötet. Patienterna skattar sin funktion, sin livskvalitet, sina symtom eller psykiskt och socialt välbefinnande. Samtliga specialiteter inom sjukhuset använder olika formulär för att utvärdera och följa upp vård och behandling.

Karolinska universitetssjukhuset vårdar patienter med hög risk för vårdrelaterade infektioner (VRI). Antalet VRI följs kontinuerligt med det digitala Infektionsverktyget som mäter incidensen av antibiotikakrävande VRI. Under året genomfördes även en punktprevalensmätning där sjukhusets samtliga inlagda patienter bedömdes. De vanligaste infektionerna var postoperativa infektioner och kateterrelaterade infektioner. Realtidstavlan som visualiserar vilka patienter som riskbedömts har utökats med riskbedömning för urinretention och utbildningar i urinvägskatetrar har genomförts.

Under 2023 arbetade Karolinska, tillsammans med regionen, för att minska beroendet av inhyrd personal. Att ha egen personal ger ökad patientsäkerhet och arbetsmiljön förbättras liksom förutsättningarna för kompetens- och kvalitetsutveckling. Sjukhuset reducerade inhyrningen med cirka 90 % under 2023. Det medförde under perioder minskad operationskapacitet och en viss minskning av antalet disponibla vårdplatser. Trots detta levererade sjukhuset på helårsbasis, vård över det regionala uppdraget. Under hösten 2023 minskade antalet patienter som väntade på operation och antalet som väntade på nybesök var oförändrat jämfört med 2022. Detta trots kraftig reducerad inhyrning. Sjukhuset har under året utvecklat automatisk överföring av data för att möjliggöra uppföljning av SVF i realtid. Detta har implementerats tvärs över hela Tema Cancers organisation som under året inkluderat över 7000 patienter med välgrundad misstanke om cancersjukdom.

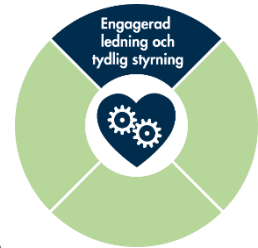
Under året har sjukhuset haft stort fokus på akutflödena. I Huddinge (vuxenakuten) är trenden över tid (24 mån) positiv vad gäller andel patienter som väntat mindre än 4 timmar och väntetid till läkarbedömning minskar. Belastningen på akutmottagningen har varit jämnare. Antalet övernattare, dvs patienter med inskrivningsbeslut som är kvar på akutmottagningen på morgonen, var lägre 2023 än 2022. Andelen akutvårdspplatser har ökat och detta i kombination med tidigare åtgärder har förbättrat situationen på Huddingeakuten. För barn är vistelsetiderna på akutmottagningen generellt kortare än för vuxen men väsentligen oförändrade under 2023 och starkt påverkade av infektionssäsongen både under vår och höst 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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. Sjukhusets inriktning är en vårdnära och datadriven styrning. Ett årshjul har etablerats med regelbunden uppföljning av vårdutfall och kvalitet samt patientsäkerhetsdialoger med verksamheterna. Automatisering och visualisering av data är en huvudstrategi för att underlätta uppföljning och styrning i linjen. Ständiga förbättringar, med utgångspunkt i lärande och data, hjälper oss att hela tiden utmana oss själva och förbättra vårdens kvalitet.

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. Sjukhuset har konsekvent arbetat för att chefer i linjen har ett tydligt mandat och ansvar för kvalitet och patientsäkerhet.

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 avvikelshantering och i arbetet med uppföljning av mål och resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom regionen.

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.

Lärdomar från avvikelser

Avvikelse som kopplas till vårdens övergångar, tex akuta överföringar mellan akutsjukhusen inom områden som PCI , akutbehandling vid hjärtinfarkt och akut ryggkirurgi eller patienter med samsjuklighet inom psykiatri och somatik, har utgjort utgångspunkt för dialog mellan vårdgivarna och framtagande av gemensamma rutiner och handlingsplaner. En viktig del har varit att förbättra informationsöverföring mellan involverade vårdgivare och tydliggöra ansvarsfördelning och kontaktvägar.

Samverkan inom sjukhuset och med kommuner

Fortsatt implementering av Lifecare SP (ärendehanteringssystem som används för informationsutbyte mellan slutenvård och andra aktörer inom Region och kommun vid utskrivning från slutenvård och sjukvård) efter införandet i oktober 2022. Samtlig berörd personal har givits möjlighet att inhämta och erbjuda kunskap om Lag om Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, samverkansriktlinjer samt Lifecare SP. Fokus under 2023 har därför varit att sprida utbildningsmaterial gällande lagstiftning, riktlinjer samt Lifecare SP via mail, intranätet, superanvändare, teamsytor, chefer m.fl. Utöver ovanstående har det genomförts ett tiotal utbildningstillfällen om utskrivningsprocessen och Lifecare SP för vårdnära personal

Geriatriska teamet har i uppdrag att stödja verksamheterna i utskrivningsprocesser och göra geriatriska bedömningar av sköra äldre patienter som vårdas på avdelningar utanför geriatriken. Enheten för utskrivningsstöd uppdrag är att stötta verksamheterna i frågor rörande komplexa och svåra utskrivningsärenden. Syftet är att förhindra förlängda vårdtider samt bidra till en trygg och patientsäker utskrivning.

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. En fördjupad dialog med Gotland har lett fram till att riktlinjen har uppdaterats och att verksamheter tar i beaktande Gotlands ö-läge vilket måste finnas med i bedömningen kring akuta patienter som kan behöva en högre vårdnivå och transporteras till Karolinska.

Det är viktigt att följa och förstå helhetsupplevelsen för våra patienter, även de från andra regioner. Under året har en specifik PREM undersökning via 1177 till patienter från andra regioner introducerats. Grunden är de frågor som Stockholms patienterna får med tillägg av frågor som har tagits fram tillsammans med våra avtalsregioner. Syftet är att förstå hur service till alla våra patienter kan förbättras. Exempel på frågor är om patienten hade föredragit ett videobesök eller om de fått tillräcklig information av hemsjukhuset kring vad som gäller vid resa till och från Karolinska.

Under året har ett samarbete etablerats med vårdlotsar i andra regioner och samarbetet med Karolinska har utvecklats. Detta för att möjliggöra för patienter från andra regioner som åberopar vårdgarantin kan få sin vård på Karolinska.

Internationell samverkan

Karolinska-modellen 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. Under året har ett nytt digitalt säkert system (NAIA) införts som skapar förutsättning att skicka patientdokumentation digitalt, i nuläget används det till planerade utländska patienter. Under första kvartalet 2024 kommer lösningen utvecklas till att även innefatta tredjeparts aktör, vilket medför enklare och snabbare kommunikation mellan remittent och vårdgivare. 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

Ett informationssäkerhetsråd har etablerats inom Rättskansliet för att kunna stötta verksamhetschefer, ägare av IT-system, informationssäkerhetskoordinatorsnätverket och övriga medarbetare. En extern NIS-revision har genomförts.

En översyn av Karolinska Universitetssjukhusets ledningssystem för informationssäkerhet har skett för att systematisera informationssäkerhetsarbetet ytterligare och för att följa Region Stockholms riktlinjer och vägledning för informationssäkerhet. Som ett led i att utveckla ett hållbart och systematiskt informationssäkerhetsarbete har nya vägledande dokument tagits fram för att underlätta verksamheternas arbete med det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Vägledningen baseras på att verksamheterna ska mer enkelt ta fram rätta skydds- och säkerhetsåtgärder utifrån skyddsvärden samt att rätta krav på informationshantering ställs på upphandlingar.

Strålskydd

I syfte att underlätta kontrollerna och förbättringen av strålsäkerheten bedrivs ett sjukhusövergripande övervaknings- och utvecklingsarbete som sedan årligen rapporteras till sjukhusledningen en strålsäkerhetsrapport. Arbetet innefattar planering och genomförande av sjukhusövergripande förbättringsåtgärder. [Länk till strålsäkerhetsrapport](#)

En god säkerhetskultur

Med utgångspunkt från Socialstyrelsens handlingsplan Agera för säkervård, har sjukhuset tagit fram en handlingsplan för patientsäkerhet. Den följer strukturen med de fyra grundförutsättningarna och de fem fokusområdena. Den är uppbyggd som ett självskattnings instrument. För varje grundförutsättning finns aktiviteter grupperade i fokusområdena beskrivna. Verksamheterna skattar på en 5-gradig skala hur långt de kommit i sitt förbättringsarbete och väljer några aktiviteter att



fokusera på för kommande år. Skattningen kan utföras på alla nivåer inom sjukhuset och vara en del av en kontinuerlig diskussion. Övergripande uppföljning planeras på tema/funktionsnivå samt på sjukhusnivå.

Engagerad ledning och tydlig styrning



- Systematisk uppföljning av Nationell patientenkät
- Säkerställa att varje ME/OO/Funktion har en avvikelseransvarig
- Systematisk uppföljning av åtgärder/analyser inom verksamheten
- Handläggning av avvikelser i HändelseVis, händelseanalyser och Lex Maria ärenden sker inom respektive tidsram
- Systematisk uppföljning av PREM med fritextsvar på vårdenhetsnivå
- Uppföljning sker regelbundet av inkomna synpunkter och klagomål/patientärenden
- Vid risk och händelseanalyser ska verksamhetschefen skriva ett tydligt uppdrag till analysledare. Diarieföring
- Säkerställ att lokal Krisoch katastrofmedicinsk beredningsplan finns uppdaterad och synlig på Inuti för relevanta verksamheter
- Medarbetare erbjuds stöd vid negativ och/eller allvarig händelse

8

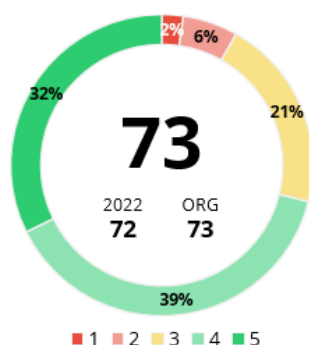


Figur 1. Exempel på utfall från självskattning och åtgärder

Hållbart säkerhetsengagemang 2023

Den årliga medarbetarundersökningen inkluderade elva frågor som behandlar hållbart säkerhetsengagemang. Undersökningen presenteras med ett övergripande resultat. För fördjupad information och fokus på patientsäkerhet bör HSE kompletteras med HME (hållbart medarbetarengagemang) och var tredje år med mer omfattande mätningar av patientsäkerhetskulturen.

HSE Index



HSE index ökade med en procent efter att ha legat stilla på 72 under både 2021 och 2022.

Figur 2. HSE index 2023

Patientsäkerhetsdagen

På den internationella patientsäkerhetsdagen uppmärksammades olika förbättringsarbeten från verksamheter på sjukhuset med fokus på patienten som medskapare. Bidragen presenterades både som posterutställning i Huddinge och Solna samt på digitala medier.

Patientsäkerhetsdialoger (PSD)

Under året har PSD genomförts på teman, funktioner och verksamheter. Utgångspunkten för dialogen har varit den nationella handlingsplanen Agera för Säker Vård. Detta år har fokus varit ”hur gick det?”, en uppföljning av enheternas förbättringsområden för att stärka patientsäkerheten. Dialogen har inriktats mot engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur samt hur verksamheten arbetar med patienten som medskapare. Alla sjukhusets medarbetare uppmanas genomgå Socialstyrelsens e-utbildning ”Agera för säker vård”.

Sammanfattningsvis har dialogformen stimulerat, strukturerat och medvetandegjort det systematiska patientsäkerhetsarbetet och arbetssättet bidrar till en förbättrad säkerhetskultur. Inför 2024 kommer fokus vara att följa upp enheternas utvärderingar och aktiviteter enligt sjukhusets handlingsplan för patientsäkerhet.

Adekvat kunskap och kompetens

Utbildning i patientsäkerhet

Utbildning i patientsäkerhet ingår sjukhusets allmänna introduktionsprogram. Ett särskilt behov av riktad information om patientsäkerhet till chefer har identifierats och en utbildning planeras. Alla sjukhusets medarbetare rekommenderas ta del av Socialstyrelsens utbildning ”Agera för säker vård”.



Arbetsmiljö och kompetensförsörjning

Skyddad yrkestitel för undersköterskor

2023 infördes skyddad yrkestitel för undersköterskor. Av sjukhusets 2500 tillsvidareanställda undersköterskor har 485 beviljats skyddad yrkestitel av Socialstyrelsen.

Redan 2022 gick Karolinska med i Region Stockholmsprojekt ”*validering av formell kompetens för undersköterskor*” med syfte att alla våra tillsvidareanställda undersköterskor ska kunna uppnå formell kompetens för skyddad yrkestitel och därefter kunna söka bevis hos Socialstyrelsen.

Kompetensstegar

För att utföra Karolinskas högspecialiserade uppdrag med hög patientsäkerhet behöver sjukhuset behålla och utveckla medarbetare. Kompetensstegar ska bidra till att attrahera och behålla medarbetare genom att skapa tydliga karriärvägar och förutsättningar för kompetensutveckling. Idag används 15 regiongemensamma kompetensstegar för sjukhusets medarbetare.

Januari 2023 genomfördes en uppföljning av kompetensstegtjänsterna (svarsfrekvens 76%, 198 svaranden av 261) 5–7 för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor och undersköterskor med att syfte att synliggöra effekterna av tjänsterna. Fyra perspektiv belystes; patient, medarbetare, student och forskning. Resultat visar på att de bidragit inom alla perspektiven, framför allt aktiviteter för patient och medarbetare där 95% av de svarande genomfört aktiviteter inom dessa områden. Fritextsvar påvisar exempelvis utbildningar har genomförts både för patienter och kollegor som stärker patientsäkerheten.

Patienten som medskapare



Under året har fortsatt dialog skett med sjukhusets Strategiska patient- och närstående råd för att få ett patient- och närståendeperspektiv på strategiska frågor. Medlemmar från rådet har bland annat deltagit i projekt inom Stockholms biobank för att se över process för när en person avstår från att spara sitt provmaterial i biobanken. I diskussionerna har det tydligt framkommit att personer med olika bakgrunder och erfarenheter, kan ha olika syn på digitalisering och hur personuppgifter sparas i olika register. Rådet kommer under 2024 delta i ett projekt tillsammans med mikrobiologiska laboratoriet med målsättning att öka patientmedverkan i utformning och genomförande av forskningsprojekt som rör antibiotikaresistens.

En översyn pågår kring hur arbetet med patient- och närståendeflytande ska organiseras på sjukhuset med utgångspunkt från ett framgångsrikt arbetssätt inom Tema Cancer. Där har ett patient- och närstående råd etablerats där patientrepresentanter från olika cancerflöden regelbundet möter verksamhetscheferna inom temat för att tex. utvärdera styrning och organisationsutveckling, vårdens kontinuitet och tillgång till vård samt relevanta utfallsdata som ska publiceras. Exempel på projekt som utvecklats i samarbete med patienter är PRISM, ett innovationsprojekt inom Ung cancer med syfte att öka deltagarens resiliens* med ett digitalt behandlingsprogram via Alltid öppet.

Arbete pågår med att rekrytera patient- och närståenderepresentanter som vill vara involverade i olika beslutsforum på sjukhuset. Rekryteringen har skett via sjukhusets hemsida samt på sociala medier. Under 2024 genomförs en utbildning som syftar till att ge representanterna mer kunskap om sjukhusets organisation samt verktyg i sin roll som patient- och närståenderepresentant.

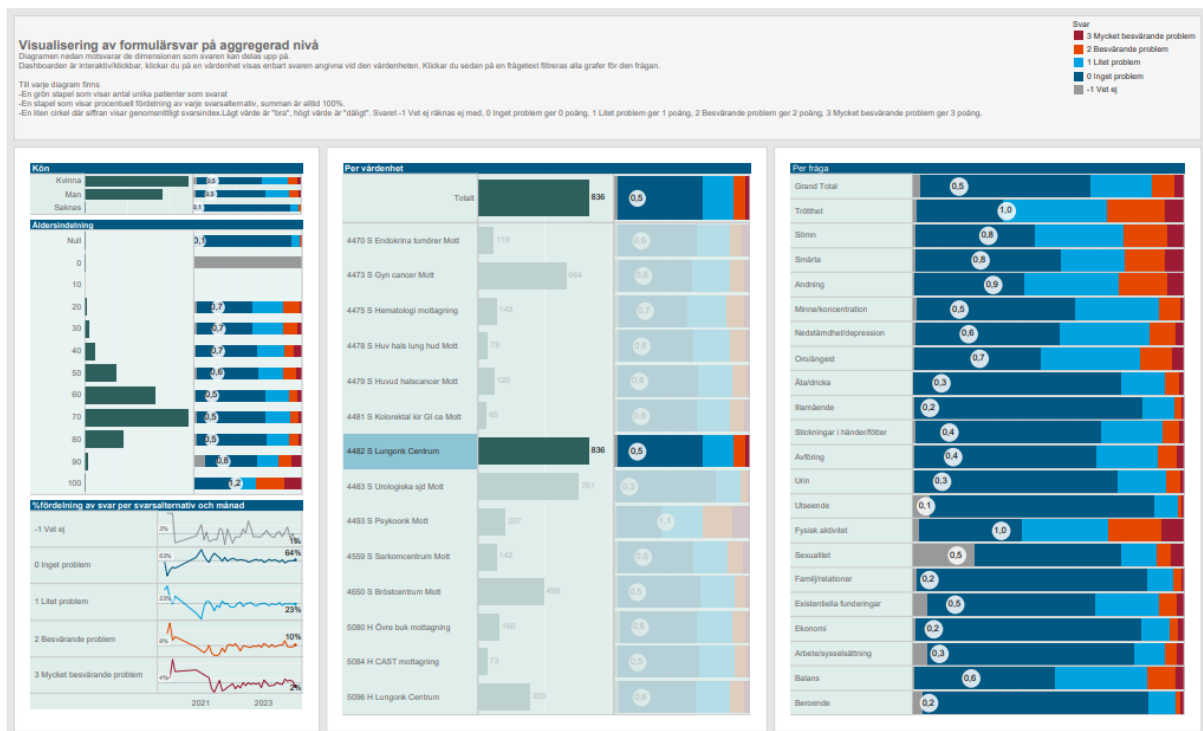
*Förmågan att stå emot och klara av en förändring, samt återhämta sig och vidareutvecklas

Patientrapporterade utfallsmått (PROM)

PROM (Patient Reported Outcome Measures) eller patientrapporterade utfallsmått mäter patientens upplevelse av sin sjukdom och sin hälsa. PROM kan användas före, under eller efter behandling eller annan intervention. Det kan vara formulär för att skatta sin funktion, sin livskvalitet, sina symtom eller psykiskt och socialt välbefinnande och svaren ska hanteras av vården i samband med ett vårdbesök/kontakt.

Samtliga specialiteter inom sjukhuset använder olika formulär för att utvärdera och följa upp vård och behandling. Erfarenheter från arbetet med PROM är att det kan leda till förbättrat behandlingsresultat, bland annat har detta kunnat ses inom reumatologi, där Karolinskas patienter skattar sin "trötthet" som 35,5 i snitt (rikssnitt 40,0) och "smärta" som 29,5 (rikssnitt 35,9) där ett lägre värde betyder att patienten upplever mindre med symtom.

Patienterna vid Tema Cancer har sedan år 2021 erbjudits deltagande i PROM efter avslutad cancerbehandling. Självskattningsformuläret innehåller ett antal problemområden som är vanligt förekommande hos cancerpatienter efter behandling och används som underlag vid den behovsbedömning som kontaktsjuksköterskan gör tillsammans med patienten.



Figur 3. Bild från Tableau över hur en rapport kan se ut.

Inom tema Cancer har de utvecklat en vy i visualiseringsverktyget Tableau, där resultatet från PROM enkäten kan analyseras utifrån diagnoser, ålder, kön mm. I bilden ovan är urvalet gruppen patienter med lungcancer, och visar att deras största problem är inom områdena andning, trötthet och fysisk aktivitet. Det finns ingen skillnad mellan könen och mellan olika åldersgrupper.

En visualisering och möjlighet att analysera på detta sätt, möjliggör för framtida prioriteringar av resurser utifrån patientgruppens specifika behov.

Patientrapporterad upplevelse av given vård (PREM)

En viktig del i patientmedverkan är att patienter och närstående på ett enkelt sätt kan återkoppla sina erfarenheter till vården (PREM - Patient Reported Experience Measures). Under 2022 automatiserades utskick av patientenkäten 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 är ett viktigt verktyg i verksamheternas förbättringsarbete med delaktighet och information. Andelen svar har nästan dubblats sedan 2022 (56 702) och svarsfrekvensen för vuxna patienter ligger mellan 35 – 40%.

Enkäten går ut i fyra olika varianter, till vuxna över 18 år, till barn (under 18 år), barnets vårdnadshavare, samt en specifik enkät för patienter från andra regioner.

Tabell nr.1. Resultat från patientenkät 2023. Totalt antal svar: 108 831 (år 2022 inom parentes)

Fråga i enkät	Mycket bra / Ja, helt och hållet	Bra & Mycket bra Ja, helt och hållet & Ja, i stort sett
Helhetssyn	76,7% (76%)	93,6% (94%)
Information	69,5% (68%)	92,3% (92%)
Delaktighet	65,6% (64%)	86,1% (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

Nationell patientenkät (NPE)

Under 2023 genomfördes den nationella patientenkäten inom öppen- och slutenvården. Undersökningen genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och från Karolinska Universitetssjukhuset deltog 7961 patienter. Svarsfrekvensen var 44,7%. Det övergripande resultatet för Karolinska inom slutenvården är något högre än för riket som helhet, och lika eller något lägre inom öppenvården. Resultatet är relativt oförändrat mot tidigare år. Patienterna inom öppenvården är något nöjdare inom de flesta dimensioner än de inom slutenvården. Patienterna är nöjdare med vården både inom öppen- och slutenvården inom tema Cancer, jämfört mot de andra temana inom Karolinska.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Utlokaliserade patienter och överbeläggningar

När en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten definieras det som en utlokalisering (utplacering). 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 2023 1,2% med variation över året, vilket är något lägre än 2022 (se tabell). Det går inte att jämföra med 2021 då covid påverkade statistiken. Under 2023 har en diskussion förts om att ändra definitionen för utlokaliserade, utifrån andra kriterier.

Tabell nr.2 Utlokaliserade utanför temat

Utlokaliserade patienter	2023	2022
Utlokaliserad utanför temat	1,2%	1,3%

Oplanerad återinskrivning i slutenvård

Andelen patienter som oplanerat behöver återkomma för fortsatt vård och behandling är en kvalitetsindikator som anses visa på för tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller dålig information till patienten eller efterföljande vårdinsats. Andelen akuta återinskrivningar för hela sjukhuset var 10,7% och andelen återinläggningar inom sju dagar för patienter som är 80 år eller äldre var 3,7%. Resultaten bedöms rimliga med tanke på sjukhusets uppdrag och väsentligen oförändrade jämför med tidigare år.

Tabell nr.3 Återinskrivna patienter

Återinskrivning	2023	2022
Återinskrivning inom 30 dagar	11 %	10%
Återinskrivning inom 7 dagar för patienter 80 år och äldre	4%	5%

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



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.

Uppföljning av avvikelser, genomförda händelseanalyser och åtgärdsplaner sker i lokala patientsäkerhetsgrupper, vid patientsäkerhetsdialoger och M&M (mortality & morbidity) konferenser. Det är viktigt med bred förankring och delaktighet i patientsäkerhetsarbete

Fokus på lärande i Tema Kvinnohälsa

Inom Tema Kvinnohälsa är det ständigt pågående lärandet i fokus för patientsäkerhetsarbetet. Beslut om att initiera händelseanalys tas vid regelbundna PÄR-ronder (patientärenderond) som hålls var tredje vecka, där chefer och patientsäkerhetsteam deltar. Händelseanalysen görs enligt handboken med delaktighet från inblandad personal. Analysen och åtgärdsplanen diskuteras en gång per månad vid gemensamma Patientsäkerhetsluncher för att få ett multiprofessionellt perspektiv och bred förankring. Lunchen inleds med ett socialt kontrakt som innebär att man ska uttrycka sig med ödmjukhet och värme om kollegors handläggning. Psykologisk trygghet ger förutsättningar för ett lärande. Händelseanalysen delas med all personal och uppföljning av åtgärdsplanerna görs av cheferna på Patientsäkerhetsråd ca 4 ggr/år

Tillförlitliga och säkra system och processer

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

En vårdrelaterad infektion; VRI, orsakar lidande för de drabbade, ofta förlängd vårdtid och ökade kostnader. För att minska risken att en VRI ska uppstå, behövs ett systematiskt arbete med att undvika smittspridning, aktivt arbete för att korta tiden som patienten har riskfaktorer, tex urinkatetrar och olika infarter samt att övervaka incidensen av infektioner. Andelen infektioner följs sedan 2021 via ett nationellt IT-stöd för kontinuerlig registrering av infektioner och orsaker till antibiotikaordinationer, Infektionsverktyget.



Tabell nr.4 vårdrelaterade infektioner

Mål 2023 ≤ 4,4%*	Totalt	Män	Kvinnor
Utfall 2023	5,3%	5,6%	4,9%
Utfall 2022	5,7%	6,2%	5,6%

* Målet avser andelen vårdrelaterade infektioner av samtliga vårdtillfällen och är satt av Regionfullmäktige

Datakälla: Infektionsverktyget

Jämfört med 2022 har förekomsten av VRI minskat något. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är det som klassas som ”annan vårdrelaterad infektion” (1,3%), ytlig postoperativ infektion (0,8%), vårdrelaterad sepsis (0,7%) samt lunginflammation (0,7%). Fördelningen mellan infektionerna

överensstämmer mot tidigare år. Valideringar av hur infektionerna registreras i TakeCare i samband med antibiotikaordination har genomförts inom olika verksamheter på sjukhuset.

ECDC

Tidigare år har VRI på sjukhusnivå följts med punktprevalensmätningar (PPM) två gånger per år och resultaten har legat på 9,8% (2021) och 12,2% (2020). Under våren 2023 deltog Karolinska Universitetssjukhuset i en europeisk punktprevalensmätning, anordnad av ECDC (EU:s smittskyddsmyndighet) och Folkhälsomyndigheten i Sverige. Undersökningen genomfördes av ett team av infektionsläkare och specialistsjuksköterskor, som granskade samtliga inläggande patienter under april månad, enligt ett strikt nationellt protokoll. Resultatet på Karolinska från denna PPM var 11,9% vilket ska jämföras med de tidigare PPM undersökningarna. Resultatet för samtliga sjukhus i Sverige var 10,3%.

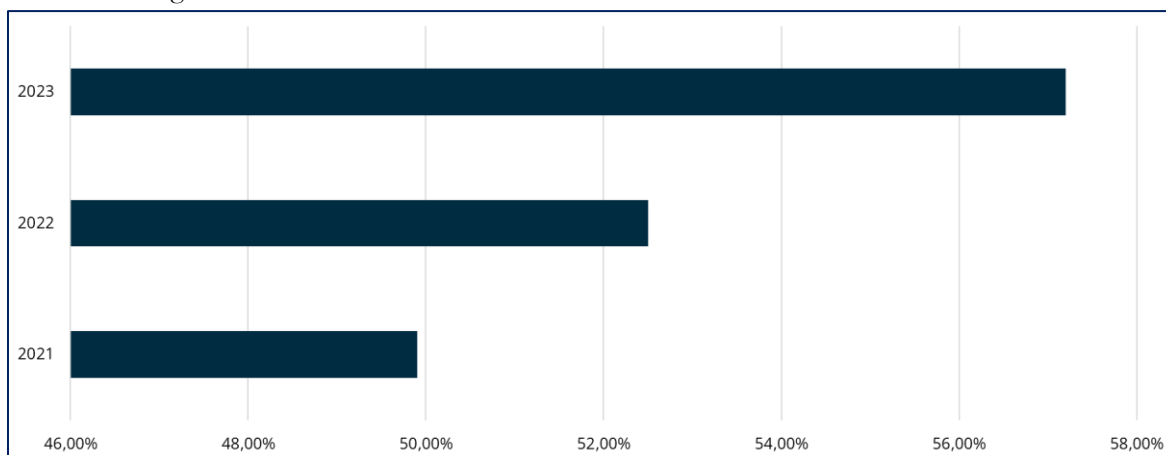
Resultatet kan inte jämföras med Infektionsverktyget då mätmetoderna är olika (incidensmätning vid Infektionsverktyget och punktprevalensmätning).

Aktiviteter under 2023

Under året har arbetet med Infektionsverktyget fortsatt, med en målsättning att få en bredare förankring och tilltro till verktyget inom verksamheterna. Parallellt har dessutom ett arbete startat med att införa ett nytt verktyg - VRI-Proaktiv som ger en möjlighet att i realtid hitta de patienter som har en infektion och följa upp deras behandling. Verktyget kan även hjälpa vårdpersonalen att identifiera patienter som löper en ökad risk att utveckla en vårdrelaterad infektion.

En åtgärd för att minska infektioner relaterade till urinkateter, är att öka kunskapen hos medarbetarna och förbättrad handläggning. Några utbildningsdagar har genomförts under hösten. Flera riktade aktiviteter har genomförts inom olika delar av sjukhuset, med fokus på de problemområden som är aktuella. Olika åtgärds paket har tagits fram med stöd från Vårdhygien, med evidensbaserade rekommendationer. Som ett resultat av dessa insatser har riskbedömning av urinretention har ökat markant från 2021 till 2023

Riskbedömning urinretention



Figur 4 Andel vårdtillfällen där riskbedömning utförts inom 24 h efter utskrivning

Planerade aktiviteter 2024

En fortsatt utveckling och förbättring i användandet av Infektionsverktyget planeras under 2024. Som ett komplement ska en infektionsdatakälla skapas, vilken fångar likartad information som exporteras till Infektionsverktyget, men anpassad till Karolinskas organisation. Detta, tillsammans med VRI-proaktiv, kommer kunna bli hjälpsamma verktyg för analys av ev. infektioner och riskfaktorer, samt att kunna följa resultat av insatta åtgärder. En handlingsplan för vårdhygien och

vårdrelaterade infektioner ska tas fram. Arbetet sker i en sjukhusövergripande arbetsgrupp tillsammans med enheten Vårdhygien.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamhet till de basala hygienrutinerna och klädreglerna är en av grunderna i allt arbete för att förhindra smittspridning och bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner.

Tabell nr.5 följsamhet till BHK

Mål 2023 ≤ 66%*	2023	2022	2021
Utfall Följsamhet till BHK (alla åtta steg rätt) vid punktprevalensmätning (2ggr / år)	66,7%	67,7%	65,6%

* Målet ≥66% är enligt avtalet med regionen. Karolinska har ett internt mål på >71%.

Resultaten från punktprevalensmätningarna visar att det totalt sett har skett en liten försämring av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler från 2022 till 2023, men det är fortfarande något högre än 2021. Det viktigaste förbättringsutrymmet finns inom handdesinfektion före och efter patientkontakt.

Aktiviteter under 2023

I maj månad 2023 genomfördes en temamånad ”Hygien”. Temamånaden hade fokus på att sprida information och öka kunskapen om handhygien samt att sprida goda exempel på arbetssätt inom handhygien. Under hösten genomförde enheten Vårdhygien tillsammans med representanter från Karolinska utbildningar för hygienombud och andra som ska genomföra observationerna. Utbildningen lade fokus på utmaningarna i observationerna samt hur resultatet i rapporten ska tolkas.

Anmälningsskyldiga 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.

Tabell nr.6. andel korrekt handlagda patienter

Mål 2023 80%, mininivå 70%*	2023	2022	2021
Utfall Andel korrekt handlagda patienter enligt handlingsprogrammet (2 ggr/år)	60,6%	64,4%	59%

* Mål nivå satt av HSF, resultat avser korrekt handlagda patienter av alla som har en ökad risk för MRSA. Ska odlas inom 24 timmar efter intagning.

Resultatet år 2023 är lägre än resultatet 2022, och på ungefär samma nivå som 2021. Det är ingen skillnad mellan mätningen på våren mot den på hösten. Resultatet varierar mellan enheterna på sjukhuset, där några har 100% följsamhet och andra ner strax över 40% korrekt handlagda patienter. Under 2023 har det varit smittspridning av MRSA på några enheter, vilket visar på vikten av följsamhet till handlingsplanen.

Trycksår, fall och undernäring

Fall och trycksår inom slutenvården är vårdskador som, förutom ökat lidande för den drabbade patienten, förlänger vårdtiden och minskar användbara vårdresurser för andra patienter. Undernäring under vårdtiden ökar risken för att utveckla olika komplikationer som trycksår, fall, infektion och sämre sårhäkning.

Trycksår

För att lyckas förebygga trycksår hos en patient är det viktigt att identifiera riskfaktorer, bedöma hudstatus och sätta in lämpliga förebyggande åtgärder i samband med att patienten skrivs in för vård på sjukhuset.

Sedan 2021 följs andelen riskbedömningar, andelen insatta åtgärder och andelen patienter som utvecklar trycksår kontinuerligt via en Tableau-rapport. Andelen patienter som riskbedöms har successivt ökat och så även andelen riskpatienter med insatta åtgärder. Det finns en viss minskning av andelen patienter som utvecklar trycksår, se tabell nedan.

Tabell nr 7 Kontinuerlig mätning av trycksår år 2021–2023

År	2021	2022	2023
Antal vårdhändelser	52 448	52 941	53 327
Andel patienter med riskbedömning för trycksår inom 24 timmar, %	80%	80,5%	85,1%
Andel patienter med risk för trycksår, %	17,5%	17%	16,2%
Andel riskpatienter eller patienter med trycksår, med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	70%	74,5%	75,7%
Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre inklusive A (ej klassificerbart trycksår) och B (misstänkt djup hudskada), %	0,7%	0,6%	0,6%

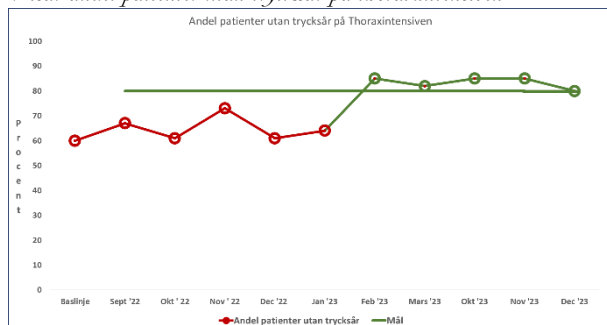
Tabell nr 8 Antal rapporterade trycksår eller risk för trycksår i avvikelssystemet HändelseVis

År	2021	2022	2023
Antal rapporterade trycksår/risk för trycksår	96	74	74

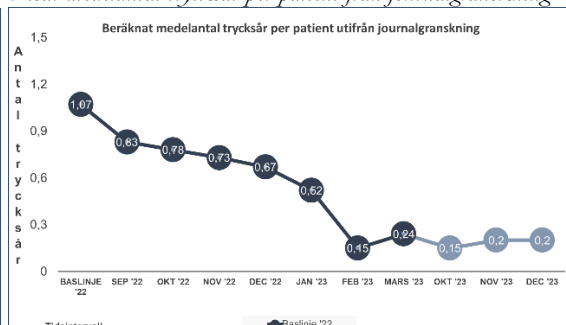
Ett förbättringsarbete vid Thoraxintensiven för att förbättra trycksårsvården.

Arbetet fokuserade på patienter med minst tre vårddygn på Thiva. Andelen patienter utan trycksår ökade under sju månader från 60% till 80–84%, antal trycksår och dess allvarlighetsgrad minskade och den dokumenterade lägesändringsfrekvensen ökade. I jämförelse med baslinjemätningen går det att uppskatta att 52 enskilda trycksår kan ha undvikits hittills. Framgångsfaktorer var anpassning av evidens till lokala förhållanden och behov, kunskaps- och medvetandeökning bland omvårdnadspersonal samt mandat att anpassa åtgärder efter behov.

Visar andel patienter utan trycksår på thoraxintensiven



Visar medelantal trycksår per patient från journalgranskning



Figur 5. Minskning av antalet trycksår under interventionen

Inom EUHA har Nursing network (sjuksköterskenätverk) har digitala möten för kunskapsutbyte gällande sårvård, bl.a. trycksårsvård genomförts.

Fall

Fall definieras som ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej”. Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som fall föreligger, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol. Med skada avses en fysisk konsekvens som uppstår vid fall.

En patients risk för att falla under vårdtiden behöver bedömas vid inskrivning samt i samband med förändringar i hälsotillståndet. Vid behov sätts förebyggande åtgärder in. Följsamheten till denna riktlinje följs via en kontinuerlig rapport. Andelen riskbedömda har ökat de senaste åren, så även andelen insatta åtgärder. En viss minskning av fall ses, se tabell nedan.

Tabell nr.9 Kontinuerlig mätning av fall år 2021 – 2023

År	2021	2022	2023
Antal vårdhändelser	49 180	50 696	50 946
Andel patienter med riskbedömning för fall inom 24 timmar, %	79%	81%	84,7%
Andel patienter med risk för fall, %	30%	32,5%	32%
Andel riskpatienter för fall med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	67,5%	73%	75,4%
Andel patienter som fallit, %	1,4%	1,4%	1,2%
Andel patienter som fallit och som skadat sig vid fallet, (av de som fallit) %	22%	23%	24,2%

Tabell nr.10 Antal rapporterade fall /risk för fall i avvikelssystemet HändelseVis

	2021	2022	2023
Antal fall utan skada	273	236	221
Antal fall med fysisk skada	102	75	86
Oro/rädsla pga. fall	9	9	5
Antal registreringar	384	320	312

Smarta sängar”- Ett hjälpmedel för att förebygga fallolyckor?

Efter neurokirurgi är det vanligt med kognitiv påverkan, nedsatt känsel och/eller styrka i extremiteter, yrsel och ostadig gång. Dessa faktorer leder till en ökad risk för fallolyckor, ca 45% av patienterna inom slutenvården har dokumenterad hög fallrisk. Den aktuella avdelningen har länge arbetat preventivt med att förhindra fallolyckor men trots det föll 2,3 % (n= 41) av patienterna inom slutenvården under 2022. Ett pilottest genomfördes med två sängar med tre olika valbara, trådlösa urstigningslarm där larmen skickades trådlöst till specifika telefoner. Projektet pågick under 10 veckor. Resultatet visade att under pilottestet mottogs 102 larm. Ingen av patienterna som vårdades i de smarta sängarna drabbades av fallolycka under vårdtiden. Efter pilotprojektet har sängarna fortsatt att användas men nu går larmet ut i korridoren och visas i takpanelen, så att flera medarbetare kan agera på larmet. Enheten har nu sex sängar.



Patienter och närstående var positivt inställda till användning av sängarna och uppgav att de gav en ökad trygghet. Medarbetarna upplevde att sängarna är ett bra hjälpmedel men att de extra telefonerna skapade en stress.

Figur 6. Larmpanelen på de smarta sängarna

Ingen patient med trådlöst urstigningslarm har fallit under vårdtiden och den totala frekvensen av fallolyckor på vårdenheten tenderar att gå ner. Vi vill sprida kunskap om sängarnas användning med förhoppning att fler enheter kan använda de för att förebygga fallolyckor.

Nutrition

Nära hälften av patienterna som riskbedöms har vid inskrivningen risk för undernäring och det leder bland annat till en högre risk för komplikationer, nedsatt välbefinnande hos patienten och förlängda vårdtider. Målet är att så många som möjligt ska vara riskbedömda inom 24 timmar efter inskrivningen och ha relevanta åtgärder insatta. Även här ses ett förbättrat resultat avseende andelen som har riskbedömts inom 24 timmar, samt andelen med dokumenterade åtgärder.

Tabell nr.11 Kontinuerlig mätning av undernäring år 2021 – 2023

År	2021	2022	2023
Antal vårdhändelser	50 040	51 433	50 946
Andel patienter med riskbedömning för undernäring inom 24 timmar, %	68%	65%	72,2%
Andel patienter med risk för undernäring, %	48%	49%	47,1%
Andel riskpatienter för undernäring med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	73%	74%	75,4%

Tabell nr.12 Antal rapporterade trycksår eller risk för nutritionsavvikelse i avvikelssystemet HändelseVis

År	2021	2022	2023
Antal rapporterade nutritionsavvikelse	182	182	256

Patientmåltiden 2023

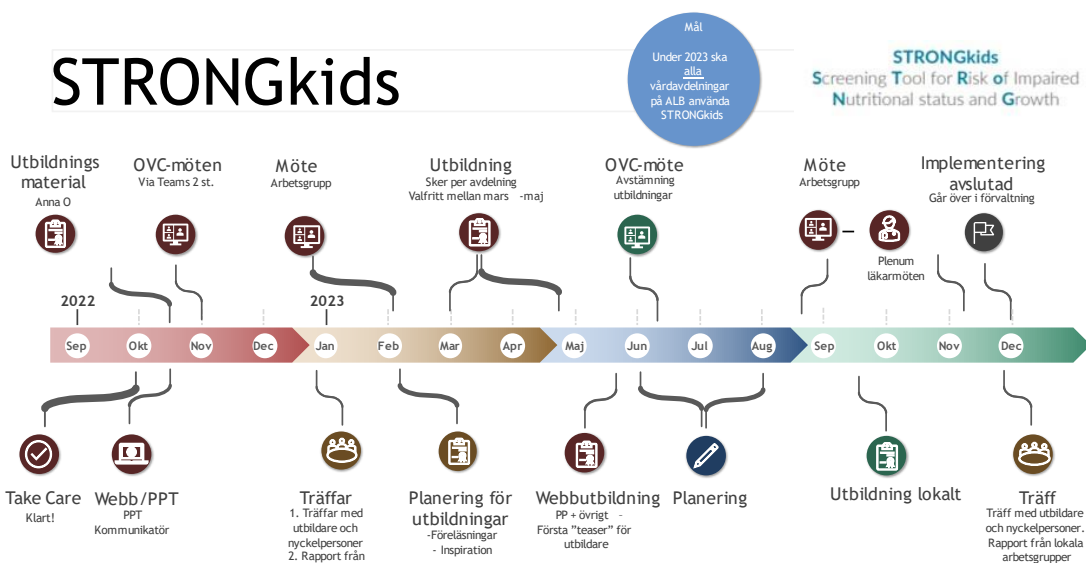
I december 2022 trädde ett nytt måltidskoncept i kraft på Karolinska sjukhuset Huddinge vilket Solna införde redan 2018, så nu har båda siter samma måltidsavtal som har fokus på den patientcentrerade måltiden. En patientcentrerad måltid innebär att måltiden i högsta möjliga mån ska anpassas efter den enskilda patientens preferenser och önskemål samt näringsmässiga och fysiologiska behov samt även tiden för matintag. Måltidssvinnet har minskat och patientnöjdhetsundersökningen visade goda resultat.

Digimål 2.0

Projektet startade under 2023 innebär en implementering av digital måltidsbeställning för att minska tiden för måltidsbeställning, erbjuda ett bättre stöd för vårdpersonal vid måltidsbeställning, få ett bättre utnyttjande av vårt måltidsutbud samt underlätta arbetet mot ett minskat matsvinn. Det genomförs genom att vårdpersonalen använder en läsplatta så skickas beställningen direkt till måltidsvärden

Ett uppmärksammat projekt genomförs på Astrid Lindgrens sjukhus där man tagit fram ett verktyg som bedömer de intagna patienternas risk för undernäring. Det heter Strong Kids och beskrivs nedan.

"Strongkids"



Figur 7. Införande av strong kids på Astrid Lindgrens sjukhus

Under 2023 har samtliga vårdavdelningar på Astrid Lindgrens barnsjukhus implementerat screening verktyget Strongkids som är ett evidensbaserat verktyg för att identifiera risk för undernäring hos patienter från 1 månad upp till 18 år.

Införandet av Strongkids är ett samarbete med Sachsska barnsjukhuset och barnkliniken på Gotland. Beslut om införande fattade HSF 2021 efter en rekommendation av Regionalt programområde barn och ungas hälsa (RPO).

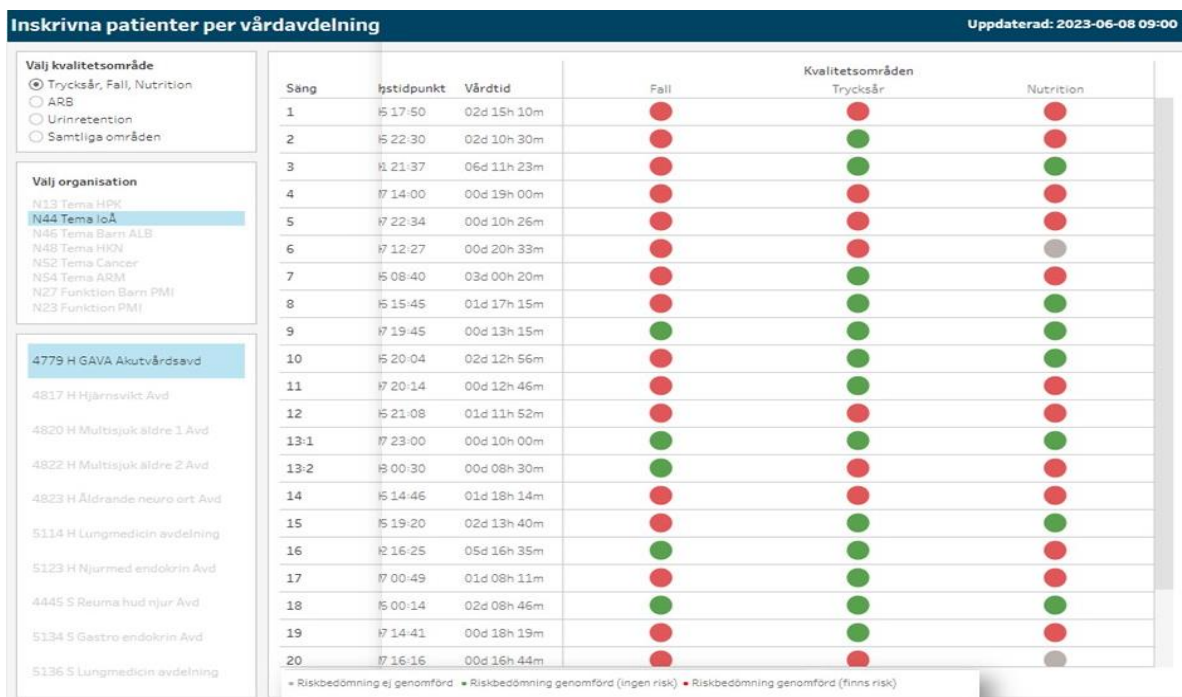
Implementering av verktyget har varje vårdavdelning ansvarat för med stöd från en central arbetsgrupp som har tillhandahållit informationsmaterial och tagit fram en webbutbildning som ligger på Lärtorget. De lokala arbetsgrupperna består ofta av sjuksköterska, undersköterska, dietist och ibland läkare, det interprofessionella teamet.

Under 2024 kommer avdelningarna att fokusera på att vidmakthålla rutinen att screena patienterna och vid behov följa upp med åtgärder. Införandet av Strongkids har bidragit till att vårdavdelningarna fokuserat mer på området nutrition och bland annat uppdaterat sina rutiner och arbetssätt.

Riskbedömningar i realtid, ett stöd för verksamheten

Riskbedömningar avseende risk för att utveckla trycksår, att falla eller utveckla undernäring ska göras i samband med inskrivning. Målet är att identifiera alla patienter med ökad risk och därefter sätta in förebyggande åtgärder. Men trots kända rutiner missas i vissa fall riskbedömningar, med variation mellan verksamheterna.

Som ett stöd för att belysa om riskbedömning är gjord eller inte, har ett stödverktyg införts, kallat Riskbedömningar realtid. Många vårdenheter började använda stödverktyget direkt efter att det blev tillgängligt, medan en del andra har anslutit senare. Ett vanligt arbetssätt är att titta på riskbedömningstavlan i början på ett arbetspass. Om man ser att någon av patienterna inte är riskbedömd, planeras det in under passet. Avstämning sker igen i slutet på arbetspasset, för att se att tavlan är uppdaterad. En av utmaningarna har varit att ge så många som möjligt tillgång till Tableau och därmed till stödverktyget Riskbedömningar (realtid) samt att tavlan skulle visas på en större skärm. En annan utmaning har också varit att strukturera dokumentationen så att bedömningarna fångas när de genomförs.



Figur 8. Arbetsverktyget Riskbedömningar (realtid) för Fall, Trycksår och Undernäring

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Under 2023 har Karolinska tagit fram en enhetlig och lätthanterlig mall för riskbedömning. Det gjordes genom att analysera vilka mallar som fanns, när riskbedömning behöver göras och vilken information som behöver finnas med för att uppfylla olika regelverk. Ett förslag till ny mall togs fram och stämades av med intressenter på sjukhuset, bland annat hållbarhet, kvalitet och patientsäkerhet samt klinisk verksamhet. Förankring gjordes även med sjukhusledningen, Sjusam och skyddskommittén.

Riskbedömningsmallen finns nu tillgänglig på intranätet tillsammans med en instruktion som beskriver hur den ska användas. Målet med riskbedömningsmallen var att implementera en mall som ska vara lätt att hantera och generisk för hela sjukhuset. Det underlättar arbetet när samma mall kan användas vid flera olika typer av riskbedömningar. Arbetet fortsätter för att framöver kunna ersätta mallen i excel med ett lättillgängligt system.



Stärka analys, lärande och utveckling

Vårdavvikelser i HändelseVis

Sjukhusets medarbetare rapporterade totalt 15806 vårdavvikelser under tidsperioden 1 januari till 31 december 2023 i avvikelshanteringssystemet HändelseVis. Antalet rapporterade vårdavvikelser per medarbetare är i princip oförändrat från tidigare år, 0,90 (2022: 0,96).

Av de inrapporterade avvikelserna klassificerades 29 procent som negativ händelse, 36 procent som tillbud och 35 procent som risk. Flest förekommande avvikelser rör vård och behandling och därefter områden



inom dokumentation och informationsöverföring, läkemedel, utredning/bedömning/diagnos samt IT/teknik/MT.

Rapporterade orsaker rör följsamhet till riktlinjer, kommunikation och information samt utbildning och kompetens. Totalt inkom 583 externa vårdavvikelser från andra vårdgivare med tillgång till HändelseVis.

Tabell nr. 13 Antal registrerade vårdavvikelser

	2021	2022	2023
Antal vårdavvikelser i HändelseVis	14648	13562	15806
Antal externa vårdavvikelser i HändelseVis	528	609	662
Antal externa vårdavvikelser (ej i HändelseVis)	99	100	129

Klagomål och synpunkter

Mellan 2021 och 2022 infördes implementeringen av digital registrering av synpunkter och klagomål via 1177 Vårdguidens e-tjänster för patienter och invånare. Digitaliseringen har visat på att tillgängligheten till systemet har underlättat för medborgarna att lämna synpunkter och klagomål då antalet ärenden ökade från 1233 år 2022 till 3050 år 2023. Fortfarande rör en stor del av de ärenden som inkommit andra frågor än att lämna synpunkter och klagomål och kontakten med regionen fortgår kring ett förtydligande för invånaren, så att rätt kanaler används. Under 2023 har ett flertal verksamheter övergått från 1177 till Alltid öppet med dess alla tjänster men den har sina begränsningar eftersom den i dagsläget endast kan hanteras på en mobiltelefon.

Ärenden till patientnämnden (PaN)

Medborgaren kan också lämna sina synpunkter och klagomål till patientnämnden (PaN), där digitaliseringsarbetet inneburit att alla ärenden in till sjukhuset nu sker digitalt och under våren 2024 förväntas även utskicket av svaren till medborgaren digitaliseras och då skapas en helt digital process.

Ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Patienter och närstående kan framföra kritik direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Både lex Maria och klagomålsärenden har ökat något sedan 2022. På klagomålsärendens beslut ger alltid IVO kritik eller inte kritik, de fördelar så de senaste tre åren, enligt tabell nedan.

Tabell nr. 14 fördelning av ärenden med kritik respektive utan kritik

Avslutade klagomålsärenden från IVO	Antal ärenden	Med kritik	Utan kritik
Ärenden från 2023	1	0	1
Ärenden från 2022	18	3	15
Ärenden från 2021	61	15	46
Ärenden från 2020	11	3	8
Totalt antal beslut under 2023	91	21	70

Under 2023 skickades 69 lex Maria anmälningar in från Karolinska och av dem har vi fått beslut i 29 ärenden.

Tabell nr.15 Antal registrerade vårdavvikelser och ärenden till myndigheter

	2021	2022	2023
Antal vårdavvikelser i HändelseVis	14 648	13 562	14339
Antal ärenden 1177 Synpunkter och klagomål	794	1233	3055
Antal ärenden från Patientnämnden (PaN)	518	582	549
Antal inkomna klagomålsärenden från IVO	87	147	141
Enskilt klagomål, Karolinska Universitetssjukhuset	139	7	64
Antal inskickade Lex Maria	66	54	69
Inspektioner och tillsynsärenden IVO	6	3	2*

All statistik har erhållits från Karolinskas diariesystem EDIT.

* fortsättning fr 2022

Öka riskmedvetenhet och beredskap

I patientsäkerhetssammanhang beskrivs det som resiliens att kunna planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till både kort- och långsiktiga förhållanden med bibehållen funktionalitet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det kris- och katastrofmedicinska arbetet i Region Stockholm bygger på samverkan mellan vårdgivarna, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och Regionledningskontoret (RLK). Givet det säkerhetspolitiska läget har totalförsvarsfrågorna kommit i fokus och bland annat har en krigsorganisation etablerats på Karolinska. Insatser inom försörjningsberedskapen har genomförts lokalt och regionalt bland annat genom den ”Kritiska Listan”.

Den övergripande planeringen beskrivs i den årligen uppdaterade Kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen. Ytterligare planverk som säkerställer en god beredskap är

- Epidemiplan Karolinska Universitetssjukhuset
- Riktlinje för kontrollerad evakuering av Karolinska Universitetssjukhuset
- Anvisning för CBRN hantering på Karolinska Universitetssjukhuset
- Katastrofplan för PKL (Huddinge och Solna)
- Utbildnings- och övningsplan 2024
- 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, bland annat larm- och uppstartsövningar både i Huddinge och Solna. En större masskadeövning med ett hybrid-/krigs-scenario genomfördes i Huddinge och i Solna har samverkansövningar gjorts med Försvarsmakten, Polisen och Säkerhetspolisen.



Förbättringsarbeten sker på ett flertal områden inom ”Robusta sjukhuset”. Ett arbete har initierats under ledning av Locum för Huddinge-siten för att identifiera gap till Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskaps (MSBs) bronsnivå (tre dagars uthållighet) inom fastighets- och IT-relaterad infrastruktur och med en målsättning att bronsnivån ska vara uppnådd 2025.

Större störningar har uppkommit i informationssystem vid fem tillfällen under året och rapporterats MSB. Dessa händelser illustrerar värdet av att ansvarsförhållandena är klara och att kontinuitetsplaner finns genomarbetade kopplat till respektive förmågebortfall.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

* Under 2024 fortsätter arbetet att stärka patientsäkerhetskulturen genom transparenta resultat för egenkontroller, patientsäkerhetsdialoger och uppföljning av sjukhusets handlingsplan för patientsäkerhet.

* Patientmedverkan är prioriterat och Tema Cancers arbetssätt, med regelbundna möten med utsedda patientrepresentanter och ansvariga chefer, ska implementeras för hela sjukhuset. Utbildning av patientrepresentanter är inplanerad under våren 2024.

* VRI är en av sjukhusets vanligaste vårdskador. Målet är att minska andelen VRI med 30% till 2025. Temamånader, utbildningar och fortsatt validering av Infektionsverktyget är viktiga delar i arbetet. Under 2024 planeras implementering av VRI Proaktiv- ett digitalt analysinstrument som i realtid identifierar VRI och riskpatienter.

* Regionens avvikelshanteringssystem, HändelseVis har kända svagheter avseende användarvänlighet. Sjukhuset har en utmaning med att avvikelser ej avslutas. Fortsatt utbildning och stöd till verksamheterna planeras. Under 2024 inleds ett regionalt arbete att ersätta nuvarande system.

* Tillgänglighet är ett fortsatt fokus 2024. Ökat antal vårdplatser och operationskapacitet planeras för att minska andelen väntande patienter.

* Dagens globala situation medför ökade risker och krav på resiliens. I samverkan med regionen fortsätter arbetet med att öka beredskapen att hantera avbrott i viktiga funktionaliteter.