

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Fördelning av ansvar för patientsäkerhet: Ledningssystem för vårdkvalitet	3
3. Uppföljning och utvärdering genom egenkontroll av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	5
3.1 Handläggning och rapportering av risker och avvikelser.....	6
3.2 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
3.3 Markörbaserad journalgranskning.....	10
3.4 Klagomål och synpunkter.....	11
3.5 Allvarliga vårdskador och Lex Maria	12
3.6 Myndighetsärenden och tillsyn	13
3.7. Risk- och händelseanalys	13
3.8 Punktprevalensmätningar och observationsstudier	14
3.9 Patientsäkerhetskultur, hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i Medarbetarenkäten.....	25

1. Inledning

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) föreskriver att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Andra viktiga lagar och förordningar som anger kraven på sjukhuset är Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Det systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet utgår från PDSA-cykeln (plan-do-study-act) där kunskap om brister och avvikelser omsätts i förbättringsarbete som följs upp och som i sin tur lägger kunskapsbaserade grunder för nya eller korrigerade mål och aktiviteter.

Enligt 3 kap. 10 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Denna ska innehålla uppgifter om:

- hur ansvaret för patientsäkerhet har varit fördelat,
- hur egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada
- hur risker för vårdskador, avvikelserapporter och inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

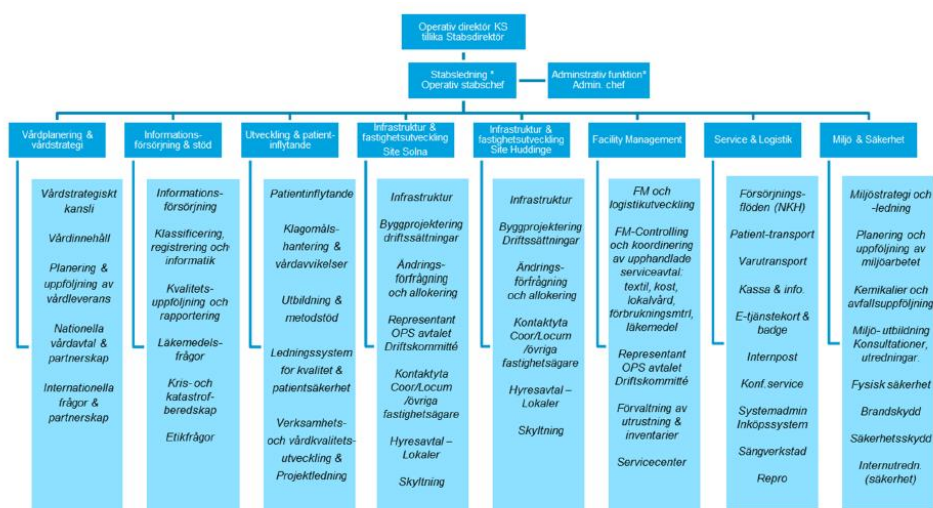
2. Fördelning av ansvar för patientsäkerhet: Ledningssystem för vårdkvalitet

I ett ledningssystem är särskilt två delar bärande: Styrning av processer och uppföljning av verksamhetens arbete genom egenkontroll. Sjukhusets ledningssystem för patientsäkerhet och vårdkvalitet ska visa hur de kliniska verksamheterna systematiskt planerar, leder, utvärderar och förbättrar patientprocesserna.

Som stöd för verksamheterna finns en mall för att underlätta visualisering av ledningssystem för patientsäkerhet och vårdkvalitet. Mallen finns på intranätet Inuti, med förvald rubriksättning. Mallen har inte uppdaterats under 2019 beroende på pågående, omfattande organisationsförändringar. Under 2019 genomfördes en omorganisation i två steg av sjukhusövergripande staber. Den 9 augusti infogades Stab Kvalitet och Patientsäkerhet i Stab Vårduppdrag och Patientsäkerhet (Vårdstaben). I samband med detta avskaffades den tidigare rollen som Kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör. Den 2 december uppgick Vårdstaben i Stab Vårdstöd och service som leds av sjukhusets operativa direktör. Chefläkarna är representerade i de två ledningsgrupperna på sjukhuset (KLR och VR).


Ansvarsfördelning

- *Karolinska Universitetssjukhusets styrelse* sorterar organisatoriskt under landstingsstyrelsen med ställning som kommunal nämnd och vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Styrelsens uppdrag är att tillsammans med sjukhusets ledning, ansvara för att verksamheten bedrivs så att krav på och mål för medicinsk kvalitet och patientsäkerhet uppnås, samt att måluppfyllelsen följs upp och rapporteras.
- *Sjukhusdirektören* har genom delegation från styrelsen det yttersta ansvaret för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården.
- *Verksamhetschefens* ansvar för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet fastställs i uppdraget för sjukhusets verksamhetschefer.
- *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.
- Chefläkare och chefsjuksköterskor rapporterar till sjukhusdirektören och deltog 2019 i det regionala arbetet i grupperna ”Regional samverkansgrupp för patientsäkerhet”, och nätverk för kvalitet.
- Karolinska Universitetssjukhusets Strategiska patient- och närståenderåd, patientrepresentanter i patientflödesledningsgrupper, fokusgrupper och möten med patientföreningar är olika sätt på vilka patienters och närståendes synpunkter inhämtas.



Organisationsstruktur för Stab Vårdstöd och service, 2 december 2019.

Karolinskas vårdhandbok
CENTRAL



I första hand ska rekommendationer från Nationella Vårdhandboken och Vårdgivarguiden följas. För specifika riktlinjer för Karolinska Universitetssjukhuset hänvisas till Karolinska Vårdhandbok.

[Instruktioner för utarbetande av kliniska riktlinjer](#)

Mall för utformning av riktlinjer

Vård och behandling	Infektion och hygien
Läkemedelshantering	Medicinsk teknik
Administration och juridik	Vårdplatsantering
Klagomål, synpunkter och vårdavvikelser	Akuta situationer och HLR
Forskning	Barn - Astrid Lindgrens Barnsjukhus

En förutsättning för säker vård och en central del i ledningssystemet, är kända och uppdaterade rutiner som följs.

En process för framtagande av riktlinjer finns, när denna är färdig fastställs riktlinjen av chefläkare och kommuniceras.

Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjer är kända och följs inom verksamheten.

Viktiga händelser

- Ett arbete med att uppdatera Karolinska Universitetssjukhusets vårdhandbok har inletts under ledning av chefssjuksköterska.
- Dokumentet ”Verksamhetschef på Karolinska Universitetssjukhuset” har tagits fram och fastställts.
- En gapanalys har genomförts och identifierat behov av uppdatering och anpassning av mallen för ledningssystem till den justerade vårdmodellen, utbildningsbehov för chefer och behov av integrering av relevanta ledningssystem
- En sjuhusövergripande gruppering för ägare av relevanta ledningssystem (vårdkvalitet, strålsäkerhet, miljö, medicinsk teknik och arbetsmiljö) har tagit fram ett uppdragsförslag för projekt ”Integrerade ledningssystem”
- Under 2019 har bedrivits ett omfattande arbete med justering av Karolinska Universitetssjukhusets vårdmodell under ledning av en styrgrupp. Inom ramen för arbetet en ny masterdatastruktur tagits fram.

3. Uppföljning och utvärdering genom egenkontroll av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Sjukhusets ledning har under året haft kvartalsvisa uppföljningsmöten (KUM) med tema- och funktionschefer samt andra representanter från respektive verksamhet. Från hösten 2019 återinfördes rubriken kvalitet som en stående del av KUM.

Sjukhusets ledning har under året haft kvartalsvisa uppföljningsmöten (KUM) med tema- och funktionschefer samt andra representanter från respektive verksamhet. Från hösten 2019 återinfördes rubriken kvalitet som en stående del av KUM.

Metoder för att skapa underlag för uppföljning av egenkontroll

- Avvikelser och risker rapporteras i IT-verktyget HändelseVis, handläggs och sammanställs.
- Markörbaserad journalgranskning
- Klagomål och synpunkter
- Allvarliga vårdskador och lex Maria
- Myndighetsärenden, inspektioner, tillsyn, beslut, förelägganden, revisionsrapporter
- Risk- och händelseanalys
- Punktprevalensmätningar, observationsstudier
- HSE-frågor (Hållbart Säkerhetsengagemang)

Verksamheternas och sjukhusets resultat jämförs med resultat från tidigare år, andra verksamheter, kvalitetsregisterdata, ”Vården i siffror” och övriga tillgängliga nationella data.

Verksamheternas och sjukhusets resultat jämförs med resultat från tidigare år, andra verksamheter, kvalitetsregisterdata, ”Vården i siffror” och övriga tillgängliga nationella data.

3.1 Handläggning och rapportering av risker och avvikelser

Rapportering i Händelsevis

Avvikelser och risker rapporteras av medarbetarna i HändelseVis, ett regionsgemensamt elektroniskt verktyg för rapportering, handläggning och sammanställning av avvikelser och risker.

Antalet risker och avvikelser som rapporterats i HändelseVis fortsatte att öka, vilket ses som positivt.

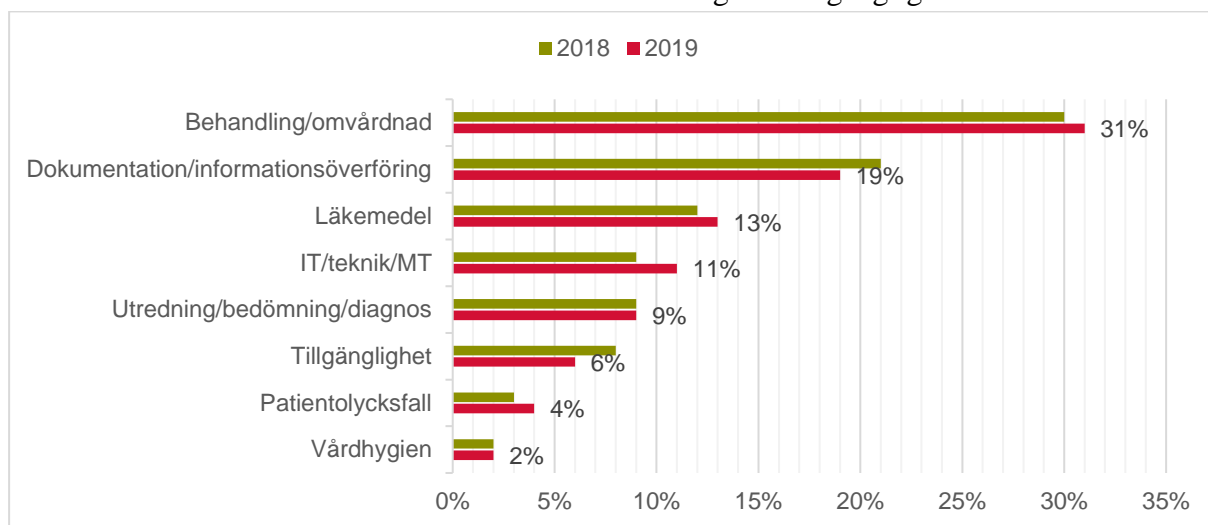
2019	2018	2017	2016	2015	2014
16 433*	15 339	13 698	13 848	15 310	15 444

*= 0.9 rapporter per medarbetare

Risk	Tillbud	Negativ händelse	Ledtid 2019	Ledtid 2018	Ledtid 2017
6 123 (37%)	5 469 (33%)	5469 (33%)	81 dagar	72 dagar	43 dagar

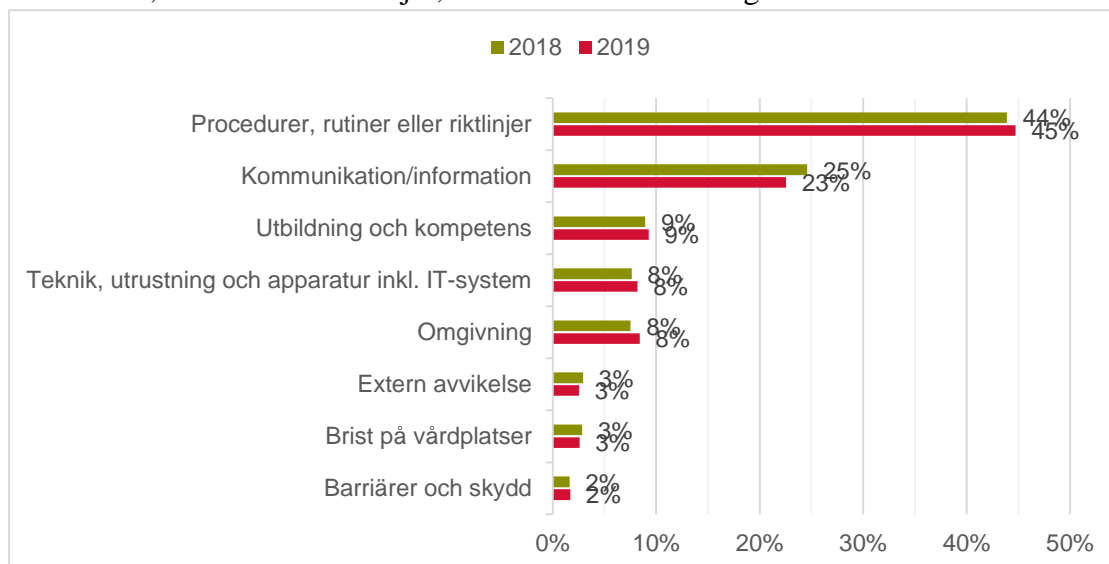
Kategorier för avvikelser

Behandling/omvårdnad, läkemedel, IT/Teknik/MT och patientolycksfall har ökat medan avvikelser inom Dokumentation/informationsöverföring och tillgänglighet har minskat.



Bedömda orsaker

Procedurer, rutiner eller riktlinjer, har bedömts vara vanligaste orsaker till avvikelser.



Utbildningar

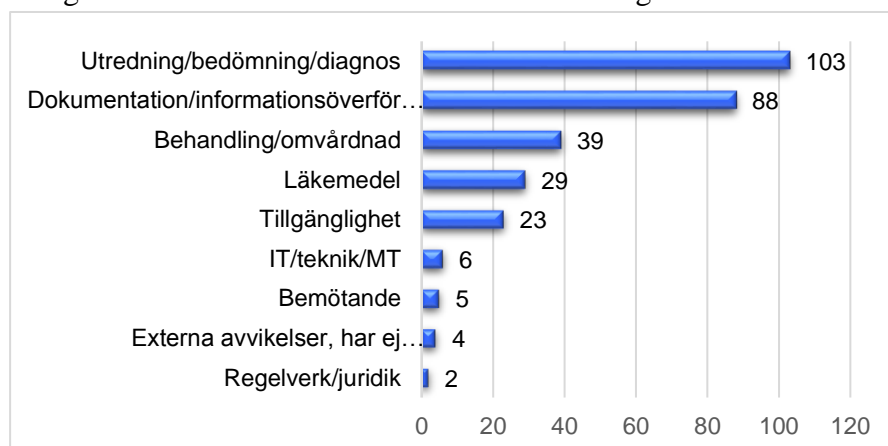
Ett flertal utbildningar har givits av SLL IT, i verksamheterna, i lokala möten, i användarforum samt varje vecka ”Öppen verkstad”. Regionala möten har också hållits.

Viktiga händelser:

- Rollen som objektägare har varit vakant under senare delen av 2019.
- Organisationsförändringarna ny verksamhetsmodell (NVM) och justerad verksamhetsmodell (JVM) har föranlett justeringar i Händelsevis som fortgått under 2019. Projektet har krävt avslut av avvikelser där ansvaret för avvikelserna har funnits i den gamla organisationen. Övergången har krävt både extra resurser och omställningar i det tekniska verktyget, vilket beräknas vara klart under första delen av 2020
- Under november inträffade flera tillfällen av driftstopp av tekniska skäl i samband med övergångarna, vilket gjorde att användarna inte kunde lägga in avvikelser under störningarna. En Personuppgiftsincident inträffade och hanteras inom regional förvaltning

Externa avvikelser

550 stycken vårdavvikelser mottogs under 2019 från externa vårdgivare. De vanligaste kategorierna till avvikelserna ses i nedanstående graf.



De vanligaste händelserna var ”Hänvisning”, ”Försenade/felaktiga provsvar”, ”Samverkan i vårdens övergångar” och ”Läkemedelsordinationer/läkemedelsbehandling” medan utredningar av dessa visade att vanligaste orsaker var ”Kommunikation/information” och ”Procedurer, rutiner eller riktlinjer”. Flera ärenden handlade om förseningar i provsvar, ett 10-tal berörde ”tolk”.

Avvikelser från primärvård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

163/550 externa avvikelser kom från primärvården* och ASIH.

	2016	2017	2018	2019
Verksamhetsområde Primärvård (SLSO) vårdcentral/närakut	98	125	93	112
ASIH (SLSO och Stockholms sjukhem)	68	54	24	51

*=Primärvård: endast vårdcentraler och närakuter är inkluderade

Antalet avvikelser som rapporterades från primärvården* var 112 stycken och från ASIH 51 stycken vilket är en ökning från 2018 men något lägre än under 2017.

Inom primärvård var det Dokumentation/Informationsöverföring och Utredning/bedömning/diagnos var vanligaste kategorierna inom avvikelser från primärvården medan inom ASIH var Läkemedel och Dokumentation/Informationsöverföring vanligast. Inom samtliga externa avvikelser anges Kommunikation/information och Procedurer/rutiner/riktlinjer som vanligaste bakomliggande orsaker. sett lågt.

3.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

En god samverkan är en förutsättning för att bedriva en effektiv och patientsäker vård samt för att förebygga vårdskador. Samverkan sker mellan vårdenheterna internt på sjukhuset och externt med andra aktörer så som hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), kommunerna och primärvård inom Stockholms Regionen och andra vårdgivare.

Karolinska Universitetssjukhuset har under 2019 haft särskilt fokus på ökad samverkan och tydliga rutiner för en trygg, säker och effektiv utskrivningsprocess med patienten i fokus. Den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) medför nya rutiner, arbetsätt och en ny utskrivningsplaneringsprocess. Under 2019 har arbetet med implementering varit intensivt. Ett prioriterat område har varit att utöka kompetensen hos personalen att identifiera och överföra information om patientens funktionsstatus, omsorgsbehov och omvårdnadsbehov till nästa vårdgivare.

Viktiga händelser och aktiviteter

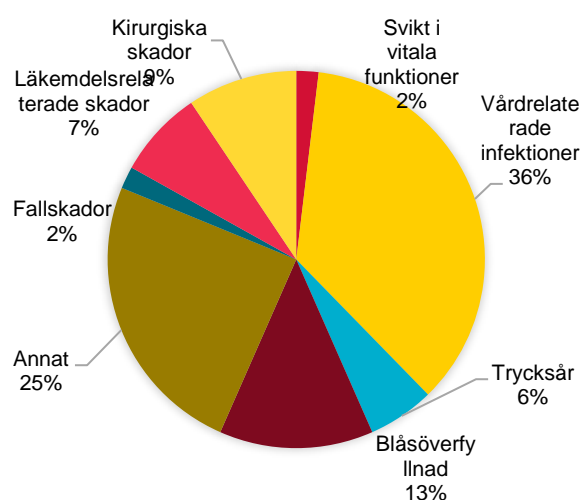
- Många föreläsningar om utskrivningsprocessen, LUS och WebCare har hållits
- Ett internt metodstöd för LUS och WebCare har utarbetats och finns tillgängligt på INUTI.

- Deltagit i projekt tillsammans med HSF och andra vårdgivare med att ta fram rutiner, arbetsmaterial och tydligare information om Lag om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård för att skapa mer enhetliga arbetssätt. Allt utbildningsmaterial etc. finns tillgängligt på vårdgivarguiden.
- Linjeorganisationen har kompletterats med Enheten för utskrivningsstöd som ger expert- respektive processtöd när den ordinarie utskrivningsprocessen är oklar.
- En ny vårdavdelning specifikt inriktad på äldre, multistjuka har öppnats och föregicks av ett antal både interna och externa samverkansmöten i syfte att öka samverkan.

3.3 Markörbaserad journalgranskning

Metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en utveckling av metoden Global Trigger Tool (GTT). Syftet är att kartlägga förekomsten av skador och vårdskador vid vård på akutsjukhus. Metoden innebär att journaler från patienter som är 18 år och uppåt granskas på ett systematiskt sätt för att kvantifiera och kategorisera skador som drabbat patienterna. Då skador påträffas görs en bedömning av allvarlighetsgrad samt om skadan hade kunnat undvikas.

Resultat juli 2018 - juni 2019 vanligast förekommande vårdskadorna



240 patientjournaler varav 125 kvinnor (52%). 60 skador identifierades varav 14 undvikbara (=vårdskador). 25 hade varit utlokaliserade och 133 hade genomfört ett kirurgiskt eller invasivt ingrepp. Andel vårdskador var 14% för kvinnor, 15% för män.

Uppföljning och åtgärder av riskområden

Fördjupad journalgranskning avseende utlokaliserade patienter

En patient som vårdas på plats där det inte finns specifik kompetens och medicinskt ansvar för patientens tillstånd betecknas som utlokaliserad. På Karolinska Universitetssjukhuset har ca 10% av patienterna rapporterats som utlokaliserade utifrån att systemet inte har följt definitionen utan även bland annat registrerat så kallat ”utplacerade” patienter som utlokaliserade vilket är felaktigt.

En fördjupad journalgranskning genomfördes på 40 journaler från tre olika patientområden (PO). PO Bäckencancer och PO Neurovaskulära sjukdomar som tagit emot störst antal utlokaliserade patienter under perioden jan-maj 2019, samt PO Trauma, Akut och Rekonstruktiv kirurgi som utlokaliserat flest patienter. Granskningen bekräftade en falskt för hög rapportering av utlokaliserade då ca 30% av patienterna inte var utlokaliserade enligt definitionen.

Vårdskador fanns hos ca 50% av de patienter som motsvarade definitionen på utlokaliserad patient. Två allvarliga vårdskador inträffade under 2017, vilka anmäldes enligt lex Maria. Beslut från IVO om att Karolinska Universitetssjukhuset har utrett och vidtagit rimliga och adekvata åtgärder, ärendena avslutas. Två lex-Maria-ärenden från 2018–2019 pågår vid rapportens skrivande. Nationell tillsyn från IVO genomfördes med utredning och två dialogmöten, beslut med kritik kom i februari 2020, skall besvaras juni 2020.

Ett förbättringsarbete inleddes 2019, bland annat med att anpassa registreringen till definitionen och den styrande riktlinjen för överbeläggningar och utlokaliseringar är under revision inklusive framtagande av checklista för att i möjligaste mån undvika utlokalisering, och att i de fall det ändå bedöms nödvändigt, säkerställa medicinskt ansvar och läkemedelshantering.

3.4 Klagomål och synpunkter

Patienters och närståendes klagomål och synpunkter på vården utgör en viktig grund för förbättringsarbete i sjukvården. Dessa ska i första hand fångas upp, utredas, åtgärdas och besvaras av berörd verksamhet.

Klagomål från patienter eller närstående inkommer både direkt till verksamheterna och via Patientnämnden (PaN) och/eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) till Patientsäkerhetshandläggarna (PSH) på Stab Vårdstöd och service.

Ett utvecklingsarbete utifrån ny föreskrift januari 2018, färdigställdes och omfattande informationsinsatser och stöd till verksamheterna har gjorts av patientsäkerhetshandläggarna.

Viktiga händelser

- Ny riktlinje för klagomålshantering och digital handbok togs fram och kommunicerades
- Kontaktuppgifter till verksamheter utlagt på extern hemsida i syfte att öka möjlighet för patienter att vända sig direkt till verksamhet enligt föreskrift. Ett utvecklingsarbete pågår

- Riktlinjerna för ”... lex Maria”, ”Risk- och vårdavvikelsehantering” och ”Stöd för verksamhetschefer till omhändertagande av personal som är inblandad i en negativ händelse och/eller blivit anmäld i sin yrkesutövning” har reviderats under året.
- Samverkan med Strategiska patient- och närståenderådet inledd
- Startat och utvecklat *Regionalt nätverk för patientsäkerhet och klagomålshantering (RNPK)* Forumet skall arbeta för att stärka och utveckla kvaliteten inom området.
- Fyra utbildningar i Risk- och Händelseanalys samt verktyget Nitha har genomförts

3.5 Allvarliga vårdskador och Lex Maria

Det interna arbetet med dokumenthantering har förbättrats i syfte att öka kvaliteten i utredningar och korta handläggningstider. Arbetet försvåras av att systemstöd sedan 2017 saknas för dokument- och ärendehantering. I brist på detta används diariet Edit, vilket har konsekvenser för effektivitet, spårbarhet och kvalitet.

Samverkan med patienter och närstående sker i vissa ärenden till exempel i samband med utredning, händelseanalys eller genom synpunkter vid lex Maria-anmälningar. Antalet ärenden 2019 redovisas nedan. Statistik per verksamhetsområde försvåras på grund av omorganisation. Ärenden från LÖF går direkt till verksamheten och sjukhusövergripande redovisning saknas.

	2019	2018	2017
Patientnämnden (PaN)	429	395	391
Enskilt klagomål, IVO	77	91	341
Enskilt klagomål, Karolinska Universitetssjukhuset	246	221	- *
Lex Maria	56	44	110
Inspektion IVO och myndighetstillsyn	23	9	- *
* Siffror för 2017 saknas			

Antalet lex Maria har åter ökat. En fördjupad analys av lex Maria-anmälningarna visar att det i många fall handlar om avvikelser från befintliga rutiner eller att rutiner saknats. Några ärenden gäller utlokaliserade patienter, se särskild rubrik. I flertalet fall har handläggningstiden varit över två månader. Påminnelser och begäran om kompletteringar av utredningar är mycket vanligt. Ett utbildningsbehov hos chefer och händelseanalysansvariga, bedöms inte täckas av nuvarande utbildningskapacitet och -program.

3.6 Myndighetsärenden och tillsyn

Inspektioner och tillsyn från IVO har förekommit åtta gånger och lett till beslut med kritik i fyra fall. I två fall har inte beslut kommit vid bokslutets skrivande. Omfattande förbättrings- och utvecklingsarbeten har följt på samtliga inspektioner och ärenden. Utvecklingsarbetet med sterilcentralen och utlokaliseringar beskrivs under respektive rubriker.

I mars månad gjorde Läkemedelsverket inspektion av läkemedelsförsörjningen på NKS. Läkemedelsverket fann inga kritiska eller större avvikelser.

När det gäller förbättringsarbete på akutmottagningarna, baserat på flertalet inspektioner sedan 2017, är detta ett omfattande material som särredovisas.

3.7. Risk- och händelseanalys

Händelseanalys av vårdavvikelser och riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv genomförs av granskningsteam på uppdrag av respektive verksamhetschef. Identifierade risker och händelser som lett till, eller riskerar att leda till, en allvarlig vårdskada, blir föremål för händelseanalys för förståelse av händelseförloppet och ställningstagande till anmälan enligt lex Maria. Händelseanalys görs också vid behov vid andra typer av avvikelser.

Uppdragsgivande verksamhetschef ansvarar för beslut om analysgruppens åtgärdsförslag, för att åtgärderna genomförs och rapporteras till berörda medarbetare och till patient/ närstående samt för att resultatet utvärderas.

Under året omarbetades utbildningen i Händelseanalys och Nitha och 4 utbildningar (ca 25 deltagare) genomfördes. Vid Stab Vårdstöd och service finns en deltidsanställd läkare med specialistkompetens att under ledning av chefläkare stödja sjukhusövergripande utredningar/händelseanalyser inför ställningstagande till lex Maria anmälningar. Under 2019 har ingen sjuksköterskeresurs funnits för detta arbete. Under året har det getts stöd vid 12 sjukhusövergripande händelseanalyser: Tema Neuro (3), Funktion Bild och Funktion (1), Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (2), Tema Barn och Kvinnosjukvård (1), Tema Infektion och Inflammation (4), Tema Hjärta och Kärl (1).

Risk- och händelseanalyser per Tema/Funktion

	Risikanalys	Händelseanalys
Tema Barn och Kvinnosjukvård	10	10
Tema Hjärta och Kärl	3	18
Funktion Akut	12	20
Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård	1	10
Tema Infektion och Inflammation	10	10
Tema Trauma och Reparativ medicin	1	14
Tema Neuro	1	12
Tema Cancer	6	8
Tema Åldrande	0	2

3.8 Punktprevalensmätningar och observationsstudier

Vårdrelaterade infektioner

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget breddinfördes på hela sjukhuset under 2019, både inom öppenvård och slutenvård (undantaget de verksamheter som använder Clinisoft eller Obstetrix). Varje tema har utsett kontaktpersoner som getts möjlighet att hämta ut statistik. På sikt förväntas Infektionsverktyget ersätta punktprevalensmätningar av VRI. Detta förutsätter dock att indata till IV blir korrekt samt att utdata blir tillgängligt och kvalitetssäkrat. En annan förutsättning är enhetlig registrering av in- och utfarter i patientjournalen

Infektionsverktyget kräver registrering av dessa med korrekta termer för att kunna kopplas till inträffade vårdrelaterade infektioner (VRI).

Viktiga händelser

Under 2019 har alla sjukhusets slutenvårdsenheter, operationsavdelningar och postoperativa avdelningar infört ett för Region Stockholm gemensamt sätt att dokumentera alla in- och

utfarter och tillhörande aktiviteter i systemgemensamma mallar för Mätvärden, Översikter och Aktivitetsplaner. På intensivvårdsenheter där Clinisoft används, har rutinen införts att i samband med att patienten lämnar intensivvården och överförs till annan vårdenhet, skrivs befintliga in- och utfarter in i TakeCare.

Tjugo standardiserade aktivitetsplaner i TakeCare har tagits fram som stöd för handhavande och dokumenterande av olika in- och utfarter. Efterlevnaden är inte 100% och ett kontinuerligt påminnelsearbete pågår.

Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien

Karolinska Universitetssjukhuset deltar punktprevalensmätningar avseende Basala hygienrutiner och klädregler (BHK), anmälningspliktiga resistent bakterier” (ARB), MRSA-personal och Vårdrelaterade infektioner (VRI), mätningar ingår i målrelaterad ersättning i vårdavtalet.

Basala hygien- och klädregler

Grundläggande för att förebygga våldsrelaterade infektioner är att all personal tillämpar basala hygien- och klädregler. Mätning görs genom observation av den personal som är i tjänst en viss dag. I observationen ingår att undersöka om samtliga åtta delmoment är korrekta enligt rådande riktlinje:

- a) desinfektion före och efter vårdmoment utförs*
- b) handskar och skyddskläder används korrekt*
- c) att arbetsdräkt, ring, naglar och hår är korrekt*

Resultat

Sammantaget för år 2019 var följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (alla åtta steg rätt avseende både hygienrutiner och klädregler) 61 % vilket är i linje med de senaste fem årens mätningar (60–66 %). Vid 66 % av observationerna utfördes desinfektion av händer samt korrekt användning av handskar och skyddskläder. Följsamheten till riktlinjerna avseende arbetsdräkt, ringar, naglar och hår var 90 %. Sammanfattningsvis är följsamheten till basala hygienrutiner fortsatt för låg, framför allt vad gäller handdesinficering före vårdmoment.

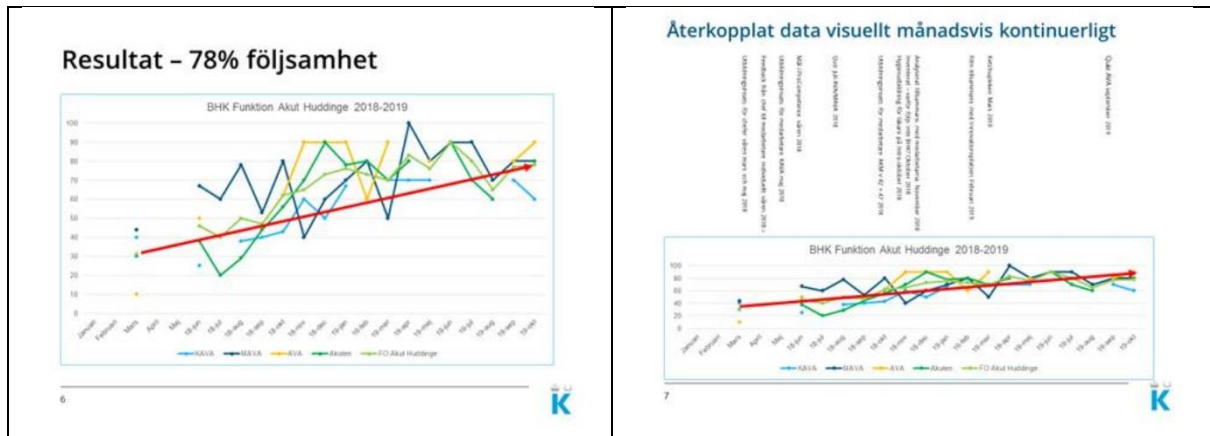
Åtgärder och aktiviteter

Under året har resultat i BHK tagits upp på KUM med samtliga funktioner och teman. Ett kursprogram för första linjens chefer i vårdhygien, togs fram tillsammans med Vårdhygien.

Ett framgångsrikt förbättringsprojekt gjordes på Funktion Akut

Mars 2018 visade en följsamhet till BHK med 31% inom Funktion Akut i Huddinge. Genom ett systematiskt förbättringsarbete med olika interventioner, kontinuerlig återkoppling och ett

strukturerat sätt att mäta, är följsamheten idag 78%. (Målvärde var >70%)



Anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB)

For att förhindra spridning av anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB) är det av stor vikt att riktlinjerna från handlingsprogrammet följs för patienter med ökad risk. Patienter med ökad risk för multiresistenta bakterier ska odlas komplett vid intagning enligt gällande handlingsprogram. Punktprevalensmätningar görs 2 gånger per år. Resultaten har försämrats och når inte målet (>90%).

2019	2018	2017
63 % (VT 59%, HT 67%)	72%	73%

Följsamheten till MRSA, VRE och ESBL-screeningodlingar av patienter som varit i kontakt med sjukvård utomlands utanför Norden visar att resultatet vid vårens mätning var 100% för både VRE och ESBL-screeningodlingar, men vid höstens mätning hade följsamheten sjunkit för till 73%. I de fall patienten har riskfaktorer ska även dessa odlas för ESBLcarba. Resultaten visar att i vårens mätning gjordes detta till 50% och i höstens mätning till 100% efter förtydligande av instruktion.

Åtgärder

Resultaten har kommunicerats till verksamheterna.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

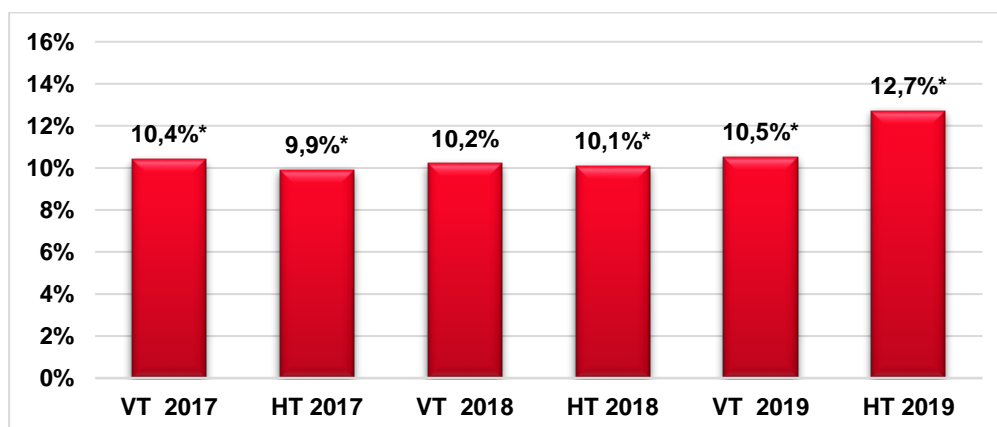
Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste förekommande vårdskadan såväl på Karolinska Universitetssjukhuset som nationellt och internationellt. Under 2019 var det totala antalet vårdrelaterade infektioner 11,7% varav andelen förvärvade infektioner var 10,5%,

vilket motsvarar 90% där infektionen uppstått till följd av vård och behandling som givits av Karolinska Universitetssjukhuset. Två punktprevalensmätningar genomfördes. Totalt ingick 1 833 patienter i punktprevalensmätningarna, av dessa patienter hade 60% en eller flera riskfaktorer.

Antal riskfaktorer	0 (40% av patienter)	1	>=2
Andel VRI	3,1%	11,7%	22,3%

De vanligaste riskfaktorerna var centralvenös infarkt 25 % (CVI), immunsuppressiv terapi 25%, mekanisk ventilation 20%, KAD 18% och aktuellt kirurgiskt ingrepp 17% (antibiotikabehandling är exkluderad som riskfaktor).

Totalt andel vårdrelaterade infektioner under 2010–2019
Resultat ppm VRI Karolinska Universitetssjukhuset



*=Andelen VRI redovisade för Karolinska Universitetssjukhuset totalt (inklusive Tema Åldrande)

Vårens resultat är i linje med tidigare, däremot höstens mätning gav en högre andel än tidigare. I genomsnitt blev årets resultat hela Karolinska Universitetssjukhuset 11,7% vilket är högre än tidigare. Tema Åldrande och Karolinska Universitetssjukhuset särredovisas till HSF och regionkontoret i uppföljningar av mål för att bli enhetligt med andra vårdgivare där inte geriatriken ingår. Analys är inledd särskilt för de verksamheter som hade ökade andel VRI i höstens PPM.

Åtgärder

Resultaten försämrades för 2019 och en satsning bedöms nödvändig.

- Utbildningar i vårdhygien för första linjens chefer har tagits fram och en serie påbörjas tillsammans med Vårdhygien Stockholm
- Informationsmöten genomförs inför varje punktprevalensmätning (Vårdhygien Stockholm tillsammans med Stab Vårdstöd och service).
- Tema- och Funktionschefer har erhållit redovisningar av PPM-resultaten på flera olika nivåer (tema/funktion-, patient- respektive funktionsområde samt på vårdenhetsnivå) för att möjliggöra framtagande av åtgärdsplan.
- Ett centralt mått som bör följas kontinuerligt är postoperativa infektioner, detta är inte möjligt i nuvarande form. Syftet för Infektionsverktyget som införts, vid samtliga slutenvårdsenheter är att kontinuerligt följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning.

Uppföljning av aktiviteter och handlingsplaner kommer ske under 2020.

WHO:s Rena händer (Handhygienens dag) 5 maj uppmärksammades av Karolinska Universitetssjukhuset. I regi av Tema Barn och Kvinnosjukvård och Chefläkare ordnades en temadag med föreläsningar som fokuserade på förebyggande åtgärder för att minska vårdrelaterade infektioner samt aktiviteter i samverkan med Vårdhygien.

Läkemedelsförsörjning och medicinsk teknik

Bristsituation på viktiga läkemedel är fortsatt en patientsäkerhetsrisk. För att underlätta snabbare tillgång på ersättningsläkemedel har sjukhusövergripande licensansökan börjat användas i större utsträckning. Under 2019 uppstod ett antal bristtillfällen även på cytostatika som används i beredning på ApoEx. Medarbetare inom Stab Vårdstöd och service bidrog till uppstart av en regional veckovis bevakning av dessa läkemedel.

Ett stort arbete kring transporter av vätskevagnar i nya sjukhusbyggnaden i Solna har gjorts tillsammans med Coor och ApoEx. Arbetet resulterade i minskat antal förseningar och ett säkrare kvittensförfarande. Interimslösning för påfyllning av vätskor, framtagen inför inflytt till nya sjukhusbyggnaden i Solna 2016, avvecklades och ersattes med utbytesvagnar vilket innebär bättre kontroll över korrekt påfyllning av vätskor.

Inför verksamhetsflytt till Gävlegatan 55, planerades läkemedelsförsörjning för alla relevanta läkemedelsflöden vad gäller läkemedelsautomater, läkemedelsrum och logistik för vätskor och steril extempore inklusive cytostatika och flytten genomfördes utan leveransstörningar eller allvarliga avvikelser.

Läkemedel sjukhusspecifik kvalitetsindikator 2019

Korrekt signering

Måttet visar ordinationer för patienter med över 2 dygns vårdtid. Mätningen sker 24 timmar

efter ankomst. Indikatorn har journalsystemet TakeCare som datakälla. 2019 års resultat på 88,7 % visar att ökningen från 82 % till 88% under 2018 hålls stabil även 2019.

Sjukhusspecifik kvalitetsindikator	Resultat 2018	Mål 2019	Resultat 2019
Läkemedel, korrekt signerad ordination TC	88%	≥ 88,5%	88,7

Läkemedelsavvikelser

Totalt registrerades 1644 läkemedelsrelaterade avvikelser 2019. Av dessa gällde 692 risk, 662 gällde tillbud och 290 var rapporter om negativa händelser. De tre vanligaste kategorier avseende negativa händelser var:

- Administrering och iordningsställande: 165
- Ordination: 118
- Läkemedelsförsörjning: 24

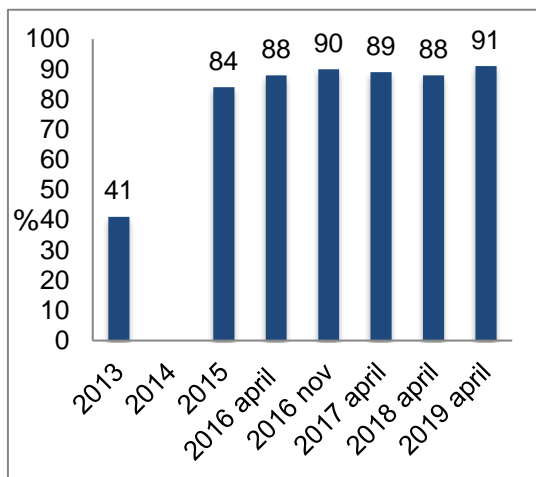
Korrekt iordningställande och administrering

Metoden för denna uppföljning är observation av sjuksköterska/farmaceut som iordningställer samt av sjuksköterska som administrerar läkemedel. Under året har två punktprevalensmätningar genomförts, totalt omfattande 1092 observationer. Störst förbättringspotential finns för korrekt märkning av iordningställd injektion och infusion.

Iordningställande utifrån signerad originalhandling	98%
Iordningställd injektion är korrekt märkt	79%
Iordningställd infusionspåse/flaska är korrekt märkt	80%
Patientidentitet kontrolleras med IDband	86%
Patient/förälder Informeras	96%
Signering i originalhandling efter administrering	97%
Andel observationer med alla delmoment korrekta	68%

Sterilteknik

Med början under 2018 uppdagades ett antal avvikelser i hanteringen av sterilt material, med stor påverkan på patientsäkerheten både när det gäller försämring av tillgänglighet och risk för vårdskador. Utredning visade att volymen och kapaciteten på Sterilteknik NKS hade överskattats inför den slutgiltiga flytten av operation till NKS hösten 2018 och verksamheten var underbemannad. Situationen försvårades av att det rådde en brist på Steriltekniker på den regionala arbetsmarknaden och även begränsningar i möjligheten att tillfälligt hyra in



personal med rätt kompetens. Vidare underskattades svårigheten i den förändring som en centraliserad sterilprocess innebar för vissa verksamheter. Utmaningarna ledde till signifikant längre ledtider är beräknat vilket påverkat operationsplaneringen samt även under första halvan av året en signifikant ökad frekvens av avvikelserapporter.

Ett tvärfunktionellt förbättringsprojekt med stöd i sjukhusledningen initierades i slutet av 2018 och satte fokus på kvalitet, bemanning, förbättrade

processer i hela kedjan och avlastning. Detta arbete har under året givit goda resultat men har drivit extraordinära kostnader. Genom en gemensam insats mellan Sterilteknik, Funktion PMI, FO Barn PMI och de opererande verksamheterna erhöles en successiv förbättring. Under andra halvan av 2019 var avvikelserapporteringen nere på en mer 'normal' nivå och under det fjärde kvartalet 2019 var påverkan på operation begränsad.

Viktiga händelser

Sterilteknik har 2020 flyttats organisatoriskt till Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård.

Punktprevalensmätning Fall

Mål

Under 2019 har en punktprevalensmätning genomförts avseende andelen dokumenterade riskbedömningar för fall inom 24 timmar från inskrivning på avdelning, insatta preventiva åtgärder och andel patienter som fallit under vårdtiden.

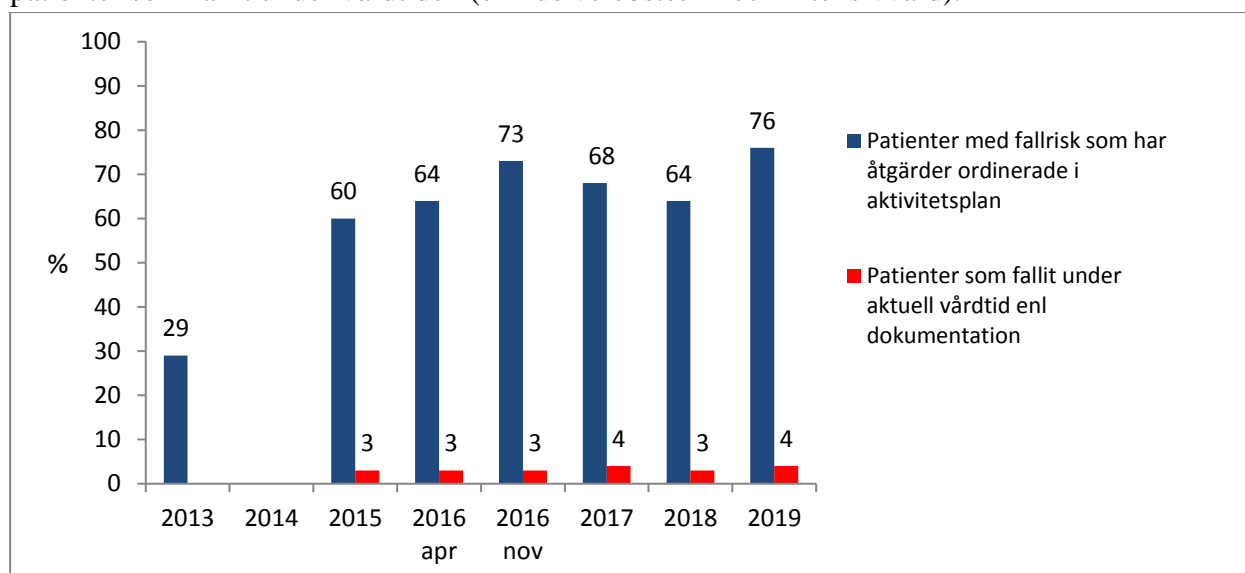
Resultat

Andel dokumenterade riskbedömningar för fall enligt Downton Fall Risk Index inom 24 timmar från inskrivning på avdelning (exklusive obstetrik och intensivvård) var 91% vilket är långt över målet att $\geq 80\%$ av vuxna patienter (exklusive obstetrik och intensivvård) ska genomgå en riskbedömning avseende fall inom 24 timmar efter inskrivning i den slutna vården. Riskbedömningarna visar att 38 % hade en ökad fallrisk vid ankomsten till sjukhuset. Majoriteten (83 %) av patienterna med fallrisk var över 65 år eller äldre.

Av patienter med en ökad fallrisk hade 76 % (64 % år 2017 och 68 % 2017) en aktivitetsplan "Risk för fall" upprättad i Take Care och hos ytterligare 6 % (5 % år 2018 och 8 % 2017) hade fallpreventiva åtgärder ordinerats och dokumenterats på annat sätt i journalen. Sammantaget fanns dokumenterade åtgärder hos 82 % av patienterna med ökad fallrisk, vilket

är ett bättre resultat i jämförelse med 2018 då motsvarande siffra var 69 %.

Diagram. Andel patienter med fallrisk som har åtgärder ordinerade i aktivitetsplan samt andel patienter som fallit under vårdtiden (exklusive obstetrik och intensivvård).



Fyra procent av samtliga patienter (33 av 741 patienter) har enligt punktprevalensmätningen fallit en eller flera gånger under sjukhusvistelsen. Av de 33 patienter som fallit under sjukhusvistelsen på sjukhuset ådrog sig 6 patienter en fysisk skada. Resultatet är på liknande nivå som tidigare år. Resultatet från uppföljningen visar att nära en tredjedel av patienterna (27 %) som fallit under vårdtiden hade fallit mer än en gång.

Punktprevalensmätningar visar situationen under en dag. ”Fall med fysisk skada” registrerades som avvikelser 100 gånger under 2019 vilket bedöms vara en underregistrering jämfört med de 6 fall med fysisk skada som påvisades i PPM.

Tabell: Antal registrerade fallavvikelser i Händelsevis

År	2019	2018	2017	2016	2015
Fall utan skada	329	300	335	394	533
Fall med fysisk skada	100	96	111	156	196
Oro/rädsla pga. fall	3	8	5	4	12
Antal registreringar	439	413	451	554	741

Åtgärder och utveckling

Att minska fallförekomsten på sjukhuset är ett mycket angeläget mål. Följsamheten till riskbedömning för fall är god liksom dokumenterade fallpreventiva åtgärder i aktivitetsplanen i TakeCare och utfallsmåttet ”Fall under aktuell vårdtid” i sjuksköterskans

omvårdnadsepikris.

Preliminära resultat från den kontinuerliga mätningen med visualisering av data i Tableau, visar bland annat att andel riskbedömda patienter för fall var 80 % vilket är avsevärt lägre än resultat i PPM, andel riskpatienter var 34 % vilket är i linje med PPM. Fortsatt validering pågår. Fokus bör ligga på fallpreventiva åtgärder.

Punktprevalensmätning trycksår

Mål

Redovisa andelen riskbedömda patienter för trycksår från nationell punktprevalensmätning. Riskbedömning ska göras enligt Modifierad Nortonskala inom 24 timmar efter inskrivning i slutenvård (exklusive obstetrik). Redovisa andel patienter som förvärvat trycksår kategori 2–4 under aktuellt vårdtillfälle samt andel riskpatienter där minst en åtgärd satts in. Ett ytterligare mål har varit att utveckla och redovisa resultat från kontinuerlig mätning av trycksår där data hämtas från patientens journal.

Resultat

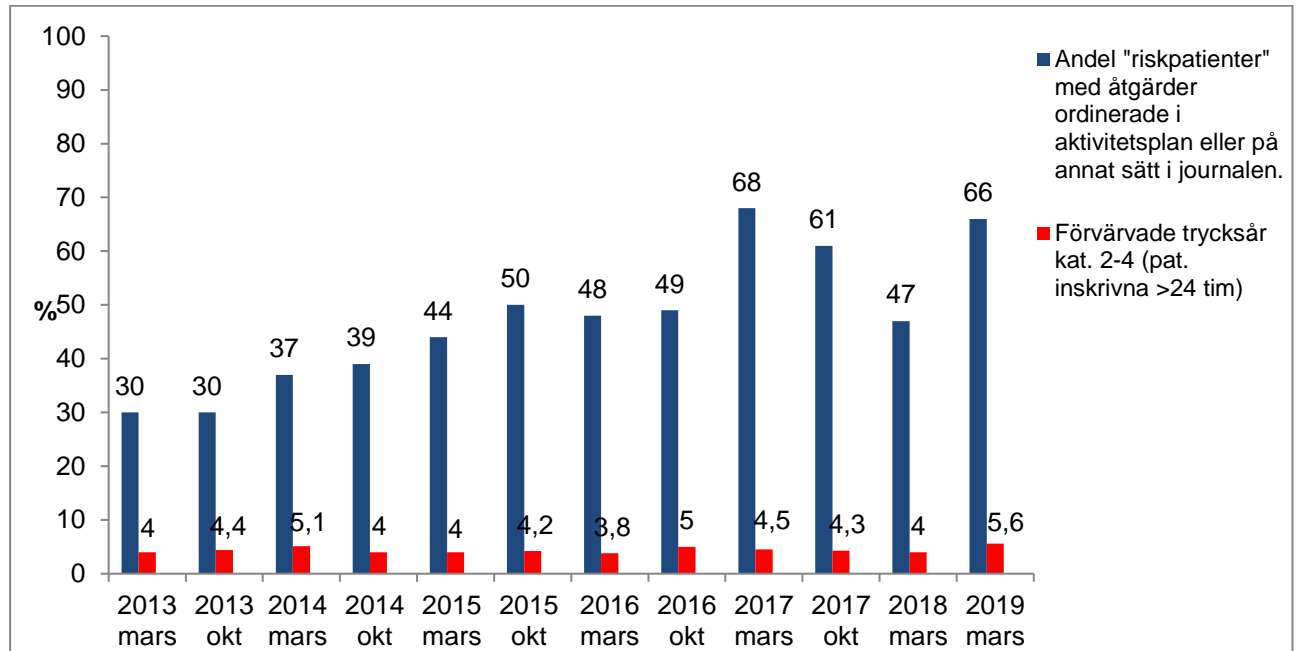
Resultatet från 2019 års nationella punktprevalensmätning visar att andelen riskbedömningar för trycksår vid inskrivning på sjukhuset ligger på en fortsatt hög nivå 92 % (n=535).

Diagram. Andel patienter med trycksår enligt Modifierad Nortonskala inom 24 timmar från inskrivning på avdelning (from 2014 exklusive obstetrik).

N=639	Andel patienter med trycksår, kategori 1–4	Andel patienter med trycksår kategori 2–4
Karolinska Universitetssjukhuset 2019 (2018)	14,3% (11,1%)	8% (6,2%)
SKR	12,3%	6,7 %

16 procent av patienterna (104 av 639 patienter) bedömdes vid inskrivningen ha en ökad risk för trycksår enligt modifierad Nortonskala dvs hade Nortonpoäng ≤ 20 . Av samtliga riskpatienter hade 66 % åtgärder ordinerade i en aktivitetsplan eller dokumenterade på annat ställe i journalsystemet TakeCare vilket är en västenlig förbättring jämfört med 2018 då motsvarande siffra var 47 %.

Diagram. Andel "riskpatienter" och/eller patienter med trycksår som har dokumenterade åtgärder ordinerade i aktivitetsplan eller på annat sätt i journalen och andel förvärvade trycksår kategori 2–4 under vårdtiden.



Vidare analys av resultatet visar att det är stora skillnader mellan olika tema/funktioner och vårdavdelningar både vad gäller andel riskbedömningar, antal patienter som förvärvat trycksår under sjukhusvistelsen och också andel patienter som har förebyggande journalförda åtgärder. De patienter som enligt mätningen har flest förvärvade trycksår är äldre och patienter som vårdas inom intensivvård. Tema Åldrande uppvisar ett mycket gott resultat med 98 % riskbedömningar för trycksår och 96 % av riskpatienterna hade dokumenterade åtgärder.

Tabell: Antal registrerade trycksårsavvikelser i Händelsevis.

År	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Antal rapporterade trycksår/risk för trycksår	107	110	86	101	137	135	95

Åtgärder och utveckling

Karolinska Universitetssjukhuset har under året deltagit i ett regionsamarbetsforum InformationsKvalitetsArbetsgrupp (INKA), vars syfte är att ta fram en gemensam struktur och termer för dokumentation av riskbedömningar avseende trycksår, undernäring och fall. Detta arbete har varit ett förberedande arbete för utveckling av framtidens vårdinformationsmiljö (FVM).

Under året har de två nya kategorierna (A och B) för svårbedömda trycksår, där sårdjupet inte kan tas ställning till implementerats i sjuksköterskans journalmallar. Information och undervisning om dessa nya kategorier har genomförts

På den internationella trycksårsdagen i november arrangerades ett seminarium för all personal på sjukhuset med olika föreläsningar med syfte att öka kunskapen om trycksår och medvetenheten hos sjuksköterskor och undersköterskor om hur man kan arbeta för att förhindra att trycksår uppstår.

Punktprevalensmätning nutrition

Metod

Andelen dokumenterade kompletta riskbedömningar för undernäring inom 24 timmar från inskrivning på vårdavdelning och insatta åtgärder har följts upp via två punktprevalensmätningar. Variabler som ingår i en komplett nutritionsbedömningen är BMI (Body Mass Index), viktförändring/ingen viktförändring och ätsvårigheter/inga ätsvårigheter.

Resultat

1116 patienter ingick i mätningen. 46 % bedömdes ha risk för undernäring vid inskrivningen på sjukhuset. Andelen dokumenterade kompletta riskbedömningar för undernäring inom 24 timmar från inskrivning på avdelning (exklusive obstetrik och intensivvård) var från de två punktprevalensmätningarna 80 % (n=1166) vilket klarar. 2019 års mål att $\geq 80\%$ (minimnivå 60 %) av vuxna patienter ska genomgå en riskbedömning avseende undernäring inom 24 timmar efter inskrivning i slutenvård (exklusive obstetrik och intensivvård). Motsvarande resultat 2018 var 75 % och 2017 74 %.

Den vanligaste riskfaktorn som identifieras hos patienter var ätsvårigheter följt av ofrivillig viktörlust eller ett lågt BMI värde.

Andelen patienter med risk för undernäring som hade åtgärder ordinerade i en aktivitetsplan var 52 % och hos ytterligare 12 % hade åtgärder ordinerats på andra sätt i journalen. Totalt hade därmed 64 % av patienterna som bedömdes ha risk för undernäring dokumenterade åtgärder. Resultatet är en förbättring då andel riskpatienter som hade en aktivitetsplan 2018 var 49 % och 2017 var 50 %. Under 2019 registrerades 234 nutritionsavvikelser i Händelsevis (255 2018).

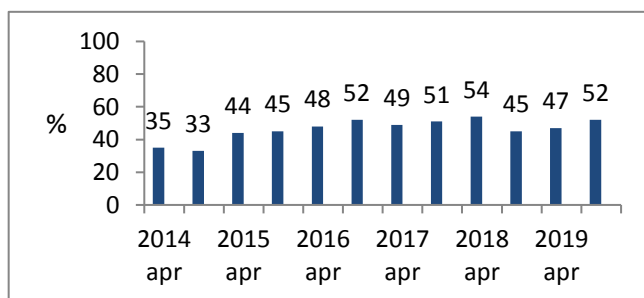


Diagram. Andel patienter med risk för undernäring som har dokumenterade åtgärder ordinerade i aktivitetsplan (exklusive obstetrik och from 2018 exklusive intensivvård).

Vid jämförelse mellan olika tema och funktioner kan ses en stor variation där tema Åldrande har ett utmärkt resultat med 96 % riskbedömningar för undernäring och 88 % av riskpatienterna hade dokumenterade åtgärder. ’

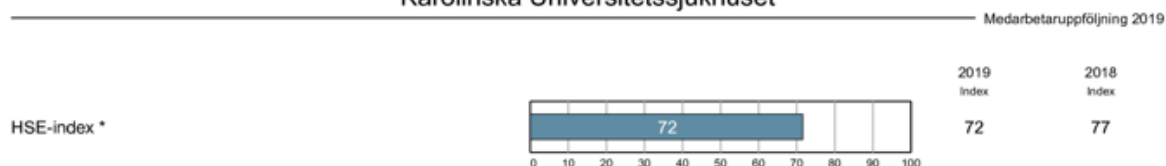
Åtgärder och utveckling

Målnivån med 80 % nutritionsbedömningar har uppnåtts men följsamheten till riskbedömning för undernäring kan förbättras ytterligare. Fler patienter behöver vägas och mätas och hos fler patienter behöver samtliga ingående variabler i riskbedömningen tas ställning till och dokumenteras.

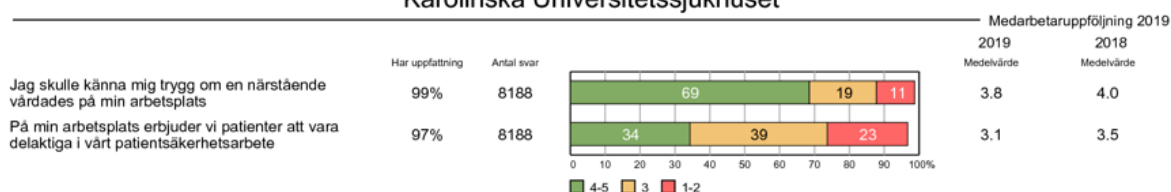
3.9 Patientsäkerhetskultur, hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i Medarbetarenkäten

En avgörande förutsättning för ett en patientsäker vård, är en öppen kultur där medarbetarna vågar ta upp misstag, problem och risker i verksamheten så att det riskförebyggande arbetet kan fungera. Tio frågor inom området tidigare kallat ”Patientsäkerhetskultur”, ingår sedan 2018 i sjukhusets medarbetarenkät. Under 2019 kommunicerades resultatet tillsammans med hela enkätens resultat, till teman och funktioner. Resultaten är generellt lägre än för 2018 men utformningen av enkäten är inte helt identisk varför jämförelse mellan åren inte helt säker. Se diagram på nästföljande sida. Plan för uppföljning är under framtagande.

Hållbart Säkerhetsengagemang Karolinska Universitetssjukhuset

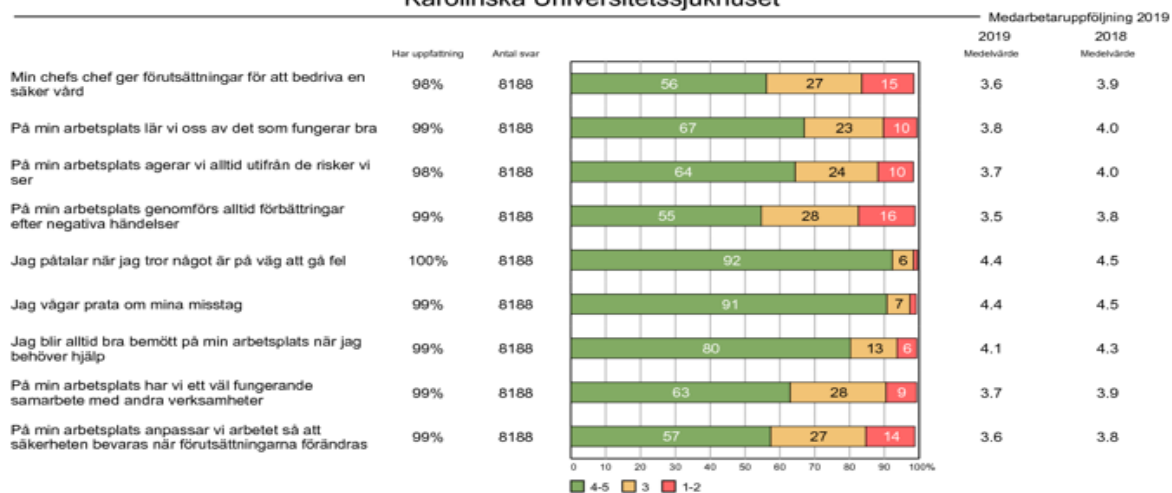


Hållbart Säkerhetsengagemang Karolinska Universitetssjukhuset



Dessa frågor ingår ej i HSE-index

Hållbart Säkerhetsengagemang Karolinska Universitetssjukhuset



1) 2019 (10299) 2) 2018 (10463)