

Patientsäkerhetsberättelse för Karolinska Universitetssjukhuset År 2025



Datum 2026-02-23

Ansvarig för innehållet: Ylva Pernow, chefläkare och Lena Gidlöf, processutvecklare
Diarienummer: K 2026-1988.



Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	10
Exempel från verksamheterna	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Exempel från verksamheterna	12
Patienten som medskapare	13
Patient Reported Outcome Measures (PROM)	14
Patient Reported Experience Measures (PREM)	14
Exempel från verksamheten	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Exempel från verksamheterna	18
Exempel från verksamheterna	22
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Exempel från verksamheterna	23
Tillförlitliga och säkra system och processe	24
Exempel från verksamheterna	24
Säker vård här och nu	25
Riskhantering	26
Exempel från verksamheten	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Klagomål och synpunkter	27
Avvikelser	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31
BILAGA 1 med bilder	32
Bilaga 2, med tabeller	38

SAMMANFATTNING

Karolinska Universitetssjukhusets ambition är att alla patienter ska få en säker vård av högsta kvalitet och en vård i rätt tid. Vården ska vara anpassad till individen och patient och närstående ska vara delaktiga i beslut och planering.

Sjukhuset har sedan 2024 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. Skattningen 2025 visade att verksamheterna hade tagit kliv framåt och förbättrat sig ffa inom områden "patienten som medskapare" och "engagerad ledning och styrning". Under året har verksamheternas patientsäkerhetsarbete följts upp vid patientsäkerhetsdialoger. Den lokala patientsäkerhetsorganisationen i verksamheterna har stärkts med tydligare processer för uppföljning av risker och avvikelser.

Under året har sjukhuset fortsatt arbetet med att med att fasa ut lågvärdesvård och implementera Kloka Kliniska Val. Arbetet är professionsdrivet med stort engagemang. Val av aktiviteter är decentraliserat till verksamhetsnivå. Flera aktiviteter med positiv effekt på resursnyttjande och patientsäkerhet har initierats, som har det gemensamt att man fokuserar på den individuella patientens behov.

Karolinska Universitetssjukhuset vårdar patienter med hög risk för vårdrelaterade infektioner (VRI). Sjukhuset har fokuserat på insatser mot undvikbara VRI såsom kateterrelaterade infektioner, postoperativa infektioner samt att tidigt upptäcka och förhindra utveckling av till exempel sepsis. Digitala rapporter har tagits fram som möjliggör uppföljning på avdelningsnivå både av vårdrelaterade och samhällsförvärvade infektioner, vilka mikroorganismer som påvisats samt val av antibiotika. Detta i kombination med evidensbaserade åtgärdspaket för olika VRI ger möjlighet att lokalt följa effekter av olika åtgärder.

Sjukhuset har haft stort fokus på tillgänglighet under 2025. Antalet patienter som väntar på kirurgiska ingrepp eller nybesök har minskat. Väntetider på akutmottagningen har förbättrats genom nya arbetssätt och högre kompetens i första linjen. Samverkan inom regionen har ökat och detta stärker tillgänglighet och patientsäkerhet genom gemensam produktionsplanering under kritiska perioder såsom sommar och långhelger. Ett exempel är planeringen av förlossningsvården under sommaren. Samverkan mellan Karolinska och Tiohundra har ökat tillgängligheten för konsultationer inom öronsjukvård och cancerbehandlingar för patienter i Norrtälje.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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. Automatisering och visualisering av data är en huvudstrategi för att underlätta uppföljning och styrning i linjen. Vårdutfall och kvalitet följs upp regelbundet i linjen samt genom patientsäkerhetsdialoger. Ständiga förbättringar, med utgångspunkt i lärande och data, hjälper oss att hela tiden utmana oss själva och förbättra vårdens kvalitet. Samverkan inom sjukhuset och inom regionen möjliggör ett bättre resursnyttjande och säkrare vård.

Organisation och ansvar

Tydliga roller och ansvar är förutsättningar för att ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete säkerställs. Sjukhusdirektören har, genom delegation från nämnden, det yttersta ansvaret för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet och följer lagar och myndighetskrav. Sjukhuset har konsekvent arbetat för att chefer i linjen har ett tydligt mandat och ansvar för kvalitet och patientsäkerhet. Under 2025 har sjukhuset stärkt arbetet med det robusta sjukhuset, riskbedömningar, analys och kontinuitetsplaner.

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. Sjukhusets ledning och nämnd får månadsrapporter med exempelvis resultat på tillgänglighet, väntetider på akutmottagningarna, patientnöjdhet (PREM) och vårdrelaterade infektioner. Sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsnätverk med representanter från teman och funktioner, chefläkare, processutvecklare samt vårdhygien utformar och följer upp sjukhusövergripande handlingsplaner och aktiviteter.

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

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Under 2025 har det skett en avbolagisering inom regionen och alla akutsjukhus utom St Görans sjukhus är nu inom samma vårdgivare. Det har underlättat samverkan tex gemensam produktionsplanering under kritiska perioder såsom sommar och långhelger, för att säkra tillgänglighet i hela regionen, tex förlossningsvården under sommaren. Samverkan mellan Karolinska och Tiohundra har tex ökat tillgängligheten för konsultationer inom öronsjukvård samt cancerbehandlingar för patienter i Norrtälje.

Karolinska@home har drivits som projekt med mål att öka andelen av en vårdepisod som kan utföras i hemmiljö. Här har samverkan med ASIH utvecklats och projektet övergår nu i implementering och ett verksamhetsområde etableras.

Sjukhuset har ett kvalitetsledningssystem med övergripande styrdokument inom kvalitet och patientsäkerhet. På enhetsnivå behövs även lokala anpassningar. Det har resulterat i en stor mängd riktlinjer och svårighet för medarbetaren vad som gäller. Flera enheter har skapat strukturer för översyn av gällande riktlinjer och styrdokument.

Produktionsplanering, dimensionering och koppling till schemaläggning

Karolinskas planeringsarbete för att säkerställa god vård startar med att identifiera patientbehoven. Patienternas behov översätts till ett kapacitetsbehov, i exempelvis antal operationer eller vårddygn.

Detta arbete säkerställer att alla involverade i patientens vård arbetar för att möta samma behov och att delar i patientens vårdkedja finns tillgängliga vid rätt tid och är synkroniserade med varandra. Utifrån patientbehovet och kapacitetsbehovet genomförs dimensionering av personalresurser. Omfattningen av dimensioneringen har utökats under 2025, och samtliga resurser som arbetar inom tema och funktioner är nu inkluderade i dimensioneringen.

Personalresurserna dimensioneras ned på yrkeskategori och även på specialiseringsgrad. Verksamheterna får utifrån dimensioneringen en plan hur många närvarande de behöver inom respektive yrke och specialiseringsgrad för att möta patientbehovet. Nästa steg är att arbeta med att få en tydligare direkt koppling mellan dimensionering och schemaläggning där slutprodukten blir en sömlös planering mellan de olika planeringsstegen.

Schemaplanering i Tessa

Ett sjukhusövergripande initiativ pågår med målet att förenkla schemaplaneringen för medarbetare och minska administrationen. Schemaplaneringsprocessen blir gemensam för hela sjukhuset med harmoniserade arbetssätt och systemstöd för schemaplanering.

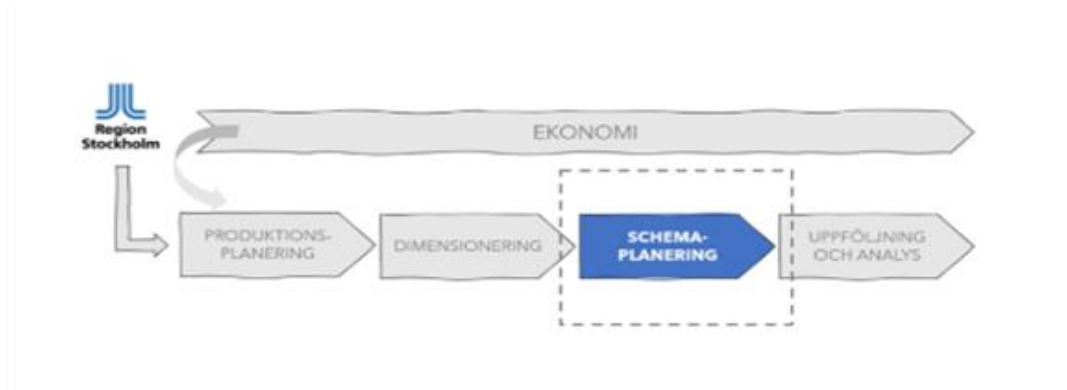


Bild nr. 1 Schemaplaneringsprocessen

Genom att använda samma perioder underlättas samplanering för de medarbetare som roterar mellan olika verksamheter, teman och funktioner. Under 2025 har man i projektet Tessa arbeta med bemanningsbehov, för att säkra att vi har rätt man på rätt plats med rätt kompetens i rätt tid.

Samverkan inom sjukhuset och med kommuner

Inom sjukhuset har samverkan mellan enheter och professioner varit en förutsättning för de positiva resultat sjukhuset åstadkommit för ökad tillgänglighet till operation, på akutmottagningen och minskade köer för nybesök.

Sjukhuset har under året fokuserat på flödet från akuten till vårdavdelningarna samt att minska ledtiderna på akuten. 30-minutersmål innebär att en patient som är färdigbehandlad på akutmottagningen ska vara på väg till vårdavdelning inom 30 minuter. Kortare väntetider minskar risken för komplikationer, exempelvis infektioner eller försämrad hälsa på grund av långa väntetider i en akutmiljö.

Stab Produktion har i uppdrag att verka för att sjukhuset har en samordnad utskrivningsprocess samt stödja verksamheterna i att arbeta utifrån Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (LUS). Geriatriska teamet har i uppdrag att stödja i utskrivningsplaneringen samt göra geriatriska bedömningar av sköra äldre patienter som vårdas på avdelningar som inte tillhör geriatriken. Enheten för utskrivningsstöd är en stödfunktion som kan kontaktas när den ordinarie utskrivningsprocessen av en patient är komplex eller oklar. Det gemensamma syftet är att förhindra förlängda vårdtider samt bidra till tryggare och patientsäkrare utskrivningar.

Stab Produktion tillhandahåller stöd, kompetens och utbildningsinsatser, identifierar, kartlägger och följer brister och förbättringsområden (samverkan, utskrivningsprocessen). Under 2025 har stab Produktion bland annat arbetat med följande områden:

- Samverkan med Stockholm Stad för att se över möjligheterna att på sikt ha allokerade "boendeplatser" inom kommun för patienter i behov av andningsvård.
- Fortsatt arbete med att förenkla Lifecare SP funktionalitet
- Utbildningsinsatser (elva tillfällen har genomförts) för patientnära personal gällande Lag (2017:612), om Samverkan vid utskrivning från slutenvård samt Lifecare

SP (IT-system för informationsutbyte mellan slutenvård, kommun och andra vårdgivare inom Region) för patientnära personal

- Påbörjat införandet av vårdbegäran på akuten

Ett framgångsrikt projekt har varit den preoperativa mottagningen för sköra äldre som planeras för stor bukkirurgi. Det är ett samarbetsprojekt mellan Funktion PMI, Tema cancer, Hälsoprofessioner samt Tema Inflammation och Åldrande där patienten får en helhetsbedömning av ett multiprofessionellt team. Fokus ligger på att optimera patienten inför och efter operation, minska komplikationer och förbättra långsiktiga resultat. Samarbetet mellan olika professioner och patientmedverkan är nyckeln till framgång. Preliminära resultat visar på kortare vårdtider och i ca 10% av fallen valde patienten annat behandlingsalternativ. Initiativet utökas nu till flera cancerflöden inom sjukhuset.

Nationell samverkan

Sjukhuset har riktlinjer för överföring mellan vårdgivare och hur överrapportering ska ske. Det är viktigt att följa och förstå helhetsupplevelsen för våra patienter, även de från andra regioner. Sedan 2023 får patienter från andra regioner en specifik PREM undersökning via 1177. Grunden är de frågor som Stockholms patienter får med tillägg av frågor som har tagits fram tillsammans med våra samarbetsregioner. 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. Samarbete sker även med vårdlotsar i andra regioner för att möjliggöra för patienter som åberopar vårdgarantin att kunna få sin vård på Karolinska.

Karolinska har under året erbjudit andra regioner stöd i att hantera köer och har på så sätt kunnat bidra till snabbare vård och ökad tillgång till högspecialiserad vård till patienter från andra regioner. Något som exempelvis sker i samarbete med våra åtta samverkansregioner där nya avtal har förhandlats fram under året för att börja gälla 2026–2030. I avtalen ingår ett specifikt kapitel om just patientsäkerhet med mål om att vården ska uppfylla de krav på kvalitet och patientsäkerhet som ställs från olika myndigheter och Region Stockholm, så att de patienter som vårdas på Karolinska Universitetssjukhuset får en personcentrerad, jämlik och säker vård av god kvalitet.

Karolinska initierade 2023 möjligheten att ta emot digitala remisser från andra regioner. Ett arbete som fortsatt utvecklas då en digital hantering både är snabbare och säkrare för patienten.

Internationell samverkan

Under 2025 har vi fokuserat på att stärka patientsäkerheten för internationella patienter genom tydligare processer, bättre samordning och säkrare kommunikation.

Ett sjukhusövergripande projektet startade hösten 2025 med syfte att skapa en kapacitetsstyrd och strukturerad process för alla internationella patienter som söker till K för planerad vård. En tydlig och gemensam arbetsgång minskar risken för missförstånd och informationsbrister, vilket direkt stärker patientsäkerheten. Den digitala patientportalen som infördes 2023 är en nyckelfaktor vid internationella vårdkontakter genom att remisser, medicinska underlag och radiologiska bilder kan hanteras i en säker digital miljö, Kommunikation med patienter,

remittenter och internt, sker via samma plattform, och minskar risken för informationsförluster och osäker hantering av personuppgifter.

De förbättringar som gjorts i patientportalen under 2025, både vad gäller användarvänlighet och säkerhet, har ytterligare stärkt vår förmåga att ge en säker, samstämmig och högkvalitativ vård till internationella patienter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Under 2025 har Karolinska universitetssjukhuset intensifierat arbetet med informationssäkerhet som en självklar integrerad del av patientsäkerhetsarbetet. Drivkrafterna har varit krav från lagstiftning och tillsyn, samt slutsatser från tidigare revisioner. Målet har varit att säkerställa att patientdata hanteras på ett sätt som skyddar integritet, upprätthåller sekretess och minimerar risker för vårdprocesser. Sammanfattningsvis har 2025 präglats av en övergång från åtgärdande insatser till ett mer uthålligt och styrt säkerhetsarbete där informationssäkerhet ses som en grundläggande del av patientsäkerheten. För att upprätthålla och vidareutveckla detta arbete kommer vi ha ett fortsatt fokus på regelbundna analyser, mätbar uppföljning, stärkt ledningsansvar och fortlöpande kompetensutveckling. Transparens i åtgärder och tydlig koppling till nationella riktlinjer för patientsäkerhet är avgörande för att säkerställa förtroende och skydd för patienternas integritet.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Karolinska bedriver en omfattande patientverksamhet med joniserande strålning innefattandes röntgendiagnostik och -intervention, nuklearmedicinsk diagnostik och terapi, samt extern strålbehandling, brachy- och buckyterapi. Verksamheten bedrivs under det tillstånd som Region Stockholm har från Strålsäkerhetsmyndigheten för verksamhet med joniserande strålning. För att upprätthålla och förbättra strålskyddet i verksamheten bedrivs ett systematiskt strålskyddsarbete på sjukhuset. Övergripande strålskyddsfrågor hanteras inom ramen för en särskild samarbetsstruktur och i den kliniska verksamheten bedrivs strålskyddsarbetet som en integrerad del i verksamhetens ordinarie arbete. Exempel på övergripande händelser, åtgärder och resultat i det systematiska strålskyddsarbetet under 2025 sammanfattas nedan.

- Inom röntgenverksamheten har ett kirurgiskt röntgenutskott etablerats i syfte att underlätta bevakning av strålskyddet samt samarbete i strålskyddsfrågor inom operationsverksamheter som inte tillhör dedikerade radiologienheter på sjukhuset.
- Inom strålbehandlingsverksamheten har samtliga personalgrupper genomgått en särskild och lokal verksamhetsutbildning i avvikelserapportering vilket ökat personalens kompetens inom området.
- Inom nuklearmedicinsk verksamhet har riktlinjer för remittering uppdaterats med information om stråldoser. Syftet är att för remittenten tydliggöra stråldoser för olika metoder samt säkerställa följsamhet till författningskrav.
- Formella strålskyddsärenden har hanterats löpande under året. Exempel på slutförda ärenden är myndighetstillsyn gällande kärnämneskontroll, radiofarmaci- och gammaknivsverksamheten samt remisser såsom om specialisttjänstgöring för sjukhusfysiker.

- Det sammantagna resultatet från genomförda strålsäkerhetsrevisioner visar att vi i allmänhet bedriver en berättigad och optimerad patientverksamhet.

För mer detaljerad information hänvisas till ärende K 2025–9952 vilket innehåller strålskyddsboksluten för tillståndsområdena röntgen, nuklearmedicin, strålbehandling och cyklotron.

En god säkerhetskultur

HSE – resultat

Organisationskulturen är grunden för säkerhetskulturen och består av de uppfattningar och de värderingar som delas av människorna i en organisation. Det kan beskrivas som ”så som vi gör saker här”. Säkerhetskultur är viktig både ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ur ett arbetsmiljöperspektiv.



Under året har sjukhuset fortsatt arbetet med att stärka ledarskap och medarbetarskap, att samverka för att ha ett öppet diskussionsklimat och motverka tystnadskultur.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har stärkts där verksamheterna (medicinska enheter och omvårdnadsenheter) har tydlig struktur med patientsäkerhetsgrupper, återkoppling av avvikelser till medarbetarna, uppföljning av handlingsplaner och tex ”Morbidity Mortality” konferenser.

I regionens medarbetarundersökning ingår frågor om HSE (hållbar, säkerhet och engagemang). Förändringar i frågeformuleringarna gör att det inte går att jämföra HSE index med tidigare år. Det övergripande resultatet var väsentligen oförändrat jämför med 2024.

På enhetsnivå används HSE resultatet i förbättringsarbeten och det är en del i sjukhusets självskattning av patientsäkerhet (se Agera för säker vård)

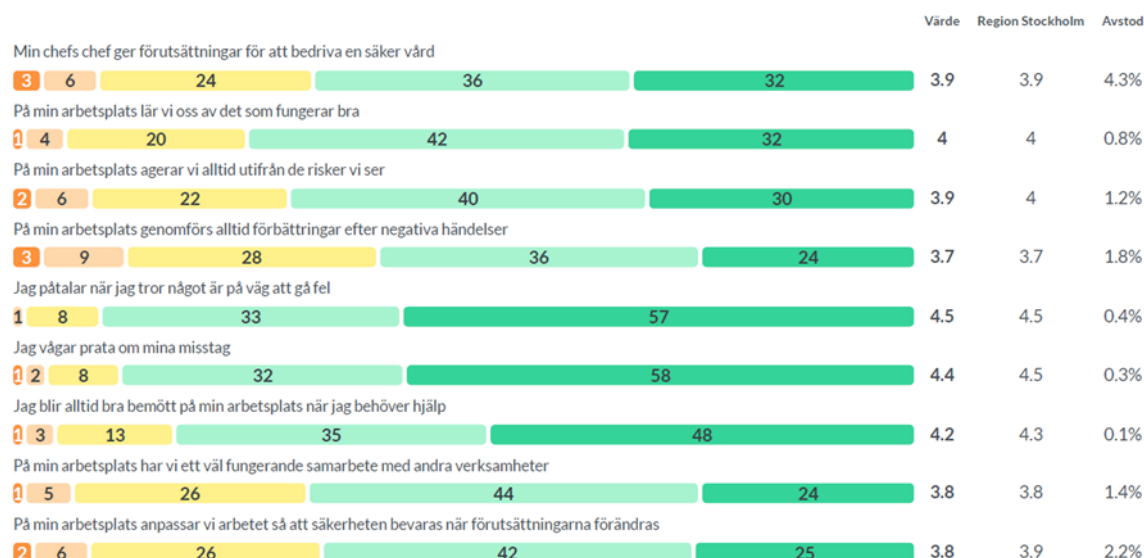


Bild nr. 2 HSE-resultat 2025

Patientsäkerhetsdagen 17 september

Varje år i september uppmärksammas den internationella patientsäkerhetsdagen och år var temat: Säker vård för varje nyfödd och varje barn. Varje år drabbas över 80 000 patienter av vårdskador en del av vårdskadorna drabbar barnen. Barn är särskilt utsatta för risker på grund av fysiologiska, kognitiva och sociala orsaker.

Kunskapen finns om hur vi skapar en säker vård för nyfödda och barn. Det kan till exempel handla om att stärka den diagnostiska processen, utveckla teamarbetet och involvera föräldrarna för en säker vård. I år presenterade ME Barn-PMI och ME Neonatologi och ME Graviditet och förlossning några projekt på sjukhusets intranät. Inom barn presenterades bland annat ”läkemedelsminuten ” där de genom ”microlearning” ger information i ett lättläst format och från barn-PMI presenterades en checklista 2.0 för säkrare barnkirurgi. Från Graviditet och förlossning presenterades bland annat en ny avhandling som belyser behovet av säkerhet för nyfödda samt en presentation om obruten hud-mot-hudkontakt och samvård.

Exempel från verksamheterna

Psykologisk trygghet som en del i en god säkerhetskultur, ME Öron näsa hals.

En god säkerhetskultur bygger på en trygg arbetsgrupp där medarbetare vågar erkänna sina misstag, ge feedback och kommunicerar på ett tillfredställande sätt. Att upprätthålla detta i en miljö som är under konstant förändring och med organisatoriska förändringar kan ibland vara en utmaning. Verksamheten har fokuserat på psykologisk trygghet genom:

- ✓ Utbildningar och workshops för ledningen och stora medarbetargrupper
- ✓ Inspirationsdagar med fokus på bemötande och kommunikation.
- ✓ Patientmedverkan där patienter delat sitt perspektiv på vården och bemötande

Detta arbete har bidragit till en bättre arbetsmiljö, högre kvarstannande och en förbättrad patientsäkerhet och ger medarbetarna gemensamma referenspunkter och något att gemensamt arbeta utifrån framåt. För att följa upp detta kommer PREM-siffror att följas under 2026 för att se om patienternas upplevelse av vårdens bemötande påverkas av vår satsning kring kommunikation.

Digital förbättringstavla Perioperativ medicin Solna

För att skapa möjlighet för medarbetare att bidra med verksamhetsutveckling har ME Perioperativ medicin Solna tillsammans med IT tagit fram en digital förbättringstavla. Medarbetarna har en QR-kod och kan då snabbt skriva ner sina idéer direkt, utan att behöva sätta sig vid en dator.

Via förbättringstavlan kan förslag lämnas, både stora och små, vilket bidrar till att öka delaktigheten, tillvaratagande av medarbetarnas kunskap och stärka det lokala förbättringsarbetet. Varje vecka går förstalinjecheferna igenom inkomna förslag tillsammans med medarbetargruppen, prioriterar dem och fördelar ansvar för fortsatt arbete. Arbetssättet främjar engagemang, ökad kvalitet, patientsäkerhet och en hållbar arbetsmiljö.

One-pager från Barn PMI

Inom Funktion Barn PMI har en one-pager skapats utifrån föregående års HSE-resultat. One-pagern är en kort sammanställning av händelser som inträffat under månaden; goda exempel, händelser som utreds och inrapporterade avvikelser. Den innehåller även kort information om

varför just dessa avvikelser lyfts samt länkar till gällande rutiner och riktlinjer. One-pagern skickas ut till alla medarbetare varje månad. Bilaga 1, bild 1

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Utbildning i patientsäkerhet

Utbildning i patientsäkerhet ingår i sjukhusets allmänna introduktionsprogram.

Alla sjukhusets medarbetare rekommenderas ta del av Socialstyrelsens utbildning "Agera för säker vård" och detta är en aktivitet i handlingsplanen som följs upp på enhetsnivå.

Behörighetkopplad utbildning i Händelseanalys och NITHA verktyget genomförs fyra gånger per år för analysledare. Under 2025 har 46 nya analysledare utbildats. För chefer ges en anpassad utbildning i Händelseanalys, med mål att förbättra utredningarnas kvalitet och förkorta ledtiderna. Under året har ca 50 chefer deltagit i utbildningen.

Exempel från verksamheterna

Organisationen för arbete med riktlinjer inom Astrid Lindgrens barnsjukhus

Inom Tema Barn-Astrid Lindgrens barnsjukhus finns sedan flera år en organisation för samordning och kvalitetssäkring av temats stödjande och styrande dokument. Syftet är att kvalitetssäkra gemensamma kliniska dokument. För att underlätta arbetet finns övergripande riktlinjeredaktion som samordnar uppdatering av befintliga riktlinjer och tar emot önskemål om framtagande av nya riktlinjer. Gruppen gallrar bland existerande riktlinjer och kan fatta beslut i viktiga principfrågor. I riktlinjeredaktionen ingår personer från patientsäkerhetsgruppen, barnläkemedelsgruppen och staben på ALB. Inom varje ME/OO ska det finnas en lokal redaktion som ansvarar för lokala riktlinjer och stöttar i implementering av ALB övergripande riktlinjer.

Läkemedelssäkerhetsminuten

På Astrid Lindgrens barnsjukhus finns en barnläkemedelsgrupp som även har ett nationellt uppdrag att arbeta för att säkra läkemedelsbehandlingen till barn (läs mer på [eped.se](https://www.eped.se)). Läkemedelsbehandling av barn innehåller ofta moment och variabler som gör hanteringen extra komplex. Exempelvis ordinerar doser anpassade till barnets vikt och ålder, dessutom kan delmängder behöva tas från läkemedelsprodukter. Lokalt på barnsjukhuset finns också farmaceuter från barnläkemedelsgruppen som jobbar kliniknära som stöd till övrig vårdpersonal.

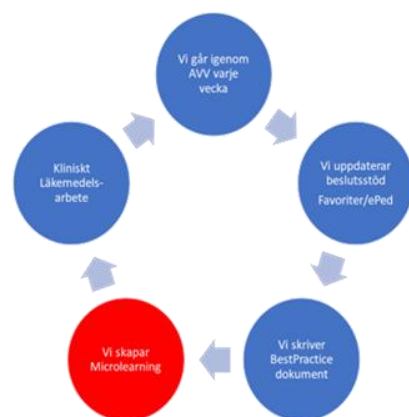


Bild nr. 3 Arbetsprocess för läkemedelsminuten 2025

Avvikelser går igenom varje vecka och leder till uppdateringar på systemnivå. Nytt för 2025 är att varje månad ge ut ett litet riskhanteringspaket "Läkemedelssäkerhetsminuten". Materialet publiceras på sjukhusets interna nätverk och baseras på metoden mikroinlärning så att avdelningarna kan arbeta vidare med riskacceptans ex APT.

Månadsbrev inom Tema Hjärta, Kärl och Neuro

Informationsbrevnen innehåller bevakning av uppdateringar i interna riktlinjer på Karolinska samt från Vårdhandboken, Vårdgivarguiden, Janus och andra relevanta kunskapskällor. Även nyheter från Socialstyrelsen, professionsföreningar och externa aktörer förmedlas när de bedöms vara till nytta för medarbetare och patienter/närstående. Bilaga 1, bild 2

Innehållet är kopplat till ett årshjul inom kvalitet och patientsäkerhet, vilket möjliggör tematiserad och planerad informationsspridning över året. Informationsbrevet är väl mottaget och bidrar till ökad delaktighet och kunskap för många i verksamheten. Bilaga 1, bild 3.

Patienten som medskapare

Patientinvolvering

Under året har sjukhusets Strategiska patient- och närstående råd haft workshop om kontaktvägar mellan patient och sjukhuset.

Informationsmaterial om hur man kontaktar sjukhuset i olika frågor har tagits fram. Patientrepresentanter har deltagit i referensgrupper för Biobankens informationskampanj till medborgarna och i sjukhusets arbete med Kloka kliniska val.



Sjukhusets mål är att medicinska- och omvårdnadsenheter har patient- och närstående råd där patientrepresentanter regelbundet möter cheferna för att tex. utvärdera styrning och organisationsutveckling, vårdens kontinuitet och tillgång till vård samt relevanta utfallsdata. Tema cancer och Karolinska Comprehensive Cancer Center (Karolinska CCC) har varit föregångare. Där finns patientrepresentation på alla nivåer från Board of Directors (BoD) till patientflödesnivå. Allt fler teman och enheter på sjukhuset har etablerat patientråd.

NPE – Nationell patientenkät

Under 2025 genomfördes den nationella patientenkäten inom öppen- och slutenvården. Undersökningen genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och från Karolinska Universitetssjukhuset deltog 9356 (7961) patienter med en svarsfrekvens på 41,7%. Svarsfrekvensen var för öppenvård 40,9 % och för sluten vård 43,9 %.

Det övergripande resultatet för Karolinska Universitetssjukhuset inom både slutenvården och öppenvården är något högre än för riket. Resultatet har förbättrats inom samtliga dimensioner jämfört med föregående mätning som var 2023 (NPE görs vartannat år). Patienterna inom öppenvården är något nöjdare inom samtliga dimensioner än de inom slutenvården.

Tabell nr. 1 Resultatets dimensioner för nationell patientenkät för öppenvård 2025

Kategori i region Stockholm ÖPV	2023	2025
Helhetsintryck (rikt 90,4)	90	91,7
Emotionellt stöd (rikt 86,9)	86,2	88,6
Delaktighet och involvering (rikt 89,4)	89	90,6
Respekt och bemötande (rikt 90,6)	90,1	91,3
Kontinuitet och koordinering (rikt 88,4)	87,6	89,3
Information och kunskap (rikt 85,3)	84,6	86,8
Tillgänglighet (rikt 89,8)	89,8	91,8

Siffrorna är hämtade från Sveriges kommuner och regioner

Patient Reported Outcome Measures (PROM)

PROM 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. Formulär skickas ut från sjukhuset via en regional plattform kopplad till 1177, eller via kvalitetsregister eller andra plattformar. Karolinska får in ca 6000 enkäter/ månad som utvärderar patientens hälsa, funktion och livskvalitet inför och efter vård och behandling. Bland de vanligaste formulären återfinns formulär efter cancerbehandling, livskvalitetsformulär samt depressionsskattningsskalor.

Inom flera flöden för kroniska sjukdomar rapporterar patienten löpande funktionsutfall tex vid cancersjukdomar, reumatologiska sjukdomar, inflammatoriska tarmsjukdomar och cystisk fibros och resultaten används i patientmötet.

Patient Reported Experience Measures (PREM)

Patientrapporterade upplevelsemått mäts löpande via automatiserade utskick av digitala patientenkäter efter vårdkontakt med sjukhuset. 2025 fick sjukhuset 73559 svar från vuxna patienter, 2467 från barn och 4933 svar från vårdnadshavare. Det är en svarsfrekvens på ca 38% för vuxenvården. Sjukhuset skickar ut färre enkäter 2025 än tidigare då intervaller glesats ut för att inte orsaka enkättrötthet. Överlag visar enkäten goda resultat med en helhetsbedömning på ca 94%. Det finns variationer inom sjukhuset och sett över tid har inte det övergripande resultatet inte ändrats påtagligt. Vi ser ett samband mellan höga resultat på delaktighet och helhetssyn. Verksamheterna arbetar lokalt med sina resultat och fritextsvar. Under 2026 planeras en utveckling av enkäten för att bredda återkopplingen från patienterna.

Tabell nr. 2 Vuxna patienter 2025

Fråga i enkät	Mycket bra/Ja, helt och hållet	Mycket bra & Bra Ja, helt och hållet & Ja, i stort sett
Helhetssyn	77,5%	93,9%
Information	70,3%	92,4%
Delaktighet	66,4%	86,8%

Datakälla: PREM enkät

Exempel från verksamheten

Family Reported Experience Measures (FREM) inom Intensivvården

På PMI såg man behovet av att även utveckla en enkät för närstående. Detta då många patienter saknar minnen från vårdtiden på IVA samt att en del avlider efter lång vårdtid på IVA. Frågorna i närståendeenkäten utgår från PREM-frågorna, inspiration har även hämtats från motsvarande arbete inom barnsjukvården. Närstående får genom en QR-kod till en webropol-enkät möjlighet att besvara frågor om både sina egna erfarenheter av bemötande och sina upplevelser av patientens vård och omsorg. De initiala resultaten indikerar att närstående överlag är nöjda med vård, behandling och information samt att de blir väl bemötta och att deras synpunkter tas till vara. För närvarande pågår arbetet med att sprida enkäten för att få fler svarande och se över frågorna. Nedan några kommentarer ur fritextalternativ i FREM enkäten.

”Aldrig mött sånt fantastiskt vårdteam. Både på sättet ni tar hand om min mamma och på sättet ni tar hand om mig och familjen. Fortsätt med det ni gör, ni är guld värda”

”Skulle vara bra med kontinuitet med personal”

Teach-back på Kardiologen

ME Kardiologi arbetar med att implementera metoden Teach-back. Arbetet grundar sig på ett antal avvikelserapporter samt patientmöten där man identifierat att kommunikationen brustit, främst i form av missförstånd. Metoden är ett sätt att kontrollera att informationen har uppfattats korrekt. Den behandlande läkaren ber patienten, eller vid behov den anhörige, att med egna ord återberätta vad som sagts under mötet. Detta görs på ett omtänksamt sätt för att identifiera eventuella missförstånd.

Patientinformation och idétavlor, Tema Hjärta, Kärl och Neuro

Inom tema Hjärta, Kärl och Neuro- har en patientinformation skapats för att öka delaktigheten under vårdtiden. Där ges information om viktiga delar där patienten själv kan vara med att påverka, till exempel: vikten av gott näringsintag, fallförebyggande åtgärder och hygienrutiner. Bilaga 1, bild 4

De har också skapat idétavlor där patienter och närstående kan bidra med idéer. Patienter och närstående är en viktig del i utvecklingen av vårdavdelningen och har därför även satt upp en idétavla för patienter och närstående i dagrummet. Bilaga 1, bild 5 och 6

TeamFödelse – (Team birth tavlor), ME Graviditet och förlossning

TeamFödelse är ett arbetssätt som inkluderar avstämningar på förlossningsrummet tillsammans med den födande, hans partner/medföljande och de professioner som vid tillfället behövs för situationen. En avstämning kan initieras av många anledningar och av såväl kvinna/partner som av personalen. Exempel på avstämningar är överrapportering "bedside", avstämningar på grund av utebliven progress, eller vid avvikande CTG. Den plan som tas och när teamet ska ses nästa gång samt kvinnans önskemål dokumenteras på en teamtavla (whiteboard) inne på rummet. Detta bidrar till tydlighet i situationen. Teamtavlorna är delvis uppbyggda att efterlikna SBAR och uppskattas mycket i akuta situationer. Vi bedömer att arbetssättet bidrar till situationsmedvetenhet och därmed bidrar till patientsäkerhetsarbetet.

Arbetssättet är även infört på eftervården och på antenatalvården i Solna.

Digital registrering på ME Öron Näsa Hals:

Införandet av egenregistrering på Akutmottagning ÖNH är ett viktigt steg för att stärka patientsäkerheten och förbättra vårdens tillgänglighet. I en verksamhet med högt tempo och varierande belastning är tid avgörande, särskilt för patienter med allvarliga tillstånd.

Genom att patienter själva registrerar sin ankomst direkt minskar risken för fördröjningar och möjligheten till tidig identifiering av vårdbehov förbättras. Detta bidrar till ökad patientsäkerhet, bättre informationskvalitet och frigör tid för personalen till patientnära arbete.

Egenregistrering ger även verksamheten bättre överblick över patientflöden och belastning i realtid, vilket underlättar prioriteringar och resursfördelning. Sammantaget bidrar detta till effektivare vårdflöden, minskad risk för vårdskador och en förbättrad arbetsmiljö.

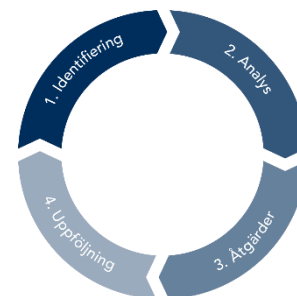
Hörselvård på boenden för personer med nedsatt kognitiv förmåga, ME Öron, näsa och hals

ME Öron, näsa & hals har utvecklat ett mer tillgängligt och personcentrerat arbetssätt kring hörselrehabilitering för patienter med hörselnedsättning och kognitiv svikt. Det är en grupp som kraftigt ökar i Sverige och är särskilt utsatta, då nuvarande hörselvårdssystem ofta inte är anpassat efter deras behov. Projektet ingår i Karolinska@Hom och hörselrehabiliterande insatser ges nära patienten i den miljö där personen bor och känner sig trygg. Genom samarbete med LSS-, demens- och äldreboenden erbjuds utbildning till personal samt utprovning av hörselhjälpmedel och uppföljning av hörselrehabilitering i patienternas boendemiljö. Projektet startade under 2025 och utvärdering planeras under det kommande året.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Karolinskas Universitetssjukhusets handlingsplan

Med den nationella handlingsplanen som grund har sjukhuset arbetat fram en egen handlingsplan och ett självskattningsinstrument för alla verksamheter. Instrumentet, som är utformat i en Excel fil, ger varje verksamhet möjlighet att värdera sin mognadsnivå inom patientsäkerhetsområdet. Verksamheterna markerar sina aktiviteter med grönt, gult eller rött. Aktiviteterna är formulerade så att de kan tillämpas direkt i den praktiska verksamheten.



Övergripande visar självskattningen att sjukhuset har förbättrats inom alla grundförutsättningarna mellan skattningen 2024 och 2025. Vid patientsäkerhetsdialogerna, som varit mellan chefläkare och verksamhet, har självskattningen använts som underlag till diskussion.

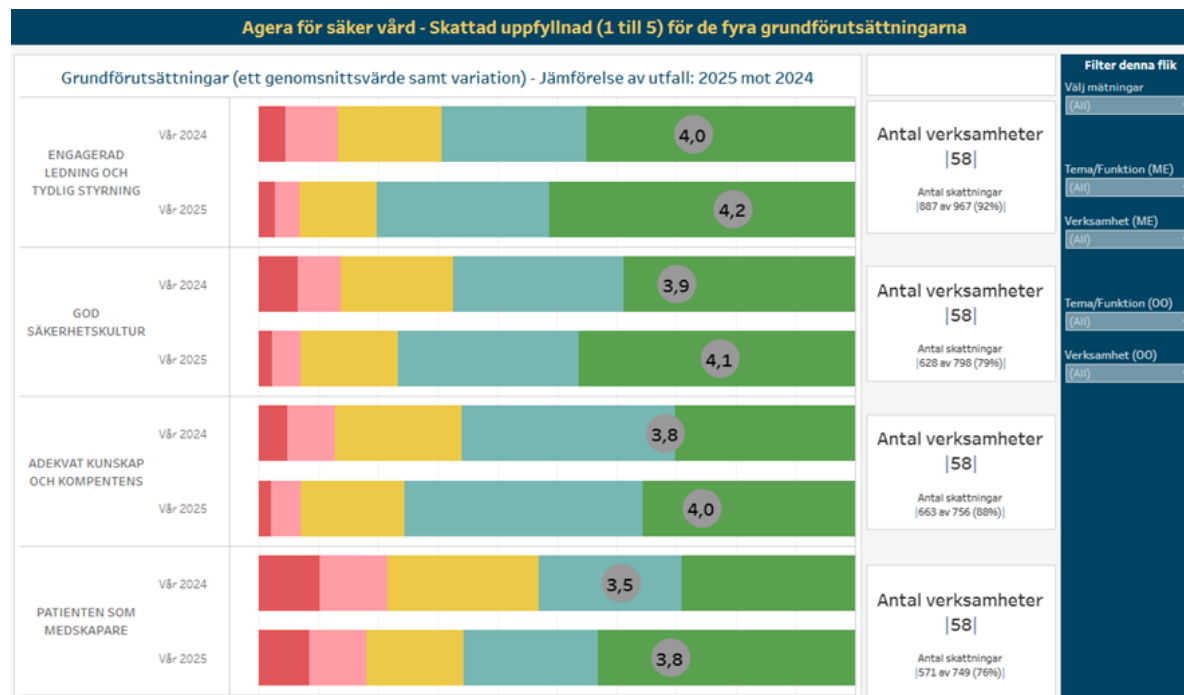


Bild nr. 4 Karolinska handlingsplan från 2024 & 2025

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste orsaken till vårdskada på sjukhuset. VRI orsakar lidande för de drabbade, ofta förlängd vårdtid och ökade kostnader.

Sjukhuset har en handlingsplan för VRI med åtta fokusområden som baseras på regionens handlingsplan och SKR´s vägledning för vårdhygieniskt arbete. Det är ett komplement till sjukhusets handlingsplan för patientsäkerhet och även här finns en självskattningsmodul med aktiviteter som motverkar VRI.

Jämfört med 2024 är andelen VRI väsentligen oförändrad, enligt data från Infektionsverket. Valideringen visar en bättre identifiering av vårdrelaterad infektion vilket bedöms ha påverkat

resultatet. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna klassas som "annan vårdrelaterad infektion" följt av postoperativ infektion och vårdrelaterad sepsis.

Tabell nr. 3 Vårdrelaterade infektioner

Mål 2025 < 5,1%	2023	2024	2025
Kvinnor	4,9%	4,5%	4,4%
Män	5,6%	5,5%	5,6%
Totalt	5,3%	4,9%	4,9%

Målet avser andelen vårdrelaterade infektioner av samtliga vårdtillfällen och är anpassat för Karolinska men hänvisning till annat uppdrag och patientsammanfattning. **Datakälla:** Infektionsverket

Nano-Utbildning

Vårdhygien Stockholms nanoutbildning är tänkt att fungera som en del i arbetet med att förebygga och minska förekomsten av VRI. Målet med utbildningen är att legitimerad vårdpersonal ska få aktuell kunskap om VRI och hur man förebygger dessa infektioner. Utbildningen ska också stimulera till beteendeförändring i det dagliga arbetet.

Nanoutbildning innebär som koncept, kunskap i små, korta och snabba doser. Formatet ger lättillgänglig kompetensutveckling.

Sjukhuset har nu en Tableau-rapport där alla infektioner, både de som klassats som vårdrelaterade och samhällsförvärvade, kontinuerligt kan följas på enhetsnivå samt vald antibiotikabehandling.

Exempel från verksamheterna

Övervakning mikroorganismer från mikrobiologen

Ett ytterligare verktyg är "Övervakning mikroorganismer" en rapport som löpande visualiserar analysresultat på alla enhetens odlingar och virus analyser. Den ger dels möjlighet att identifiera trender över sjukhuset samt lokal information till vårdenheten.

I samarbete med vårdhygien har 11 åtgärdsprogram tagits fram som beskriver evidensbaserade och effektiva åtgärder för att förhindra vårdrelaterade infektioner tex vinterkräksjuka, vårdrelaterad lunginflammation mm. De finns samlade på sjukhuset intranät liksom information om riktlinjer och vägledning vid luftburen smitta.

Under 2026 planeras fortsatt fokus på att förhindra sepsis och kirurgisk komplikationer med hjälp av algoritmbaserad analys av vårddata.

Kloka Kliniska Val

Kloka kliniska val är ett professionsdrivet initiativ för att säkra att patienter erbjuds evidensbaserad vård och att vård som inte är värdeskapande för patienten fasas ut.

Under 2023–2024 startade pilotprojekt inom ME Åldrande och Tema Cancer där enheterna såg över användningen av tex hjärtechokardiografi hos äldre, standardiserade provtagningspaket, rutiner vid blodtransfusion mm. Syftet var att ta bort moment i vårdförloppet tex utredningar och behandlingar, som inte var värdeskapande för patienten. Under 2025 har arbetet intensifierats över hela sjukhuset. Val av aktiviteter som stöder målet är decentraliserat verksamhetsnivå. Flera aktiviteter med positiv effekt på resursnyttjande, patientsäkerhet och miljö har initierats:

*Andelen förlossningar där värkstimulerande läkemedel används har minskat med 30 % (Huddinge)

*Dosering av cancerbehandlingar efter kroppsvikt. För utvalda läkemedel har förbrukningen minskat med 25%. * Ett särskilt fokus har varit på användning av radiologiska undersökningar med mål att på sjukhusnivå minska ökningstakten av antalet remisser. 2025 låg ökningstakten på 5,7% för hela sjukhuset men för enheter som aktivt arbetar med kloka kliniska val tex Lungonkologin, var ökningstakten 1,9%.

Utfasning av åtgärder som inte skapar värde för en enskild patient frigör resurser för den som behöver.

Provtagningsrutiner exempel från en av sjukhusets intensivvårdsavdelningar; individuell bedömning av prover, blodgas mm ger ca 9000 färre blodgaser och 25 000 färre analyser

Kloka kliniska val, PMI

Workshops i personal- och läkargrupp identifierade 5 områden för kloka kliniska val under 2025.

Inom respektive område har olika fokusprojekt identifierats. Exempel

1. Lagom trött på IVA. Minskad sedering på IVA är associerat med kortare ventilatortid och mindre delirium.
2. Provta personligt. Intensivvård leder till stor blodförlust via provtagning och syftet är att individualisera och minska provtagning. Här startades ett specifikt projekt tillsammans med Klinisk Kemi.
3. Röntga klokt. Tydlig indikation för röntgenundersökningar då de innebär en risk och dessutom

CIVA/NIVA fokusområden 2025

5 fokusområden 2025, exempel på resultat

Kloka Kliniska Val

För en förbättrad hälso- & sjukvård

- Lagom trött på IVA!
- Provta personligt!
- Röntga klokt!
- I magen när det går!
- Rätt sak i rätt tid!

Lagom trött på IVA! Fokus på WU/sederingsdjup. Total minskning av sederande läkemedel, större andel kortverkande läkemedel.
Midazolam -50%, oxokodon -70%, propofol -8%, remifentanyl +16% jf m 2023.

Provta personligt!

4->2 ml EDTA-rör: sparat 9,7 l blod, oförändrat arbete/ kvalitet/pris (jul-nov).

Färre rutinmappar: Rör/patientdygn: 2024: 4,1, jul-nov 3,5; 3000 rör färre/helår.
Analyser/vårddygn kemlab: 2024 35, jul-nov 30; 25000 analyser färre/helår

Indikation för varje blodgas: Gas/patientdygn: 2024: 12,9 Juli-Nov: 11,1
Utslaget på ett år motsvarar detta: 9000 färre blodgaser och sparad blodmängd 7,2-27 l beroende på hur fylld sprutan är

I magen när det går!

Magnesium enteralt istället för IV: halvering av antal infusioner, 1140 infusioner sparade.
Fosfat enteralt istället för IV: -60% infusioner, 789 infusioner sparade.

Säkrare för patienten, bättre miljöval, mindre arbete.

Bild nr. 5 Kloka kliniska val från PMI, 2025

tränger undan annat patienten behöver.

4. I magen när det går. Läkemedel och vätska enteralt när det är möjligt då det innebär mindre risk och är resursbesparande.

5. Rätt sak i rätt tid. Ökad planerbarhet för ökad säkerhet och mindre belastning. Här intensifierades ett redan pågående arbete med kliniska ledningsfunktioner.

Egenkontroller

Anmälningsspliktiga resistenta bakterier (ARB)

Följsamheten till handlingsprogrammet mäts regelbundet och 2024 har regionen gått över från punktprevalensmätningar till kontinuerliga automatiserade mätningar. Vid automatisk uppföljning är definitionen ”Andelen patienter med risk för MRSA vid inskrivningen med dokumenterad provtagning”.

Resultaten är långt under vad sjukhuset eftersträvar. Analys visar att 80% av patienterna riskbedöms avseende ARB inom 24 timmar efter inskrivning men andelen riskpatienter med dokumenterad provtagning är låg. Djupare analys av rutiner kring provtagning och dokumentation i relation till den automatiserade mätningen pågår.

Tabell nr. 4 Andel korrekt handlagda patienter

Årtal	2023	2024	2025
Andel patienter med risk för MRSA vid inskrivning med dokumenterad provtagning	47,2%	47,3%	44,5%
Andel korrekt handlagda patienter enligt handlingsprogrammet	60,6%	N/A	N/A

Datakälla: TakeCare

Andel korrekt handlagda patienter enligt handlingsplan följs inte under 2025

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. Under 2025 har en ändring i att räkna ut resultatet för PPM utförts. I den nya metoden räknar vi antalet korrekt utförda delmoment och delar det med det totala antalet delmoment. Eftersom vi får ett högre resultat enligt den nya beräkningsmetoden har sjukhuset införts ett nytt målvärde (100%) och nya gränser för vad som anses vara en acceptabel nivå av följsamhet till basala hygien- och klädregler och vad som kräver en handlingsplan.

- Allt under 90% är rött och kräver en handlingsplan
- Allt mellan 90% - 98% är gult och anses vara acceptabelt
- Allt över 98% är grön

PPM mätning har under året följts två gången, vår och höst. Enheter med resultat inom det röda eller gula intervallet uppmanas ta fram handlingsplan och upprepa mätningen.

Tabell nr.5 Följsamhet till BHK

Utfall (målvärde...)	2023	2024	2025
Följsamhet till BHK (alla åtta steg rätt) vid punktprevalensmätning (1g/år)	93,3%	93,8	94,0

Alla delmoment, andel rätt – Datakälla: BHK

Den nya beräkningsmetoden, även de historiska mätningarna/resultaten omfattas av detta. Siffrorna ovan visar ”summor” av vårens och höstens mätningar. Alltså en siffra för hela året.

Under året har ett särskilt arbete genomförts inom operation och kirurgiska verksamheter för att ha gemensamma klädregler på operation och säkerställa hög säkerhet vid rena operationer tex ortopediska operationer med implantat eller thoraxkirurgi.

Trycksår, fall och undernäring

Trycksår

Tabell nr. 6 kontinuerlig mätning trycksår år 2023 - 2025

År	2023	2024	2025
Antal vårdhändelser	52 941	67 943	56 567
Andel patienter med riskbedömning för trycksår inom 24 timmar, %	80%	85%	90%
Andel patienter med risk för trycksår, %	17%	16%	16%
Andel patienter eller riskpatienter med trycksår med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	75%	76%	76%
Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre inklusive A (ej klassificerbart trycksår) och B (misstänkt djup hudskada), %	0,6%	0,6%	0,6%

Datakälla: TakeCare

För att 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. Andelen patienter med förvärvade trycksår är låg men sjukhuset har många riskpatienter och behöver kontinuerligt bevaka utvecklingen. Trycksår uppmärksammas i omvårdnadsronder och på temadagar.

Fall

En patients risk för fall bedöms vid inskrivning samt vid förändringar i hälsotillståndet under vårdtiden och vid behov sätts förebyggande åtgärder in. Följsamheten till denna riktlinje följs via en kontinuerlig rapport. Andelen patienter som fallit och som då skadat sig är väsentligen oförändrad. Under året har fokus legat på att tydliggöra evidensbaserade åtgärder och samla dem på sjukhusets intranät.

Tabell nr. 7 kontinuerlig mätning fall år 2023 - 2025

År	2023	2024	2025
Antal vårdhändelser	50 946	51 510	54 236
Andel patienter med riskbedömning för fall inom 24 timmar, %	84,7%	83,1%	81,3%
Andel patienter med risk för fall, %	32%	30,9%	32,5%
Andel riskpatienter för fall med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	75,4%	75%	76,9%
Andel patienter som fallit, %	1,2%	1,1%	1,0%
Andel patienter som fallit och som skadat sig vid fallet, (av de som fallit) %	24,2%	20,3%	20,2%

Datakälla: Enligt??

Exempel från verksamheterna

Fallprojekt på Infektionsavdelningar

På grund av återkommande fallhändelser startades ett projekt i samarbete mellan säkra gruppen och Omvårdnadsgruppen. Journalgranskning visade att risk för fall identifierades men att åtgärderna sällan var personcentrerade. Det uppmärksammades att fallriskbedömningsinstrument Downton har brister vid bedömning av fallrisk för infektionspatienter då feber, lågt blodtryck, diarréer, urinträngningar, dränage, kateter, syrgasbehandling och kontinuerlig infusion som ofta bedöms vara en av orsakerna till att patienter faller inte ingår som riskfaktor i Downton.

Fallförebyggande åtgärder och arbetssätt identifierades och infördes på alla infektionsavdelningar tex patientinformation, att ta del av patientens egna förslag, hjälpa patienten till toaletten enligt plan i samråd med patienten, tidig kontakt med fysioterapeut mm

Utvärdering av fallprojektet visar att:

- Antal fall har minskat
- Journalgranskning visar att fallförebyggande omvårdnadsåtgärder är personcentrerade i större utsträckning
- Det finns en ökad medvetenhet om fallprevention hos personalen
- Samtal med patienten om fall och fallförebyggande åtgärder har ökat
- Ökning av individuell fallriskbedömning som inte enbart baseras på Downton-poäng

Tabell nr. 8 från Tableau för samtliga infektionsavdelningar

Måttnamn	Infektionsavdelningar 2024	Infektionsavdelningar 2025
Andel patienter med riskbedömning för fall (inom 24h)	93,8%	93,5%
Andel patienter med risk för fall	21,9%	26,9%
Andel riskpatienter för fall med dokumenterade aktiviteter	81,1%	85,7%
Andel patienter som fallit	1,2%	0,9%

Källa: Tablaeu

Nutrition



Bild 6 Nya nutritionsguiden

På Karolinska finns ett nutritionsteam vars uppgift är att informera och utbilda berörda medarbetare (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och dietister) gällande nutritionsfrågor samt att förbättra rutiner inom nutritionsområdet i utvecklingsprojekt tillsammans med berörda parter. De ger ut Nutritionsguiden, en ny version publicerades 2025.

Tabell nr. 9 kontinuerlig mätning av riskbedömning och risk för undernäring år 2023 - 2025

År	2023	2024	2025
Antal vårdhändelser	50 946	62 704	54 236
Andel patienter med riskbedömning för undernäring inom 24 timmar, %	72%	68%	67%
Andel patienter med riks för undernäring, %	41%	45%	48%
Andel riskpatienter för undernäring med dokumenterade aktiviteter/åtgärder	75	75	78

Datakälla: TakeCare

Andelen patienter som riskbedöms vid inskrivning är lägre för nutrition än för trycksår och fall. Sjukhuset har stora elektiva flöden av patienter med låg risk för undernäring vilket bedöms påverka registreringen. Hälften av patienterna som riskbedöms vid inskrivningen har risk för undernäring därför har fokus under året varit att tydliggöra åtgärder.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Under året har verksamheternas lokala organisation och resurssättning för uppföljning och analys av avvikelser förbättrats. Utbildningar i Händelseanalys metodik har skett för analysledare och chefer. Handlingsplaner och effekterna av åtgärderna följs ut på lokal nivå i patientsäkerhetsgrupper samt på patientsäkerhetsdialoger med chefläkare. Sammanställning av anmälningar enligt Lex Maria inklusive utredningstider delges sjukhusets ledningsgrupp och nämnden. Handläggningstiden från händelse till inskickad anmälan är fortsatt för lång. Utredningarna påbörjas adekvat men tar i många fall tid på grund av samtidig klinisk verksamhet.



Tabell nr.10 Sammanställning av handläggning samt utredningstider 2025

Lex Maria	Negativ händelse / Risk	Orsak- gruppering	Handläggningstid Händelse-inskick
Totalt 61	36/25	Fördröjd diagnos/behandling 21 Kopplat till kirurgiska ingrepp 16 Följsamhet till riktlinjer 14 Läkemedel 8 Remisshantering 1 Medicinsk teknisk utrustning 1	Median 7 månader Medel 8 månader

Verksamheter med stora akutflöden rapporterar flest avvikelser. Åtgärder riktas bland annat mot att stärka kompetens i första ledet vid akuta bedömningar, skapa systematik i kommunikation mellan olika professioner samt återkoppling och lärande.

Exempel från verksamheterna

Veckovisan ett exempel från tema akut och reparativ medicin

Temat noterades i patientsäkerhetsarbete med Säkra gruppen på Infektion noterade vi att avvikelser kopplat till patientsäkerhet ofta återkommer med jämna mellanrum, men med en ökad följsamhet till rutiner och riktlinjer och färre avvikelser när de hade fokusmånader kopplade till specifika områden. Trenden med färre tillbud är relativt kortvarig och samma typ av avvikelser återkom en tid efter fokusperioden. Ett preventivt arbete startades med "Veckovisan" som är ett verktyg för att på ett systematiskt sätt arbeta med åtgärder inom prioriterade områden. Verktyget följer upp In- och utfarter, trycksår, CFS, nutrition och fall och

är ett stöd för att alla, oberoende av erfarenhetsnivå, att bidra till patientsäkerhetsarbetet. För att visualisera utförda åtgärder enligt en checklista används ”Gröna korset”. Arbetssättet utvärderas under våren 2026.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har stärkts där verksamheterna (medicinska enheter och omvårdnadsenheter) har tydlig struktur med patientsäkerhetsgrupper, återkoppling av avvikelser till medarbetarna, uppföljning av handlingsplaner och tex ”Morbidity Mortality” konferenser. Resultat som är beroende av flera enheters insatser visualiseras i Tableau, tex väntetider på akutmottagningen, väntetider på operation och kvalitetsindikatorer so andel patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar.

Höftfrakturer - andel patienter som opereras inom 24 timmar

Tidig operation av patienter som drabbats av höftfraktur är viktigt för att motverka komplikationer. Ett multiprofessionellt arbete har givit förbättrad tillgänglighet inom operation, vårdplatser på geriatriken, handläggning på akutmottagningen och röntgenavdelningen. Andelen patienter som opereras inom 24 timmar är 81%.

Tabell nr. 11 Antalet patienter som opererats för höftfrakturer inom 24 timmar efter ankomst. år 2023 - 2025

År	2023	2024	2025
Samtliga patienter som inkommit till sjukhuset /akutmottagning på grunda av höftfrakturer och opererats	374	298	252
Antalet patienter som inkommit till sjukhuset /akutmottagningen på grund av höftfraktur och som opererats inom 24 timmar efter ankomst	265	247	204
Andelen patienter med höftfrakturer som opererats inom 24 timmar efter ankomst	71%	83%	81%

Datakälla: TakeCare/Tableau

Patologisk och traumatiska höftfrakturer är exkluderade från siffrorna

Exempel från verksamheterna

Bevakning och hantering av läkemedelsbrister

Under 2025 har Karolinska fortsatt att påverkas av ett stort antal restnoterade läkemedel. Jämfört med tidigare år bedöms dock antalet brister av direkt patientsäkerhetskritiska läkemedel ha minskat något. Trots viss förbättring kvarstår läkemedelsbrister som en betydande riskfaktor för patientsäkerheten. Patientsäkerhetsriskerna ligger inte enbart i själva bristen på läkemedel, utan i hur informationen om bristen når fram, tolkas och omsätts i klinisk vardag.

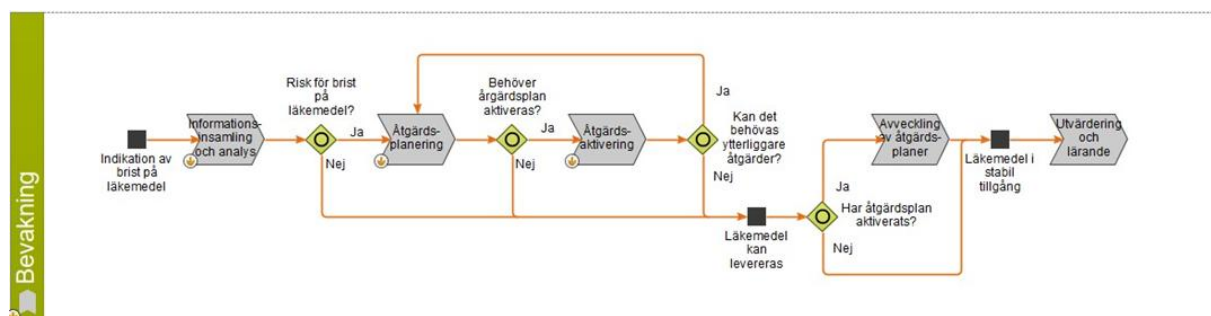


Bild nr. 7 Generisk bild över ett försörjningsflöde

Ett förbättringsarbete startade 2024 och under 2025 prioriterades tre förbättringsområden; öka redundans för sjukhusövergripande bevakning av extemporeläkemedel (inkl cytostatika), öka samarbetet kring barnläkemedel och bättre kommunikationsvägar kring läkemedelsbrister till vården. Både redundans och ett ökat samarbete kring barnläkemedel etablerades relativt snabbt. Det mest utmanande förbättringsområdet var kommunikationsvägar.

Verksamheterna uttrycker ett tydligt behov av samlad, enhetlig och prioriterad information kring restnoteringar och det planeras under 2026 vidare arbete kring kommunikation parallellt med att bygga upp beredskapslager över prioriterade läkemedel för akut vård som inte kan anstå.

PPM Omvårdnad och omvårdnadsrond: Ett exempel från ME Akutkirurgi och trauma

På enheten genomförs punktprevalensmätningar för att följa kvaliteten i den basala omvårdnaden utifrån patienternas perspektiv. Genom att systematiskt inhämta och analysera patienternas upplevelser identifieras förbättringsområden. Där det har framkommit att vissa moment, till exempel munvård och möjlighet till dusch, tidigare inte erbjöds lika systematiskt som andra insatser. Mätningen har också visat att brister i information om avdelningen, rutiner och förväntat vårdförlopp kan påverka patientens upplevelse av delaktighet, trygghet och förtroende.

Åtgärder som vidtagits är att ett ”startkit” läggs nu rutinmässigt fram till alla patienter för att säkerställa ett likvärdigt erbjudande om bland annat munvård och grundläggande information. Digital information om avdelningsrutiner, diagnoser och undersökningar finns på tv-skärmarna på patientsalarna och med en förändrad rondstruktur försöker vi möta upp patienternas synpunkter på delaktighet och information.

Säker vård här och nu

Robusta sjukhuset, kontroller av ventilation och vatten

Under 2025 har sjukhuset tillsammans med Vårdhygien och fastighetsförvaltare (Coor och Locum) tagit fram program för egenkontroll av Legionella i tappställen i patientvårdrum. Där beskrivs var och hur provtagning ska ske och uppföljning och åtgärder hanteras i sjukhusets legionella grupp på respektive sjukhussite.

Sjukhuset har tillsammans med Vårdhygien, inventerat tillgängliga isoleringsrum, vårdrum med specialventilation och skapat en lista som underlättar placering av patienter med luftburen smitta.



Väntetider på akutmottagningen

Långa väntetider på akutmottagningen är en känd patientsäkerhetsrisk. Hösten -25 startade akutmottagningen i Huddinge med nya arbetssätt, högre kompetens i första ledet och fokus på tidig läkarbedömning. Resultatet blev att mediantiden för tid till läkarbedömning sjönk under det dåvarande målet 50 min. För kommande år är målet under 30 minuter. Effekten på andelen patienter som kvarstannar på akutmottagningen mer än 4 timmar var måttlig men bedömningen är att patientsäkerheten stärkts. Bilaga 1, bild 7

Utlokaliserade patienter

Utlokaliserade patienter innebär att en patient vårdas på en annan vårdenheter än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Omvårdnadsområdet ansvarar för temats vårdenheter och vårdplatser. Vid placering av patienter från akutmottagningen prioriteras tematisk hemavdelning och hänsyn tas till kompetens, bemanning, enkelrumsbehov, behov av isolering eller övervakning med mera.

Utlokaliserade patienter utanför temat har ökat enligt de rapporter sjukhuset har men analys visar att ökning delvis beror på ökad samverkan mellan enheter över temagränser tex mellan ME Kardiologi och ME Åldrande där patientsäkerheten snarast stärkts. Sjukhuset kommer att revidera datakällor så att de stöder en adekvat uppföljning.

Tabell nr. 12 Utlokaliserade patienter utanför temat

Utlokaliserade patienter	2023	2024	2025
Utlokaliserade patienter utanför temat	1,2	1,5	1,8%

Datakälla: TakeCare/Tableau

Oplanerad återinskrivning i slutenvård

Andelen patienter som oplanerat behöver återkomma för fortsatt vård och behandling är en kvalitetsindikator som kan visa på för tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller dålig information till patienten eller efterföljande vårdinsats.

Tabell nr. 13 Återinskrivna patienter

Återinskrivning	2023	2024	2025
Återinskrivning inom 30 dagar	11%	11%	10,9%
Återinskrivning inom 7 dagar för patienter 80 år och äldre (Mål: <5,1)	4%	5%	5,3%

Datakälla: Vårdanalys, och statistik HSF,

Riskhantering

Vid inskrivning i slutenvård sker riskbedömningar för trycksår, fall, undernutrition samt risk för multiresistenta bakterier. Detta dokumenteras i Take Care och visualiseras per avdelning på en realtidstavla som uppdateras en gång per timme. ALMA AI-pilot påminner bla om riskbedömningar vilket ökat antal riskbedömningar och aktivitetsplaner. Vårdenheter använder olika former av analysinstrument som tex Gröna korset och Fånga passet.

Sjukhuset har en gemensam riskbedömningsmall som används vid verksamhetsförändringar, verksamhetsflyttar, ombyggnader mm för att fånga upp risker inom patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Exempel från verksamheten

Riskvärderingsinstrument från ME Graviditet och förlossning

Inom kvinnosjukvården är Förlossningsverksamhet är unik genom sin blandning av helt friska och naturliga processer vid graviditet- och födande och komplexa medicinska tillstånd med två patienter (mor/foster).

Det ställer stora krav på teamen runt den födande. Att stötta det naturliga utan onödiga interventioner är lika viktigt som att vara medveten om de risker en gravid kvinna eller hennes väntade barn bär på eller drabbas av under en förlossning. Att reagera och agera snabbt och adekvat på förändringar under pågående förlossning är avgörande för goda utfall. Ett riskvärderingsinstrument har tagits fram som används under ronder på förlossningen där tre viktiga frågor ställs.

- Vad skulle kunna hända?
- Hur upptäcker vi det?
- Vad gör vi då?

Resultatet blir en "minisimulering" där teamet får en gemensam mental modell och en ökad beredskap för eskalerande situationer.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som



Riskbedömning

Risk för allvarligt negativt utfall under förlossning för den födande och/eller barnet

- Utförs vid varje passbyte samt vid förändringar som påverkar risken.
- Dokumenteras i journalen som Låg- Medel- eller Högrisk.
- Bedömningen gäller *den aktuella situationen*.

Negativt utfall avser:

Kvinnan: Stor blödning, Uterusruptur, Sepsis, Kramper, Hjärnblödning/Stroke, Lungödem, Aortadissektion eller risk för annat allvarligt utfall.

Barnet: Hypoxi, Asfyxi, Hjärnblödning, Sepsis, Mekoniumaspiration, Plexusskada, Blodsmitta eller risk för annat allvarligt utfall.

Ställ dig frågorna:

- Vilka möjliga negativa utfall för mor/barn behöver vi vara uppmärksamma på vid den här förlossningen?
- Vilka riskfaktorer och tidiga tecken finns för dessa utfall?
- Vad gör vi för att motverka risken och vad gör vi om det händer?

GRÖN – Lågrisk

Avsaknad av riskfaktorer för allvarligt negativt utfall.

Barnmorska klassificerar självständigt.

GUL – Medelrisk

Risikfaktor identifierad som innebär viss ökad risk för allvarligt negativt utfall.

Barnmorska klassificerar tillsammans med läkare.

RÖD – Högrisk

En eller flera riskfaktorer identifierade som kan leda till allvarligt negativt utfall.

Barnmorska klassificerar tillsammans med läkare.

Vänd för att se exempel på klassificeringar!

bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Klagomål och synpunkter

Patienter kan framföra synpunkter på vården via enskilda klagomål i telefonsamtal, brev eller mejl till verksamheten. De kan också framföra sitt klagomål i regionen digitala system "synpunkter och klagomål" på 1177. Ärendet kommer direkt till ansvarig verksamhetschef. Under 2025 inkom 2870 ärenden synpunkter vilket är en minskning med 24 % jämfört med 2024.

Både antalet individuella klagomålsärenden från IVO och enskilda klagomål från patienter till sjukhuset har minskat med hälften men antalet ärenden till patientnämnden är oförändrat. Antalet lex Maria ärenden är relativt oförändrat över de senaste tre åren.

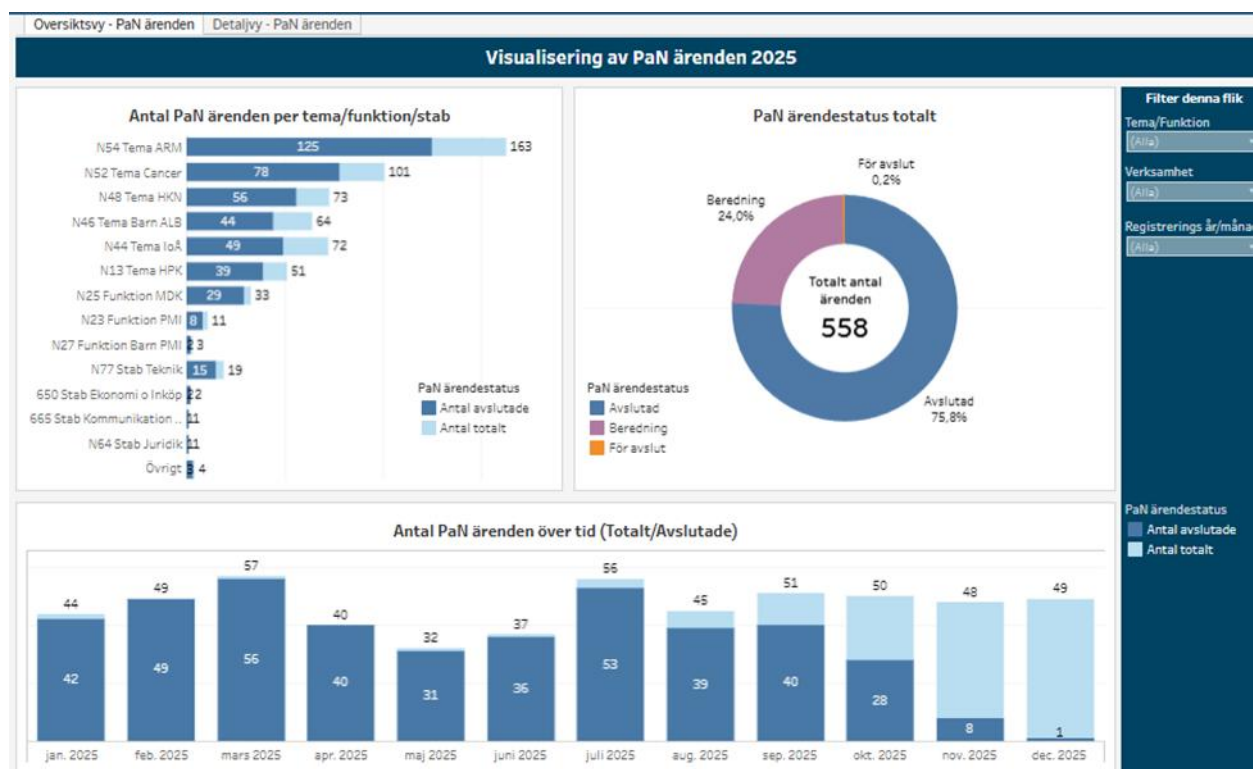
I tabellen nedan förevisas dels inkomna individuella klagomålsärenden från IVO dels avslutade under redovisade år. Där ses att de inkomna har varit dubbelt så många som de avslutade under tidigare år men år 2025 har den trenden vänt.

Tabell nr. 14 Antal Patientärenden

Patientärenden och lex Maria	2023	2024	2025
Antal inkomna ärenden 1177 synpunkter och klagomål under år	3055	3779	2870
Antal inkomna ärenden från Patientnämnden under år	549	590	564
Antal inkomna klagomålsärenden från IVO under år	141	112	58
Antal avslutade klagomålsärenden från IVO under år	94	68	61
Antal inkomna enskilda klagomål	64	108	41
Antal inskickade lex Maria till IVO under år	54	73	61
Antal avslutade lex Maria under år	33 (27)	62	41

Datakälla: Enligt EDIT (Platina) och HändelseVis (Flexite)

Visualisering av patientsnämndsärenden i Tableau .



Datakälla: Enligt EDIT (Platina) visualiserat i Tableau

Det har varit svårt för verksamheterna att få en överblick av sina ärenden från patientnämnden (PaN) varför en Tableau rapport skapats. Där visualiseras antal inkomna PaN -ärenden i relation till antalet avslutade per månad och per tema och funktion.

Verksamheterna kan följa sina egna data per medicinsk enhet och omvårdnadsenhet.

Visualisering av PaN ärenden under 2025, fördelat på ME/OO-nivå finns under **bilaga 1, bild 8**

Handläggningstiden för individuella klagomålsärenden från IVO, där patienten framför klagomål är ett till två år. Under 2025 fick sjukhuset beslut i 61 ärenden varav 39 % var med kritik.

Avvikelser

Antalet handlagda vårdavvikelser under 2025 har ökat till 18 169 medan antalet externa, både de i HändelseVis och de som inkommer med post ligger i stort sett oförändrat.

Avvikelser som rapporterar risk > tillbud > negativ händelse.

Under 2026 planeras införandet av ett nytt avvikelsehanteringssystem med bättre funktionalitet för analys och uppföljning både på övergripande och på lokal nivå. Det förväntas underlätta arbetet med att använda avvikelser i det systematiska förbättringsarbetet.

Tabell nr. 17 Antal registrerade avvikelser från HändelseVis

Handlagda avvikelser	2023	2024	2025
Antal handlagda avvikelser i HändelseVis	14324	16481	18169
Antal handlagda externa avvikelser utanför HändelseVis	129	194	245
Antal externa vårdavvikelser i HändelseVis	709	834	816

Datakälla: Enligt EDIT (Platina) och HändelseVis (Flexite)

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det robusta sjukhuset

Det aktuella säkerhetspolitiska läget har medfört att totalförsvarsfrågor har aktualiserats i högsta grad där det civila försvaret spelar en avgörande roll.

En viktig del i det civila försvaret är att kunna verka över hela hotskalan – från fredstida kriser/katastrofer till krig. Det är en omfattande uppgift att

skapa ett robust sjukhus som kan verka oavsett händelse. Sjukvården i dess komplexitet måste rusta över hela linjen inklusive robusthet, kontinuitetsplanering, beredskapslager, krigsduglighet och tränad personal och ledningsstruktur. Beredskap är högprioriterad vilket lett till ökad involvering och stort fokus i sjukhusets ledningsgrupp (KLG) och finner allt större fokus i verksamheterna.



Regionledningskontoret (RLK) har under 2025 genomfört en organisationsförändring såväl regionalt som på de olika förvaltningarna för att stärka arbetet med kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Förvaltningsövergripande forum har bildats för samverkan mellan regionen och förvaltningarna samt mellan de olika förvaltningarna. Karolinskas Stab Säkerhet och Beredskap har under 2025 rekryterat en ny säkerhetschef. Vidare har en beredskapsöverläkare anställts sedan årsskiftet på sjukhuset som verkar som medicinskt ledningsansvarig inom katastrof- och beredskapsområdet samt ger stöd till befintlig beredskapsorganisation. För att aktualisera området ute i verksamheterna samt involvera samtliga medarbetare har det under 2025 skapats lokala beredskapsombud, ett arbete som fortgår under innevarande år. Dessa ombud utgör en länk mellan beredskapsorganisationen och verksamheten.

Karolinska har en Katastrof- och Beredskapskommittén i en något ändrad form under vilka ett flertal arbetsgrupper formeras. Under 2025 har en kartläggning gjorts för att identifiera gap som finns på Karolinska för att nå ett önskat läge för det robusta sjukhuset inklusive försörjningsberedskap. Det önskade läget baseras på MCF (tidigare MSB) riktlinjer för det robusta sjukhuset samt krav från Regionen. En arbetsgrupp har bildats med representation på chefsnivå från alla relevanta områden på Karolinska som rör det robusta sjukhuset och försörjningsberedskap. I gruppen deltar även beredskapssamordnare och beredskapsöverläkare.

Flertalet katastrofmedicinska övningar samt hot mot det robusta sjukhuset har genomförts under året med såväl interna samt med externa aktörer såsom polismyndigheten, säkerhetspolisen och Försvarmakten. Sjukhuset har medverkat i såväl lokala, regionala som nationella övningar under året. Adekvat, effektiv och samtränad ledning är en förutsättning för effektiv kris- och katastrofmedicinsk hantering.

Under året har Lokal Särskild Sjukvårdsledning (LSSL) genomgått ett flertal övningar och utbildningar. Samordnande ledning på Tema/Funktionsnivå är under uppbyggnad samt ett flertal ledningsövningar i kritiska verksamheter har genomförts. Dessa insatser har bidragit till att förbättra samordningen och effektiviteten i hanteringen av akuta situationer, vilket är avgörande för att säkerställa en hög kvalitet på vården i krissituationer.

Sammanfattningsvis har 2025 satt fokus på sjukhusets viktiga roll i det civila försvaret. Den nya organisationen såväl regionalt som på sjukhuset ger förutsättningar att fortsätta bygga ett robust sjukhus med vältränade och engagerade medarbetare med mål att stå rustade oavsett händelse.

Inför verksamhetsåret 2026 ska den nya organisationen verka, i samarbete med övriga beredskapsmyndigheter, för att ytterligare stärka Karolinskas viktiga roll i det civila försvaret.

Driftsäkerhet

Arbetet med att öka driftsäkerheten ingår i arbetet med det robusta sjukhuset. Det är ett mycket komplext uppdrag med många inblandade verksamheter både internt på Karolinska och externt i Regionen. Under 2025 har en kartläggning gjorts för att identifiera gap som finns på Karolinska önskade läget baseras på MCF´s (tidigare MSB) riktlinjer för det Robusta sjukhuset samt krav från Regionen m fl.

En arbetsgrupp har bildats med representation på chefsnivå från alla relevanta områden på Karolinska som rör det Robusta sjukhuset och försörjningsberedskap. I gruppen deltar även beredskapssamordnare och beredskapsöverläkare. Arbetsgruppen är representerad i Karolinskas Kris- och beredskapskommitté och uppdrag är bl a att vara samordnande i arbetet med kontinuitetshantering samt risk- och sårbarhetsanalyser. Arbeta pågår med kontinuitetshanteringsprocessen och synkronisering av kontinuitets- och åtgärdsplaner för alla inblandade verksamheter. Dessa utgör basen i arbetet med att stärka driftsäkerheten och för prioritering av åtgärder.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2026 fortsätter arbetet att stärka patientsäkerhetkulturen genom transparenta resultat för egenkontroller, patientsäkerhetsdialoger och uppföljning av sjukhusets handlingsplan för patientsäkerhet. Fokusområden 2026 och framåt:

- Tillgänglighet är ett fortsatt fokus 2026. Karolinska fortsätter sitt arbete att alla patienter ska få vård i rätt tid
- Patientmedverkan är prioriterat och Tema Cancers arbetssätt, med regelbundna möten med utsedda patientrepresentanter och ansvariga chefer, ska spridas inom hela sjukhuset.
- Kloka Kliniska val fortsatt fokus på kulturförändring, stöd till professionen och patientmedverkan
- Sjukhusets digitala patientenkät ska utvecklas för att bättre ta till vara patienternas åsikter och förbättringsförslag. Ett AI verktyg för behandling av fritextsvar är planerat.
- VRI är en av sjukhusets vanligaste vårdskador. Målet är att fortsatt minska andelen VRI under 2026. Temamånader, utbildningar och implementering av VRI Proaktiv- ett digitalt analysverktyg för monitorering av VRI. Fokus ligger på sepsis, kärlkateterinfektioner och postkirurgiska komplikationer.
- Regionens avvikelshanteringssystem, HändelseVis har kända svagheter avseende användarvänlighet. Under 2026 införs ett nytt avvikelshanteringssystem i regionen som förväntas underlätta analys och förbättringsarbeten
- 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.

BILAGA 1 med bilder

One-pager från barn PMI

Patientsäkerhet sommar 2025 Funktion Barn PMI

- En kort sammanställning av sommarens inrapporterade avvikelser

Händelser som fungerat extra väl

Ex-utero Intrapartum (EXIT). EXIT är ett av Karolinskas NHV-uppdrag och utförs mycket sällan. Planeringen runt dessa procedurer är mycket viktig, och i detta fall genomfördes proceduren mitt i sommaren, under jourtid och med flera involverade verksamheter. Samarbetet mellan dessa verksamheter fungerade mycket bra! Vill du veta mer om hur EXIT kan gå till? Titta på filmen → [EXIT Procedure - YouTube](#)

Händelser som utreds just nu

Avvikelsehandläggare (utöver OVC och SC)

BIVA/BIMA/LIVA: Starry B, Melissa J, Johannes J
ECMO: Emil K och Johan F
BUVA: Teresa W
Barnoperation S: Veronica S, Yenifer S
Barnoperation Q: Marie C, Tova H-H, Yvonne N
Barnoperation H: Matilda L och Hanna S
ITC: Mikael R

För att se alla Funktionens Lex Maria ärenden
[Avvikelser och Lex Maria - Funktion Barn PMI \(Inuti\)](#)

Avvikelser som inkommit

- › EEG uppkoppling
- › Operationsanmälningar och op-kort som inte är kompletta/felaktiga
- › Läkemedel som vanligen administreras i samband med procedurer kan vara kontraindicerade i särskilda fall

Varför är detta viktigt och vad finns det för rutiner?

- › EEG monitoreringen är mycket viktig både för diagnostisering och för att styra behandling. För att monitoreringen skall vara tillförlitlig måste vi vara noggranna med kontroller och registreringar samt se till så att elektroderna sitter på ordentligt, för att det ska gå att tolka EEG:t. EEG tolkas 2gg/dygn av specialister på Neurofyslab och för det behövs en remiss. [\(K25834\) EEG-uppkoppling med 9 elektroder \(Centuri\)](#)
- › Verksamheten på de olika operationsavdelningarna behöver planeras i god tid för ett optimalt och patientsäkert flöde. För att säkerställa detta hålls operationskonferenser där flera punkter skall stämmas av. [\(K13637\) Riktlinje Operationskonferens Barn PMI \(Centuri\)](#)
- › Barnonkologen påminner om att hos barn med nyupptäckta blodmaligniteter, särskilt leukemier som inte inlett behandling, bör man undvika att ge kortison i samband med anestesi/sedering (t ex för att förebygga illamående), då detta kan utlösa okontrollerat cellsönderfall av cancerceller med potentiellt allvarliga konsekvenser. Vid stark indikation för kortison (typ luftvägssvullnad), diskutera med ansvarig onkolog före administration.

Bild 1, sidan 11

Inom barn PMI har en one-pager skapats för att informera medarbetarna om aktuella händelser inom patientsäkerhet. Där tas ex. upp händelser som fungerat extra väl, händelser som utreds samt avvikelser som inkommit.

Dessutom finns där en kort kommentar om varför det är viktigt att just dessa moment och riktlinjer följs. Alla Avvikelsehandläggare finns också med om kontakt med dem behövs.

Informationsbrev månatligen inom Tema Hjärta, Kärl och Neuro



Här kommer information från OVA. Skicka gärna brevet vidare till dina/era medarbetare.

BHK-mätningar ska utföras varje månad (följs i Tableau). Viktigt att resultat och förbättringsåtgärder lyfts i medarbetargruppen.

Kontinuerligt: Patientenkät PREM skickas ut automatisk via 1177. Riskbedömningar av fall, trycksår, nutrition, urinretention och ARB inom slutenvården (visas i Tableau). Viktigt att resultat och förbättringsåtgärder lyfts i medarbetargruppen – involvera ansvarsområden!

Årets temamånader för tema HKN – det kan även finnas fler områden som belyses på din enhet.

Jan: Delaktighet	Juli: Paus -sommars
Feb: Levnadsvanor	Aug: Paus -sommars
Mars: Sömn	Sept: Patientsäkerhet
April: Fall	Okt: Elimination
Maj: Vårdhygien	Nov: Nutrition
Juni: Etik och reflektion	Dec: Trycksår

Här kan du läsa mer om årshjulet: [Årshjulet för kvalitet och patientsäkerhet](#) inom Tema HKN. Kommer att finnas information kopplat till våra fokusområden.

Vad är Vårdhandboken? [Vårdhandboken.se](#) innehåller nationella metoderna och riktlinjerna, är ett kunskapsstöd för verksamheter inom vård och omsorg i landets kommuner och regioner.

Vårdhandbokens innehåll uppdateras kontinuerligt och varje år revideras ämnen enligt en revideringsprocess och produktionsplan. [Pågående revideringar](#)

- [Hantering och tvätt av textilier](#)
- [Nefrostomi](#)
- [Gastroenterit](#)

Bild. 2 sidan 12

Inom Hjärta, Kärl och Neuro tas varje månad ett informationsbrev fram och skickas till samtliga medarbetare. Arbetet initierades inom Neuro och har successivt utvecklats till att omfatta hela temat. Syftet är att stärka kvalitet, utbildning och patientsäkerhet genom strukturerad och regelbunden informationsspridning.

Informationsbrevnen innehåller bevakning av uppdateringar i interna riktlinjer på Karolinska samt från Vårdhandboken, Vårdgivarguiden, Janus och andra relevanta kunskapskällor. Även nyheter från Socialstyrelsen, professionsföreningar och externa aktörer förmedlas när de bedöms vara till nytta för medarbetare och patienter/närstående.

Årshjulet från tema Hjärta, Kärn och Neuro

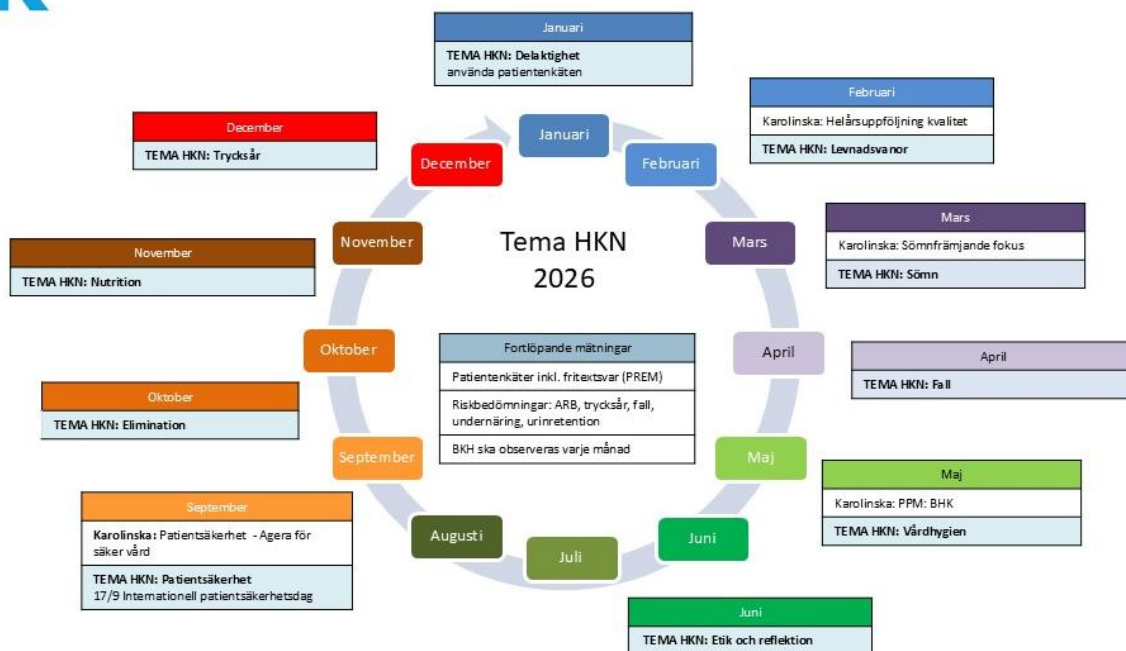


Bild. 3, sidan 13

Innehållet är kopplat till ett årshjul inom kvalitet och patientsäkerhet, vilket möjliggör tematiserad och planerad informationsspridning över året. Informationsbrevet är väl mottaget och bidrar till ökad delaktighet och kunskap för många i verksamheten.

Patientinformation på Tema Hjärta, Kärl och Neuro

Bild 4, sidan 15

Din säkerhet och delaktighet på sjukhus



Det som är viktigt för dig är viktigt för oss!
När du och dina närstående är delaktiga, bidrar ni till en säkrare vård.
Berätta om du har några speciella önskemål och ställ frågor om det är något du undrar över.



Skydda dig själv och andra mot smitta

- Tvätta och sprita händerna före måltid och efter toalettbesök.
- Meddela personalen vid kräkning eller diarré.
- Hosta och nys i armvecket.
- Du får gärna fråga om personalen har spirat händerna.



Den viktiga maten
Vid sjukdom kan man tappa vikt och muskler. Det ökar risken för fall och infektioner samt försämrar sårhäkning.
Ät gärna frukost, lunch, middag och mellanmål.



Förebygg fallolyckor
Be om hjälp om du känner dig yr eller ostadig när du ska gå upp.
Personal kan också hjälpa dig med olika hjälpmedel, ex halksockor eller gåbord.



Förebygg förstoppning
Vid vård på sjukhus är förstoppning vanligt.

- Rör på dig så mycket du kan.
- Drink ordentligt och ät fiberrik mat.
- Berätta för personalen, det finns läkemedel som hjälper.



Förebygg trycksår
Försök att röra dig och ändra läge i sängen ofta, även små rörelser gör stor nytta.



Dina läkemedel
Prata gärna med läkare eller sjuksköterska om du har frågor gällande dina läkemedel.



Innan du lämnar sjukhuset ska du få information om:

- Uppföljning av din vård och behandling.
- Vilka läkemedel du ska fortsätta med och recept för dessa.
- Vem du kan kontakta vid frågor.

Bild. 4

Som en del i att öka patienternas delaktighet har en patientinformation skapats med information om viktiga delar där patienten själv kan vara med att påverka, till exempel: vikten av gott näringsintag, fallförebyggande åtgärder och hygienrutiner.

Informationen kan antingen skrivas ut i stående A3 eller i liggande A4 som viks som en triangel. Informationen är framtagen av Tema Hjärta, Kärl och Neuro men är tillgänglig för hela sjukhuset att användas.

Bild 5 & 6 Förbättringstavla, Hjärta, Kärl och Neuro på sidan 15



Bild 5

På bilderna ses foto på tavlan samt informationen riktad till patienter och närstående.

Bild 6

Vårdavdelningen för neurokirurgi ingår i projektet Healthcare Frontline Innovation. Som en del av projektet används en Idétavla där medarbetare kan lämna idéer. Vi ser även patienter och närstående som en viktig del i utvecklingen av vårdavdelningen och har därför även satt upp en tavla för patienter och närstående i dagrummet.



Bild 7 Effekt av nya arbetssätt på Akutmottagningen Huddinge, sidan 25

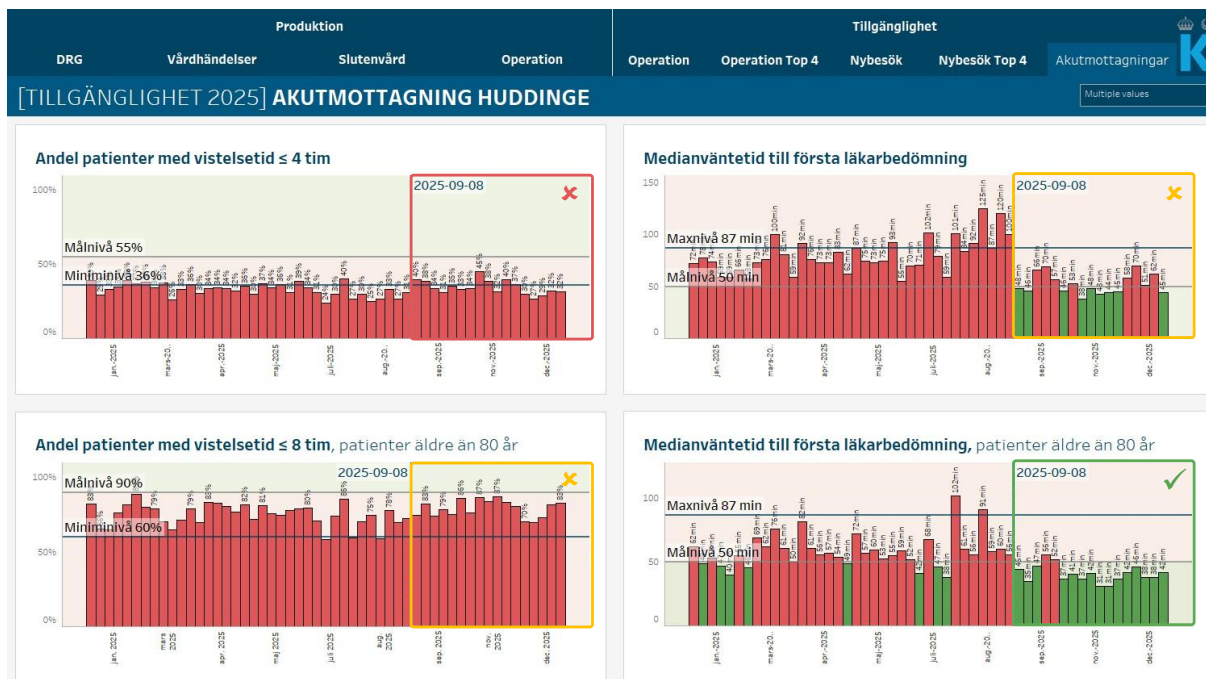
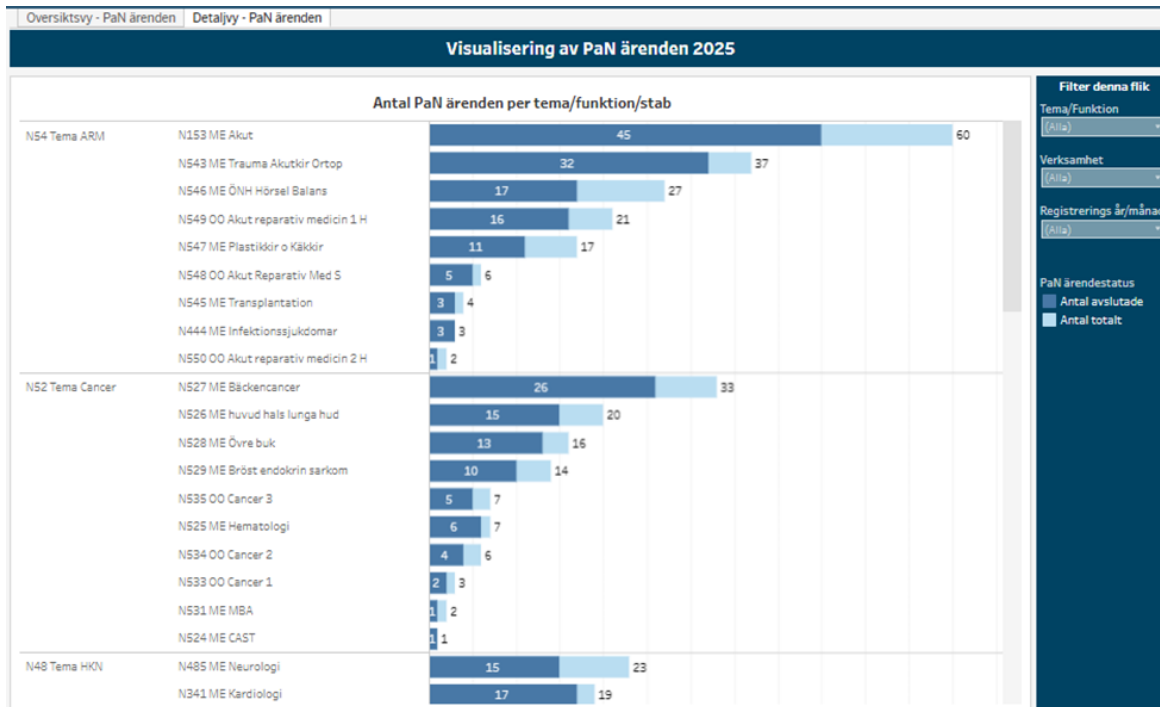


Bild 8 Visualisering av PaN ärenden under 2025, fördelat på ME/OO-nivå, på sidan 28



Datakälla: Enligt EDIT (Platina) visualiserat i Tableau

Bilaga 2, med tabeller

PREM enkäten med svar från Vårdnadshavare i öppenvården

Tabell nr. 1 (bilaga) Vårdnadshavare i öppenvården 2025

Fråga i enkät	Mycket bra/Alltid	Mycket bra & Ganska bra Alltid & Ofta
Helhetssyn	73,3%	91,5%
Information	63,6%	84,5%
Delaktighet	58,3%	72,5%

Datakälla: PREM enkät

Tabell nr 2 (bilaga) Barn öppenvård 2025

Fråga i enkät	Jättesnälla/Jättebra	Jättesnälla & Ganska snälla Jättebra & Ganska bra
Snällhet	80,7% (1 710 / 2 118)	95,5% (2 022 / 2 118)
Information/förklaring	64,4% (1 363 / 2 117)	90,0% (1 905 / 2 117)
Delaktighet/lyhördhet	72,9% (1 542 / 2 116)	90,7% (1 920 / 2 116)

Datakälla: PREM enkät

Tabell nr. 3 (bilaga) Barn SLV 2025

Fråga i enkät	Jättesnälla/Jättebra	Jättesnälla & Ganska snälla Jättebra & Ganska bra
Snällhet	83,4% (291 / 349)	97,1% (339 / 349)
Information/förklaring	65,0% (227 / 349)	93,4% (326 / 349)
Delaktighet/lyhördhet	74,8% (261 / 349)	92,6% (323 / 349)
Mat	37,6% (131 / 348)	73,9% (257 / 348)

Datakälla: PREM enkät

Tabeller för vårdnadshavare och barn med redovisade resultat från PREM-enkäten på sidan 14 och 15