

Kvalitetsbokslut 2021, Karolinska Universitetssjukhuset

Uppföljning av kvalitet på akutmottagning

God vård innebär bland annat att få vård i rimlig tid. Inom akutmottagningarna kan det definieras som att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som denne har behov av.

Akutsjukvården följs upp på ett flertal kvalitetsindikatorer samlade nedan, vilka omfattar enbart akutmottagningen i Huddinge.

Datakälla: Akutliggaren

	Målvärde	2021	Genomsnitt Region Stockholm	2020	2019
Antal patienter som inkommit till akutmottagningen	-	47 188	-	46 955	53 080
Antalet patienter ≥ 80 år som inkommit till akutmottagning totalt	-	6711	-	6031	7310
Andelen patienter där vistelsetiden på akuten är ≤ 4 timmar, %	Redovisa resultat	26%	41%	34%	33%
Andelen patienter ≥ 80 år där vistelsetiden på akuten är ≤ 4 timmar, %	Mål 58% Mini 22%	18%	39%	23%	22%
Andelen patienter där vistelsetiden på akuten är ≤ 8 timmar, %	Mål 95% Mini 70%	69%	80%	74%	73%
Andelen patienter ≥ 80 år där vistelsetiden på akuten är ≤ 8 timmar, %	Mål 97% Mini 90%	66%	75%	69%	66%
Tid från ankomst till akutmottagning till första läkarbedömning. Medianväntetid i timmar	Mål 40 min Mini 1h 20 min	1 h 36 min	58 min	1 h 18 min	1 h 1 min
Tid från ankomst till akutmottagning till patienten lämnar akutmottagning. Medianvistelsetid.	Redovisa resultat	4 h 30 min	-	4 h 6 min	4 h 31 min
Tid inläggningsbeslut till inskrivning på vårdavdelning. Medianväntetid i timmar	Redovisa resultat	3 h 30 min	-	-	-

Analys/Kommentar:

Smittspridningsutbrott av covid-19 bland patienter på de geriatriska vårdavdelningarna i Huddinge har lett till långa vistelsetider på akutmottagningen för att få vårdplats. Periodvis svårt att skicka till extern geriatrik pga. smittspridningsutbrott bland personal även där.

Planerade förbättringsåtgärder:

Påbörjat arbetssättsförändringar för att skaffa förutsättningar att fatta snabbare beslut, bland annat med högre omvårdnadskompetens närmare patienten. Test med justerat arbetssätt har givit de juniora läkarna bättre tillgång till högre kompetens och upplevd förbättrad handledning. Arbetar med att förbättra akutflödet för de sjukaste patienterna, t.ex. patienter med intermediärvårdsbehov ska flyttas upp på avdelningen skyndsamt även i de fall när vårdplatserna är fullbelagda. Dialoger förs för förbättrade ledtider med berörda chefer på Röntgen.

Uppföljning av kvalitet på barnakutmottagning

Datakälla: Akutliggaren

	Målvärde	2021	2020	2019
Antal patienter som inkommit till akutmottagningen	-	69 080	53 753	66 057
Andelen patienter där vistelsetiden på akuten är ≤ 4 timmar, %	>69%	65%	65%	67%
Andelen patienter där vistelsetiden på akuten är ≤ 8 timmar, %	Mål >95%	93%	95%	94%
Tid från ankomst till akutmottagning till patienten lämnar akutmottagning. Medianvistelsetid.	<3,5 tim	4,1 h	-	4,5 h

Analys/Kommentar:

Under första delen av 2021 låg resultatet när målvärdet men det tappades under Q3 och Q4 pga. en tidig och intensiv RS-virusårsång. Det har tidigare varit en större skillnad mellan Huddinge och Solna, där Huddinge haft flera ineliggande på akuten vilket påverkar vistelsetidens längd.

Standardiserade vårdförlopp inom cancer, ledtid

Ledtider är en viktig kvalitetsindikator och den totala tiden från remiss till operation viktigast för patienten. De standardiserade vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som gäller dels för hela förloppet, dels för de olika utredningsstegen. Tidsgränserna ska enbart omfatta medicinskt motiverad tid och

varierar mellan diagnoser och behandlingar.

Datakälla: INCA registret, Regionalt Cancercentrum

Tid från remissankomst till behandlingsstart, medianväntetid i dagar	Målvärde	2021	2020
Tjocktarmscancer	39	21	20
Bröstcancer	28	12	13
Prostatacancer	68	42	44
Äggstockscancer	24	21	21
Livmoderhalscancer	28	27	28
Livmoderkroppscancer	32	22	23

Analys/Kommentar:

Resultatet är jämnt över förbättrat, dvs ledtiderna har kortats. Detta till stor del på grund av aktivt arbete med dessa patientgrupper, där fredad tid för operationer har skapats.

Strokevård

Stroke drabbar människor mitt i livet och tiden är viktig när en person drabbas. Tiden in till sjukhuset, tiden från ankomst till injicering av propplösande läkemedel (trombolys), och tiden till nålsättning i ljumsken för utförande av trombektomi, ett ingrepp där proppen mekaniskt dras ut ur hjärnans kärl. Att få rätt vård snabbt är avgörande för att rädda så många hjärnceller som möjligt.

Datakälla: Riks-Stroke

	Målvärde	2021	Genomsnitt Region Stockholm	2020	2019
Antal patienter med akut stroke totalt på sjukhuset	-	1255	-	943	1022
Andel patienter med akut stroke som direktinskrevs på strokeenhet	Mål 90% Mini 80%	83%	81%	93%	90%
Andel patienter med akut ischemisk stroke som fått trombolysbehandling inom 30 min efter ankomst till sjukhuset	Redovisa resultat	66%	56%	73%	60%

Mediantid start av trombolysbehandling så kallad Door-to-needle (i minuter)	<40	16,5	-	17	15
Andel som fått reperfusion-behandling (trombolys eller trombektomi)	Redovisa resultat	42%	23%	37%	34%
Andel som fått trombektomibehandling	Redovisa resultat	33%	13%	28%	41%
Andelen där initial bedömning av sväljförmåga gjorts	Redovisa resultat	85%	85%	90%	-

Analys/Kommentar:

Resultatet mellan Huddinge och Solna skiljer sig markant där resultatet för Huddinge är sämre.

Planerade förbättringsåtgärder:

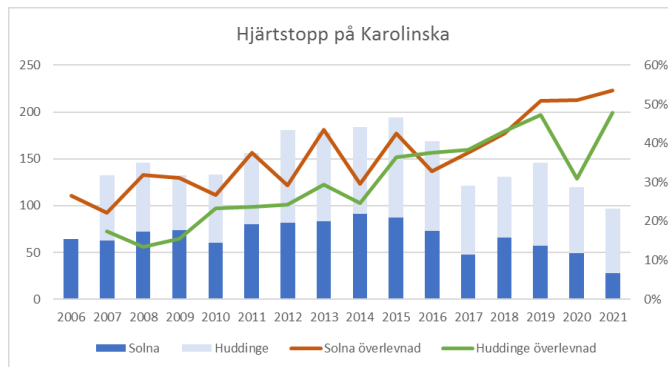
Nytt arbetssätt för handläggning av akut strokealarm implementerades i Huddinge vid årsskiftet 21/22.

HLR - hjärtstoppbehandling

Patienter, besökande eller personal som drabbas av ett hjärtstopp ska ges optimal behandling enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för hjärtsjukvård. Förutsättningar för optimal behandling är välutbildad personal, en fungerande larmorganisation och snabb tillgång till adekvat utrustning.

Datakälla: Svenska hjärtlungräddningsregistret

	Mål	Huddinge	Solna
Larm inom 1 minut	100%	97%	100%
Start av HLR inom 1 minut	100%	100%	100%
Defibrillator uppkopplad inom 3 minuter	100%	100%	97%
Larmteam på plats inom 4 minuter från larm	100%	100%	97%



Analys/Kommentar: Totalt sett färre larm i på bägge siterna (Solna 29, Huddinge 60), minskande trend sedan 5år (tidigare snitt 150/år). Antalet hjärtstopp på sjukhus beror framför allt på andel patienter med påverkade vitalparametrar samt Ej HLR-beslut.

Planerade förbättringsåtgärder:

Fortsatt utbildning av personal med målet att 90% av sjukhusets personal har gått sin årliga HLR-utbildning.

Avvikelse rapportering

Avvikelse rapportering och hantering är en del av sjukhusets förbättringsarbete och visar på en riskmedvetandet i organisationen.

Datakälla: HändelseVis

	2021	2020	2019
Antal inrapporterade vårdavvikelser	14 648	13 562	16 433
Ledtid (medel) för avslutade avvikelserapporter, antal dagar	43	70	81

Under året har andelen inrapporterade vårdavvikelser ökat med 7 % i jämförelse med 2020, samtidigt har ledtiden (medel) för avslutade avvikelserapporter fortsatt minska.

Under 2020 berörde 1 040 vårdavvikelser covid-19 för att under 2021 endast omfatta 140 avvikelser. Inom arbetsmiljö fanns det 583 covid-19-relaterade avvikelser 2020 respektive 216 under 2021.

Antalet rapporterade avvikelser per medarbetare var 1,05 vilket är en ökning med 0,2 % i jämförelse med 2020. Antal händelser som av rapportören bedömdes som risk var 4 842 (33%), för tillbud 5 625 (38%) och för negativ händelse 4 181 (29%).

Avvikelser fördelat per kategori	2021	2020
Behandling/omvårdnad	31%	31%
Dokumentation/ Informationsöverföring	22%	20%
Läkemedel	12%	12%
Utredning/bedömning/diagnos	11%	11%
IT/Teknik/MT	8%	9%
Tillgänglighet	5%	5%
Patientolycksfall	4%	4%
Vårdhygien	3%	3%
Externa avvikelser, har ej Händelsevis	2%	2%
Regelverk/juridik	1%	1%
Strålning/strålsäkerhet	0%	1%

Analys/Kommentar:

Under året har en stor del gamla avvikelser, som inte hanterats pga. omorganisation, omhändertagits och avslutat. Externa avvikelser, dvs. avvikelser från andra aktörer, har ökat. De vanligaste rapporterade orsakerna för både primärvård och ASIH rörde kommunikation/information samt procedurer, rutiner eller riktlinjer.

Patienter och närståendes synpunkter och klagomål på vården

Patienters och närståendes synpunkter/klagomål på vården (i fortsatt text kallad "ärenden") är en viktig grund för förbättringsarbete i sjukvården och i första hand ska dessa proaktivt fångas upp, utredas, åtgärdas och besvaras av berörd verksamhet.

Datakälla: Registrerade ärenden hos registraturen
--

	2021	2020	2019
Patientnämnden	518	454	429
Enskilt klagomål, IVO	87	100	77
Enskilt klagomål, Karolinska	139	107	246
Lex Maria	65	70	56
Inspektioner och tillsynsärenden IVO	6	5	23
1177 Synpunkter och klagomål	306	-	-

Analys/Kommentar:

Flera verksamheter har infört möjlighet för patienter och närstående att lämna in klagomål och synpunkter via 1177. De vanligaste allvarliga händelserna var kopplade till läkemedel, teknik, utebliven följsamhet till rutiner inklusive hygienrutiner (covid-19), samt fördröjd diagnos och behandling.

Planerade förbättringsåtgärder:

Fortsatt arbete med att digitalisera arbetsprocessen samt stödja verksamheten till att erbjuda möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via 1177.

Patientnöjdhetsmätning (PREM)

Patienters och närståendes synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig källa till information om lämpliga förbättringsområden. Ett systematiskt sätt att inhämta synpunkter är via patientenkäter.

Datakälla: Enkät via TakeCare/Webbformulär (tidigare år pappersenkät)
--

	Målvärde	2021	2020	2019
Antal svarande	-	7600	9000	12 200
Bemötte vårdpersonalen dig med medkänsla och omsorg (Andel som svarat Ja, helt och hållet)	87%*	81%	87,5%*	86%*
Fick du tillräcklig information om din vård/behandling (Andel som svarat Ja, helt och hållet samt Ja, i stort sett)	-	91%	92%	91%

Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling (Andel som svarat Ja, helt och hållet samt Ja, i stort sett)	-	85%	91%	89%
Hur upplevde du besöket/vistelsen som helhet (Andel som svarat Mycket bra eller Bra)	-	94%	98%	90%
Skulle du rekommendera mottagningen/avdelningen till någon i din situation (Andel som svarat Ja, helt och hållet samt Ja, i stort sett)	-	93%	95%	91%

* Målvärdet för bemötandet är satt på tidigare formulering och är inte reviderad sedan formuleringen har ändrats.

Analys/Kommentar:

Under 2021 har enkäten överförs till ett nytt system och skickas ut via 1177 till patientens inkorg. Resultatet för bemötande ligger under målvärdet, men är ett resultat av förändrad frågeformulering. Resultatet står i relation till det i Nationell patientenkät och speglar olika dimensioner av begreppet bemötande.

Planerade förbättringsåtgärder:

Under 2022 kommer enkäter skickas ut till fler patienter med stöd av en automatiserad process. Enkäten kommer att vidareutvecklas, och finnas i en kort version samt en mer fördjupande för analys av personcentrerade arbetssätt.

Måltider och livsmedelssäkerhet

Måltiderna ska vara en integrerad del av patienternas vård och behandling vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Datakälla: Patientenkät

	Mål	2021		2020		2019	
Jag upplever måltidens helhet som positiv	80%	H 87%	S 91%	H 79%	S 91%	H 83%	S 81%
Jag har fått välja tidpunkt själv	-	H 78%	S 94%	-		-	
Jag har valt mat själv	-	H 87%	S 97%	-		-	

Karolinska Universitetssjukhuset har olika externa måltidsleverantörer i Solna och Huddinge varför resultatet presenteras separat. I Huddinge har 228 patienter svarat på enkäten och i Solna 142.

Analys/Kommentar:

Många patienterna är nöjda med maten på sjukhuset, men fler patienter framför allt i Huddinge bör

få välja maträtt och tidpunkt när patienterna önskar äta. Under året har menyerna kontinuerligt utvärderats och beroende på patienternas preferenser har maträtterna och menyer förändrats.

Livsmedelshygieninspektioner på vårdavdelningar har genomförts tillsammans med Solna stad respektive Huddinge kommun. Innovationsprojektet DIGIMÅL har fortsatt under året i samarbete med måltidleverantören i Solna. Målet är att patienter som vårdas på sjukhuset på ett enklare sätt än, ska kunna ta del av menyer. Ett ytterligare mål är att utveckla en enkel digital matbeställningstjänst för vårdpersonalen inne på patientsalen.

Planerade förbättringsåtgärder:

Menyerna i såväl Solna som Huddinge planeras utvärderas kontinuerligt med resultat från smaktester och patientenkäter som grund. Projektet som avser testa ett digitalt egenkontrollprogram för livsmedelshygien på vårdavdelningar planeras starta under 2022. Innovationsprojektet DIGIMÅL planeras fortsätta under 2022. Implementering av ett nytt måltidskoncept i Huddinge kommer starta våren 2022.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner är vanligt förekommande vårdskador och är ofta allvarliga. Målsättningen att minska de vårdrelaterade infektionerna och arbetet pågår kontinuerligt.

Datakälla: Punktprevalensmätningar (PPM) samt Infektionsverktyget

	Målvärde	2021	Genomsnitt Region Stockholm	2020	2019
Patienter med vårdrelaterad infektion mätt vid PPM	-	9,8%	7,7%	12,2%*	11,7%
Till följd av vård och behandling, mätt vid PPM	≤7,5%	8,3%	6,1%	9,9%*	10,5%
Andel vårdtillfällen (SLV) med VRI mätt via Infektionsverktyget	≤5 %**	4,83%**	-	5,39%**	-

*ppm VRI genomfördes endast hösten 2020 pga. covid-19-pandemin

** målvärdet för Infektionsverktyget är lägre, dels pga. annan mätmetod, men även för att patienter inom intensivvården inte fångas med detta verktyg

Analys/Kommentar:

Det finns en variation i förekomsten av VRI relaterat till vilken specialitet patienten vårdats inom, vilket är kopplat till patientens sjukdom och sjukdomstillstånd. Sjukdomens allvarlighetsgrad påverkar i vilken grad patienten haft riskfaktorer, ju fler riskfaktorer desto mer ökar risken för att få en VRI. Det förekom en högre andel VRI inom onkologi-, kirurgi- och infektionssjukvård liksom för patienter som vårdats inom intensivvård.

Totalt var det fler kvinnor än män som ingick i mätningarna men det var fler män än kvinnor med förekomst av VRI. En orsak till denna fördelning kan bero på att patienter inom förlossning- och BB-vård ingår i resultaten.

Infektionsverket är infört sedan december 2019 vid samtliga vårdenheter, utom intensivvårdsavdelningarna, som ett led att kontinuerligt följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning.

Planerade förbättringsåtgärder:

Under 2022 kommer incidensen av VRI följas upp regelbundet samt tas upp på patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna. Fortsatt ska samtliga verksamheter validera sina resultat 2–4 gånger under året.

Anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB)

För att förhindra spridning av ARB är det av stor vikt att rekommenderade rutiner följs för patienter med ökad risk. Om följsamheten är låg riskeras smittspridning.

Datakälla: Punktprevalensmätningar

	Målvärde	2021	Genomsnitt Region Stockholm	2020	2019
Följsamhet till riktlinjer avseende odling för MRSA hos patienter med riskfaktorer	90% (mini 80%)	59,3%	68%	57,1%*	63,1%

*ppm ARB genomfördes endast hösten 2020 pga. covid-19 pandemin

Analys/Kommentar:

Målet att uppnå mininivån är inte uppfyllt och resultaten visar över tid på en nedåtgående följsamhet till gällande handlingsprogram. Men en del av verksamheterna har uppnått målnivån och för andra verksamheter har följsamheten ökat vid jämförelse av vårens respektive höstens resultat.

Planerade förbättringsåtgärder:

Under 2022 kommer utbildningsinsatser göras för sjuksköterskor. Vidare kommer möjligheten till att visualisera verksamheternas följsamhet i realtidstavlan undersökas.

Basala hygien- och klädregler (BHK)

Grundläggande för att förebygga vårdrelaterade infektioner är att all personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.

Datakälla: Punktprevalensmätningar

	Målvärde	2021	2020	2019
Följsamhet till BHK (alla åtta steg rätt)	≥63 %	65,6%	67%	61%

Analys/Kommentar:

Den största förbättringsutrymmet finns inom hygienrutinerna och det finns en variation av resultaten mellan olika teman och funktioner. Under 2021 har BHK ingått som en Karolinska specifik indikator vilket inneburit att verksamheter med låga resultat genomfört månadsmätningar för att följa upp att insatta förbättringsåtgärder förbättrar följsamheten till handlingsprogrammet.

Planerade förbättringsåtgärder:

Olika aktiviteter planeras inför den årliga Handhygiendagen den 5 maj, för att sprida goda exempel och belysa vikten av följsamhet.

Nutrition

Undernäring leder till ökad förekomst av komplikationer, ökad risk för trycksår och fall, nedsatt välbefinnande samt förlängda vårdtider och är vanligt förekommande speciellt hos äldre och hos personer med långvariga sjukdomstillstånd.

Datakälla: TakeCare/Tableau

	Målvärde	2021	Genomsnitt Region Stockholm	2020	2019
Antal vårdhändelser	-	50 040	-	48 682	46 860
Andel patienter med riskbedömning för undernäring inom 24 timmar	≥ 80 % (mini 60 %)	68%	78%	57%	71%
Andel patienter med risk för undernäring inom 24 timmar	-	48%	-	47%	47%
Andel riskpatienter för undernäring med dokumenterade aktiviteter/åtgärder	-	73%	-	74%	64%

Analys/Kommentar:

Resultatet visar att finns skillnader mellan olika teman och vårdavdelningar vad gäller andel riskbedömningar för undernäring och andel riskpatienter som har dokumenterade åtgärder. Resultatet visar att ett fortsatt arbete med att förbättra patienternas nutritionsomhändertagande är viktigt då nära hälften av patienterna bedöms ha risk för undernäring vid inskrivning. Av samtliga riskpatienter hade nästan tre fjärdedelar minst en åtgärd dokumenterad i journalsystemet TakeCare, exempelvis energi- och proteinrik kost eller olika former av stöd under måltiden.

En digital "realtidstavla" som ger en överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid inskrivningen och om patienten bedöms ha risk för undernäring har utvecklats och implementerats i verksamheterna. En utredning av och uppdatering av vilka aktiviteter som bör ingå i aktivitetsplanen "risk för undernäring" och därmed ingår i resultatet i Tableau-rapporten har genomförts.

Trycksår

Trycksår betraktas som en undvikbar vårdskada och orsakar stort lidande för patienten, risk för förlängd vårdtid samt ökad risk för att patientens tillstånd försämras.

Datakälla: TakeCare/Tableau

	2021	Genomsnitt Region Stockholm	2020	2019
Antal vårdhändelser	52 332	-	50 769	49 182
Andel patienter med riskbedömning inom 24 timmar	80%	83%	73%	81%
Andel patienter med risk för trycksår inom 24 timmar	18%	-	17%	17%
Andel riskpatienter eller patienter med trycksår och dokumenterade aktiviteter/åtgärder	70%	85%	67%	69%
Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre inklusive A (ej klassificerbart trycksår) och B (misstänkt djup hudskada)	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%

Analys/Kommentar:

Resultatet visar att det är skillnader mellan olika teman och vårdavdelningar vad gäller andel riskbedömningar för trycksår och andel riskpatienter som har dokumenterade åtgärder. Exempelvis har Tema Inflammation och Åldrande ett resultat där 91 % av patienterna har riskbedömts vid inskrivning och 87 % av riskpatienterna hade dokumenterade åtgärder. Andel förvärvade trycksår av kategori 2 och högre ligger på sjukhusövergripande nivå på en betydligt lägre nivå (0,1 % förvärvade trycksår) i den kontinuerliga mätningen jämfört med tidigare punktprevalensmätningar där resultat visat mellan 3–6 % sjukhusförvärvade trycksår. Punktprevalensmätningarna har dock haft ett betydligt färre antal patienter (ca 500 patienter). I den kontinuerliga mätningen av förvärvade trycksår kan det föreligga felkällor i form av underrapportering då måttet jämför dokumentation under termen förekomst av trycksår vid inskrivning med förekomst av trycksår vid utskrivning. Trots att termerna är obligatoriska i journalmallarna kan viss underrapportering inte uteslutas.

En digital "realtidstavla" som ger en överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid

inskrivningen och om patienten bedöms ha risk för trycksår har under året utvecklats och implementerats i verksamheterna. Den internationella trycksårsdagen 18 november uppmärksammades genom information om trycksårsförebyggande åtgärder på sjukhusets intranät.

Planerade förbättringsåtgärder:

Riskbedömning för trycksår inklusive insatta åtgärder för riskpatienter planeras följas kontinuerligt på sjukhusets intranät via Tableau.

Fall

Fall definieras som "en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej". Fallskador utgör ett stort patientsäkerhetsproblem och är en av de vanligaste typerna av vårdskada.

Datakälla: Tableau/TakeCare

	Målvärde	2021	2020	2019
Antal vårdhändelser	-	50 040	48 682	46 936
Andel patienter med riskbedömning för fall inom 24 timmar	-	79%	74%	79%
Andel patienter med risk för fall inom 24 timmar	-	30%	33%	34%
Andel riskpatienter för fall med dokumenterade aktiviteter/åtgärder	≥49,5 %	68%	67%	69%
Andel patienter som fallit	-	1,7%	1,6%	1,8%
Andel patienter som skadat sig vid fall	-	22%	23%	22%

Analys/Kommentar:

Resultatet visar att det är skillnader mellan olika teman och vårdavdelningar vad gäller andel riskbedömningar för fall och andel riskpatienter som har dokumenterade åtgärder. Majoriteten av patienterna med fallrisk var 65 år eller äldre. De dokumenterade åtgärder eller aktiviteter som har satts in är exempelvis personstöd vid förflyttning eller kontinuerlig tillsyn.

En digital "realtidstavla" som ger en överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid inskrivningen och om patienten bedöms ha risk för fall, har under året utvecklats och implementerats i verksamheterna.

Planerade förbättringsåtgärder:

Riskbedömning för fall inklusive insatta åtgärder för riskpatienter planeras följas kontinuerligt på sjukhusets intranät via Tableau.