

Patientsäkerhetsberättelse För Karolinska Universitetssjukhuset År 2024



Inledning

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

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



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Informationssäkerhet.....	7
Strålskydd	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
En god säkerhetskultur.....	9
Hållbart Säkerhetsengagemang.	9
Patientsäkerhet & psykologisk trygghet	10
Patientsäkerhetsdagar	10
Adekvat kunskap och kompetens	12
Utbildning i patientsäkerhet	12
Patienten som medskapare	13
Patientinvolvering	13
Nationell patientenkät (NPE)	13
Patientrapporterade utfallsmått (PROM)	14
Patientrapporterad upplevelse av given vård (PREM).....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Karolinskas handlingsplan	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Handlingsplan för vårdrelaterade infektioner (VRI).....	16
Exempel på aktiviteter: Åtgärds paket för Calici, Clostridier och kateterrelaterade urinvägsinfektioner	17
Sömnutbildning	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Vårdrelaterade infektioner (VRI).....	17
Anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB)	18
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	18
Höftfrakturer - andel patienter som opereras inom 24 timmar	19
Säker vård här och nu.....	22
Utlökaliserade patienter	22
Överbeläggningar	22
Oplanerad återinskrivning i slutenvård	23

Riskbedömningar.....	23
Stärka analys, lärande och utveckling	24
Vårdavvikelser i HändelseVis.....	24
Patientärenden.....	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	27

SAMMANFATTNING

Alla patienter som kommer till Karolinska Universitetssjukhuset ska känna sig trygga med att den vård de får är säker, av god kvalitet och utformad tillsammans med sjukhusets vårdpersonal. Det är viktigt att alla tar ansvar för patientsäkerheten. I början av året skedde en omorganisation där den centrala staben för patientsäkerhet avvecklades och ett tydligare ansvar för uppföljning fördes över till tema och funktioner.

Sjukhuset har en lokal handlingsplan för patientsäkerhet som baserar sig på ”Agera för säker vård”. Det är ett självskattningsinstrument och en hjälp att identifiera aktiviteter och förbättringar. Under året har verksamheternas patientsäkerhetsarbete följts upp vid patientsäkerhetsdialoger. Det finns en positiv utveckling med tydliga strukturer för uppföljning av avvikelser, implementering av patientsäkerhet i det dagliga arbetet och ökad patientmedverkan. Samverkan är ett ledord både inom sjukhuset och inom regionen; att med gemensamma resurser lösa uppkomna problem och utmaningar. Samverkan har varit sjukhusets arbetssätt för att öka tillgängligheten, minska köer och klara utmaningar under semesterperioder, tex samverkan inom regionen av förlossningsvården och samarbete med Ersta sjukhus inom kolorektalkirurgin. Samverkan med patient och närstående representanter för att utveckla arbetssätt och processer har ökat, ett exempel är en checklista för forskare över hur patient eller närstående kan involveras i de olika stegen i forskningsprocessen. Från idé till hur man sprider information om resultatet.

Sjukhuset har sedan 2022 en automatiserad digital patientenkät. Under 2024 svarade ca 108 700 patienter (barn, vuxna och vårdnadshavare) och ca 94% upplever vården som helhet som mycket bra eller bra. Fritextsvaren ger värdefull information i sjukhusets förbättringsarbete och handläggs av varje vårdenhet. Under 2025 planeras en sjukhusövergripande utvärdering av fritextsvaren med ett AI verktyg. Patientrapporterade utfallsmått (PROM) är viktig information i patientmötet. Patienterna skattar sin funktion, sin livskvalitet, sina symtom eller psykiskt och socialt välbefinnande. Samtliga specialiteter inom sjukhuset använder olika formulär för att utvärdera och följa upp vård och behandling.

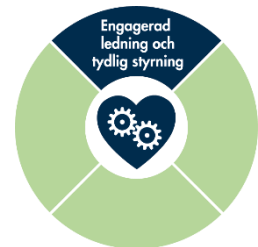
Karolinska universitetssjukhuset vårdar patienter med hög risk för vårdrelaterade infektioner (VRI). Antalet VRI följs kontinuerligt med det digitala Infektionsverktyget som mäter incidensen av antibiotikakrävande VRI. Andelen VRI inom slutenvården har minskat jämfört med tidigare år (4,9 % 2024, 5,3% 2023, och 5,9 % 2022). Sjukhuset har fokuserat på insatser mot undvikbara VRI såsom kateterrelaterade infektioner, postoperativa infektioner samt att tidigt upptäcka och förhindra utveckling av till exempel sepsis. En sjukhusgemensam handlingsplan mot VRI har tagits fram och ett självskattningsinstrument för att uppmärksamma risker och initiera evidensbaserade åtgärder har implementerats under året. Ett exempel är säsongsanpassade informationsmaterial om tex vinterkräksjukan. Användning av dessa inom geriatriken har förhindrat smittutbrott och stängningar av vårdplatser.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

På Karolinska Universitetssjukhuset ska alla patienter få en säker vård av bästa kvalitet. Sjukhusets inriktning är en vårdnära och datadriven styrning. 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 2024 har den centrala staben för Kvalitet och Patientsäkerhet avvecklats. Resurser för processutveckling har utökats inom Stab Produktion och ansvar för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet har tydliggjorts i linjen.

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.

Informationssäkerhet

Omvärldsläget har ökat behovet av en stärkt säkerhetskultur i samtliga samhällssektorer. Ny lagstiftning och föreskrifter inom området har lett till att ledningssystemet för informationssäkerhet har setts över för att anpassas till de nya kraven.

Under året har en organisationsförändring skett och avdelningen Informations- och IT-säkerhet har bildats inom Stab Teknik. Detta för att bättre kunna stötta Karolinskas verksamheter i det hållbara och systematiska informationssäkerhetsarbetet och skapa ett ökat säkerhetsmedvetande. Samverkan inom regionen och med övriga akutsjukhus har stärkts.

Strålskydd

Karolinska bedriver en omfattande patientverksamhet med joniserande strålning innefattandes röntgendiagnostik och -intervention, nuklearmedicinsk diagnostik och terapi, samt extern strålbehandling, brachy- och buckyterapi.

Exempel på uppnådda resultat under 2024:

- För verksamheter som använder röntgenutrustningar har åtgärder vidtagits för att förenkla och förbättra säkerheten för dessa verksamheter.
- Inom nuklearmedicinsk verksamhet har rutiner för berättigandebedömning (rätt indikation för undersökningen) harmoniserats med röntgenverksamhetens övergripande riktlinjer vilket förväntas minska riskerna för dubbla undersökningar och därmed större stråldos till patienten.
- Inom strålbehandlingsverksamhet med accelerators har rutinen för patientidentifiering förstärks vid förberedande verksamhet (CT, MR inför strålbehandling) efter incident med risk för sammanblandning av patienter

För mer detaljerad information hänvisas till sjukhusets strålsäkerhetsbokslut 2024 på INUTI, Centurinum: 11 212.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom sjukhuset och med kommuner

Sjukhuset har haft stort fokus på intern samverkan för att tillgängliggöra vårdplatser och förbättra flöden. Under 2024 har arbetet fortsatt med att minska antalet patienter som väntar på kirurgiska ingrepp. För att nå resultat måste flera enheter inom olika linjer på sjukhuset samordna sina insatser, allt från bokningen på väntelistan, planering av operationssal och vårdplats och schemaläggning. Trots period med konfliktåtgärder och minskad tillgång till personal ha operationsköerna minskats.

Ett gemensamt arbete för förbättrad tillgänglighet inom operation, vårdplatser på geriatriken, handläggning på akutmottagningen och röntgenavdelningen, har givit positivt resultat med ökad andelen patienten med höftfraktur som opereras inom 24 timmar.

Barnintensiven och ECMO har arbetat med att säkra övergångarna mellan ECMO-BIVA och vårdavdelning båda inom sjukhuset och till andra barnsjukhus.

Ett pilotprojekt startades i mars 2024 för att förbättra den preoperativa hanteringen av äldre patienter som skulle opereras för kolorektal cancer. Patienterna bedömdes av ett team bestående av kirurger, anestesiloger och geriatriker och tiden till operation användes för optimering (läkemedelsbehandling, nutrition, träning) samt anpassning av vården (t.ex. val av narkos, operationsmetod, enkelrum vid konfusionsrisk, förbereda utskrivningarna). Efter sex månader med goda erfarenheter beslutades det att

arbetssättet skulle permanentas och även utökas för sköra äldre patienter med gynekologisk och urologisk cancer.

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 slutna hälso- och sjukvård (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. Syftet är att förhindra förlängda vårdtider och bidra till tryggare och säkrare utskrivningar.

Enheten tillhandahåller stöd, kompetens och utbildningsinsatser, identifierar, kartlägger och följer brister och förbättringsområden (samverkan, utskrivningsprocessen). Under 2024 har fokus varit följande områden:

- en utökad och förbättrad samverkan med Stockholm Stad och Huddinge kommun
- förbättrad och förenklad funktionalitet i Lifecare SP
- granskning, kartläggning och uppföljning av ärenden i Lifecare SP som inte hanterats enligt rutin
- utbildningsinsatser (femton tillfällen har genomförts) för patientnära personal
- tre patientgrupper vars utskrivningsprocess ofta försvåras och försenas på grund av bristande eller avsaknad av samverkan med externa aktörer (ex. andra vårdgivare, kommun eller andra myndigheter) är ALS patienter, tillståndslösa och patienter som saknar egna medel/försäkringar.

Samverkan inom regionen

Inom regionen finns en särskild utsedd grupp som arbetar med patientsäkerhet, Regionala Samverkansgruppen Patientsäkerhet, RSG PS, vars funktion är att strategiskt planera patientsäkerhetsarbetet i regionen. RSG PS leds av Region Stockholms chefläkare och består av representanter från olika vårdgivare, varav Karolinska Universitetssjukhuset är en av dessa vårdgivare, samt tjänstemän från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Under sommaren 2024 samverkande regionens förlossningsenheter framgångsrikt för att minska riskerna för att någon enhet blev överbelastad och minska risken att behöva hänvisa födande utanför regionen. Under sommaren samarbetade sjukhuset med Ersta sjukhus inom kolorektalkirurgi så att Karolinska, trots ett kraftigt ökat remissinflöde, kunde erbjuda operationstider för cancerpatienterna.

Nationell samverkan

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

Det är 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 patienterna 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 till patienter från andra regioner.

Karolinska initierade 2023 möjligheten att ta emot digitala remisser från andra regioner och från 2024 gäller detta för hela sjukhuset. En digital hantering är både snabbare och säkrare för patienten.

Internationell samverkan

Karolinska modellen används sedan 2010 som en grund i vårt samarbete med andra regioner och sjukhus såväl nationellt som internationellt. Utgångspunkten är att vårda tillsammans. Modellen appliceras även på patienter från andra länder som vårdas på K.

För planerad vård av patienter från andra länder finns också en riktlinje som omfattar hela vårdprocessen, från förfrågan till uppföljning. Där tydliggörs ansvarshavande för varje del i processen, samt vilka moment som ingår i dessa delar. Samverkan sker med patienter, försäkringsbolag och andra vårdgivare för att säkerställa informationsflödet till och från alla parter före, under och efter besök/behandling. Avtal tecknas för varje vårdtillfälle mellan Karolinska och patient/annan finansiär. Planerad vård av patienter från andra länder administreras centralt av en egen enhet, för att underlätta och förbättra samverkan internt och externt.

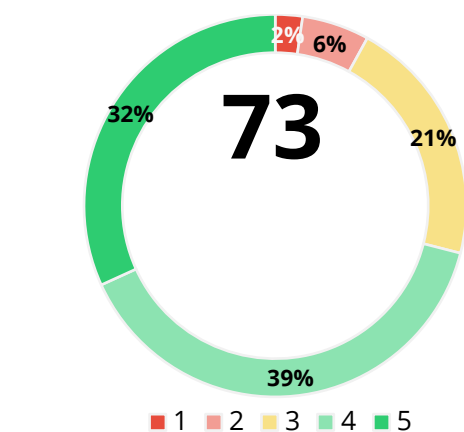
För de patienter från Island som kommer till Karolinska för vård enligt avtal med Isländska Försäkringskassan, finns i avtalen reglerat hur kommunikation och samverkan före under och efter vården ska ske, för att säkerställa att all relevant information överförs.

En digital patientplattform har under 2024 införts för att säkerställa att samverkan med och kring internationella patienter blir säkrare och snabbare. Plattformen används både för kommunikation med patient och/eller annan extern part, samt för kommunikation internt kring patientärenden.

Utländska patienter som läggs in akut administreras av verksamheterna själva.

En god säkerhetskultur

Hållbart Säkerhetsengagemang.



HSE Index

Bild nr.1 HSE index för 2024



-HSE index (hållbar säkerhet engagemang) mättes i samband med den årliga medarbetaundersökningen. Det sammanlagda indexvärdet var 73 vilket var oförändrat jämfört med 2023. Förbättringsområden är att ännu tydligare följa upp avvikelser och åtgärdsplaner samt att göra riskbedömningar och därmed öka tryggheten när

Hur väl stämmer följande påståenden gällande HSE (Hållbart Säkerhets Engagemang)?

Engagemang:

	2024	2023	ORG	HAR ÅSIKT
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	4 8 26 36 26 3,7 3,7 3,7 99%			
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	2 5 22 43 28 3,9 3,9 3,9 99%			
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	2 7 25 40 26 3,8 3,8 3,8 99%			
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	4 10 29 34 22 3,6 3,6 3,6 99%			
Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	2 9 39 50 4,4 4,4 4,4 99%			
Jag vågar prata om mina misstag	12 10 38 49 4,3 4,4 4,3 99%			
Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	2 4 14 37 43 4,2 4,2 4,2 99%			
På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	2 6 27 44 21 3,8 3,8 3,8 98%			
På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	3 7 27 41 22 3,7 3,7 3,7 97%			

Bild nr.2 Frågor från kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö 2024 (KOSA). Stärka samarbete och samverkan med andra verksamheter

Patientsäkerhet & psykologisk trygghet

Organisationskulturen ska på sikt präglas av större psykologisk trygghet och öppenhet. Öppenhet motverkar tystnad och stärker patientsäkerheten på Karolinska Universitetssjukhuset

Sjukhuset startade ett partsgemensamt arbete våren 2024 med syfte att motverka tystnad i organisationen och främja en arbetsmiljö som präglas av tillit och öppenhet. Värdet att utveckla en arbetsmiljö som präglas av psykologisk trygghet där alla välkomnas att bidra genom att lyfta sina tankar, åsikter och att påtala risker kommer att främja ett sunt och utvecklande arbetsklimat med tydlighet kring värderingarna ansvar, medmänsklighet och helhetssyn som stärker patientsäkerheten

Arbetet är en långsiktig satsning som kommer att vara en del av verksamhetens planeringsarbete där systematisk uppföljning av de insatser som görs sker årligen via sjukhusets Kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (KOSA) samt HSE. Inom flera verksamheter (tex Barn, Infektion och Kvinnosjukvård) har ett strukturerat arbete med utbildningsdagar och inletts för att stärka psykologisk trygghet

Patientsäkerhetsdagar

Världshälsoorganisationen, WHO, har den 17 september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. 2024 var temat "Diagnostisk säkerhet". På Karolinska uppmärksammades två projekt inom medicinsk diagnostik. Ett projekt inom mikrobiologi med syfte att minska vårdrelaterade infektioner genom ett verktyg som ger "early alerts" på vårdenhetsnivå. Ett nationellt projekt, Nationell QC, där ett samarbete med landets alla regioner och leverantörer av röntgensystem ska förbättra och effektivisera kontrollprogrammen.

Den regionala patientsäkerhetsdagen inföll den 6 mars 2024. och var ett välbesökt event. Karolinska deltog med 15 posters, 4 seminarier och 1 workshop.

Boo Vårdcentral, SLSO, och Astrid Lindgrens Barnsjukhus prisades för ett förbättringsarbete med rubriken ”Patienter och läkare samskapar för säkrare vård genom safety-netting”. Sjukhusets handlingsplan ”Agera för säker vård” och självskattningsinstrument, lyftes också på patientsäkerhetsdagen och den presenterades även på Socialstyrelsens patientsäkerhetsdag den 9 september.

Patientsäkerhetsdialoger

Under året har dialoger genomförts med ledningarna för teman och funktioner. Utgångspunkten för dialogen har varit sjukhusets handlingsplan för patientsäkerhet, den självskattning som utfördes 2023 och uppföljning av valda aktiviteter. Tydliga strukturer för uppföljning av avvikelser, implementering av patientsäkerhet i det dagliga arbetet och ökad patientmedverkan har varit återkommande förbättringsområden som verksamhetens valt att fokusera på.

Exempel på initiativ som kan spridas och användas av andra på sjukhuset

- Kommunikationsmaterial i form av en månatlig ”One pager” från patientsäkerhetsrådet
- Läkemedelsminuten: kort skriftlig information om viktiga läkemedelsrisker
- Högriskmottagningen: samverkan inför operation av sköra äldre
- Trygghetsvandring: hur upplevs våra lokaler och rutiner inför operation

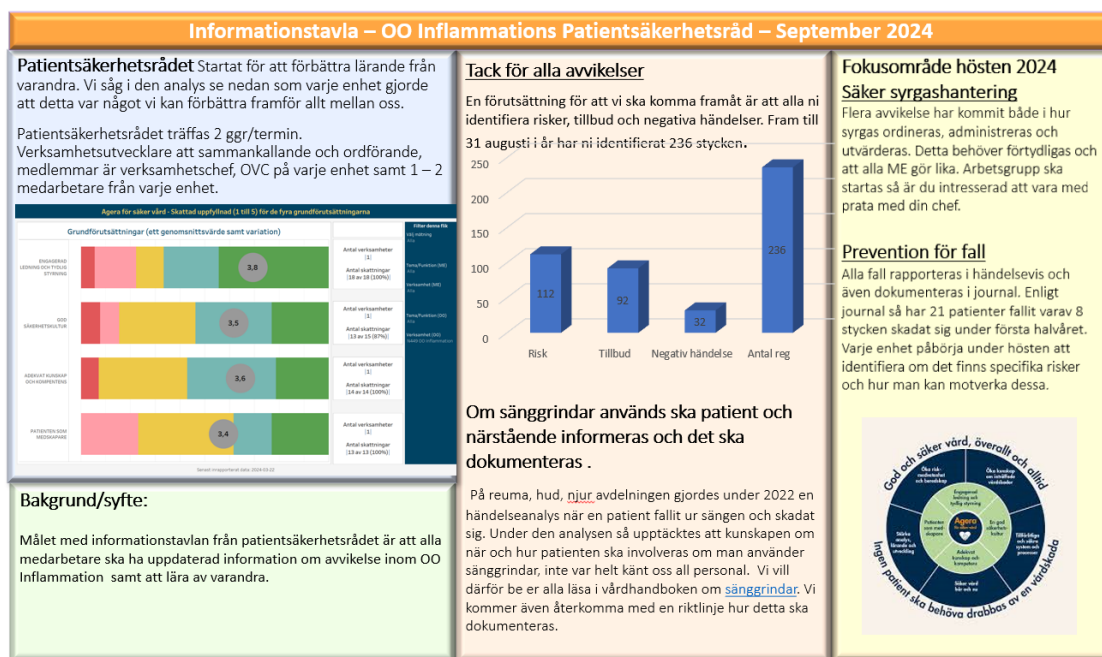


Bild nr.3” One pager” från Patientsäkerhetsrådet

Sammanfattningsvis har arbetet med handlingsplanen stimulerat lokala diskussioner, medvetandegjort det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidragit till en förbättrad säkerhetskultur. I början av 2025 planeras en ny självskattning och senare under året uppföljning av enheternas valda aktiviteter.

Adekvat kunskap och kompetens

Utbildning i patientsäkerhet

Utbildning i patientsäkerhet ingår sjukhusets allmänna introduktionsprogram.

Ett särskilt behov av riktad information om patientsäkerhet till chefer har identifierats och under året har en anpassad utbildning i Händelseanalys hållit för chefer med mål att förbättra utredningarnas kvalitet och förkorta ledtiderna.

Behörighetkopplad utbildning i Händelseanalys och NITHA verktyget genomförs fyra gånger per år för analysledare. Under 2024 har 44 nya analysledare utbildats. 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.



Kompetensförsörjning, dimensionering och schemaplanering

Under 2024 minskade andelen inhyrd personal kraftigt. Att bemanna med egen personal stärker patientsäkerheten.

Kompetensstegar

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

Under 2024 har Karolinska genomfört ett omtag för chefer avseende användning av Regionens framtagna mallar för kompetensbedömning för yrkesgrupperna: Sjuksköterskor, Sjukhusfysiker, BMA, Lab Ingenjörer och BMA inom fysiologilaboratorie. Arbetet har också innefattat en kalibrering av hur vi bedömer reell kompetens inom respektive grupp.

Utöver detta har ett arbete genomförts tillsammans med andra aktörer i Regionen avseende en utvärdering av kompetensstegarna och Heroma kompetens samt de stödfiler som finns för dessa områden. Regionalt har detta bidragit till en lathund för vad som ska inkluderas i kompetensarbetet samt en instruktion om hur man som chef arbetar med detta område.

Skyddad yrkestitel för undersköterskor

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

2023 infördes skyddad yrkestitel för undersköterskor. Arbetet med validering av formell kompetens har fortsatt och under 2024 har 563 undersköterskor uppnått formell kompetens. Under 2025 kommer ett arbete med kompetenshöjande insatser att genomföras för att ytterligare stärka undersköterskorna i sin yrkesutövning.

Schemaplanering och dimensionering

För att möjliggöra god vård, främja forskning och utbildning har gemensamma och harmoniserade arbetssätt för schemaplanering tvärs sjukhuset utarbetats. Bemanning och schemaläggning ska alltid ske utifrån kompetenssätt och fastställd produktionsplan.

En del av arbetet handlar om att arbeta strategiskt med bemanningsplanering och schemaläggning. Detta görs bland annat genom att fokusera på rätt kompetens på rätt plats vid rätt tillfälle samt schemaplanera

FoU och andra aktiviteter som inte är patientvård samt att följa upp att tid avsätts för forskning och utbildning

Dimensioneringen är en sjukhusgemensam process som beskriver vilket behov av personalresurser vi behöver för att nå vårt produktionsuppdrag. Dimensioneringen ska hjälpa chefer att schemalägga effektivt för att möta produktionsplanen.

På sikt är målet att länka dimensionering och schemaläggning så att gränssnittet är så sömlöst som möjligt.

Patienten som medskapare

Patientinvolvering

Under året har fortsatt dialog skett med sjukhusets Strategiska patient- och närstående råd för att få ett patient- och närståendeperspektiv på strategiska frågor. En utbildning av patientrepresentanter har genomförts. Den inkluderade information om sjukhusets organisation och styrning, patientsäkerhet och kvalitetsuppföljning samt goda exempel på hur patient- eller närstående kan delta i vårdenheternas utvecklingsarbeten. Under året har rådet och de nya utbildade patientrepresentanterna, tillsammans med FOUU staben och enheten för mikrobiologi, tagit fram ett informationsmaterial och checklista över hur patient eller närstående kan involveras i de olika stegen i forskningsprocessen. Från idé till hur man sprider information om resultatet.



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.

En viktig del av detta arbete har varit etableringen av ett patientnätverk, som skapar ett forum för erfarenhetsutbyte och samverkan mellan patientrepresentanter från olika verksamhetsområden inom Karolinska CCC, inklusive Tema Cancer, Tema barn, Neurocentrum och Cancer Research KI. Nätverket träffas minst två gånger per termin och arbetar med prioriterade frågor tex förebyggande insatser och förståelse av sjukdomsmekanismer, behandling, uppföljning och rehabilitering. Nätverket har också en viktig roll i att stimulera patienters deltagande i forskning, kliniska studier och utveckling av behandlingar.

Nationell patientenkät (NPE)

Under 2024 genomfördes den nationella patientenkäten inom akutsjukvården. Undersökningen genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och från Karolinska Universitetssjukhuset deltog 2316 patienter. Svarsfrekvensen var 30,2%.

Det övergripande resultatet för Karolinska är jämförbart med riket som helhet och som genomsnittet för Region Stockholm. Resultatet är förbättrat inom samtliga dimensioner jämfört med föregående mätning som var 2022 (NPE görs vartannat år). Barnakuten i Huddinge samt Akutmottagningen Öron Näsa Hals i Huddinge har mest nöjda besökare.

Tabell nr.1 Resultatets dimensioneringar för nationell patientenkät för akutmottagningar

Kategori	2022	2024
Helhetsintryck	79,0	82,7
Emotionellt stöd	75,6	78,4
Delaktighet och involvering	78,1	79,4
Respekt och bemötande	81,6	83,7
Kontinuitet och koordinering	77,6	78,3
Information och kunskap	67,2	69,0
Tillgänglighet	83,7	87,2

Patientrapporterade utfallsmått (PROM)

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

Samtliga specialiteter inom sjukhuset använder olika formulär för att utvärdera och följa upp vård och behandling. Formulär skickas ut från sjukhuset via en regional plattform kopplad till 1177, eller via kvalitetsregister eller andra plattformar. I regionens formulärtjänst har Karolinska samlat in ungefär 19 000 enkäter som utvärderar patientens hälsa, funktion och livskvalitet efter vård och behandling under 2024. Bland de vanligaste formulären återfinns formulär efter cancerbehandling, livskvalitetsformulär samt depressionsskattningsskalor.

Patienterna vid Tema Cancer har sedan flera år rapporterat PROM som används som underlag vid kartläggning, behovsbedömning och samtal kring patientens behov efter avslutad behandling. Tema Cancer har hittills skickat ut över 8 000 hälsoskattningar, och dessa ligger till grund för den rehabiliteringsbedömning som kontaktsjuksköterskan gör tillsammans med patienten. Data visualisera på gruppnivå (cancerdiagnos) upp till temanivå och ligger till grund för planering av vilka resurser patientgrupperna behöver. Patient-rapporterad symptomkontroll används under perioder då patienter får intravenös onkologisk behandling för att bedöma biverkningar. Patienten får frågeformuläret utskickat två dagar innan nästa behandling via Alltid Öppet. Om laboratorieprover och eller patientens symtom föranleder ändrat behandlingsprotokoll kan det planeras inför besöket.

Patientrapporterad upplevelse av given vård (PREM)

En viktig del i patientmedverkan är att patienter och närstående på ett enkelt sätt kan återkoppla sina erfarenheter till vården (PREM - Patient Reported Experience Measures). Enkäterna går sedan 2022 ut automatiskt efter besök på mottagningen eller efter ett slutenvårdstillfälle och patienterna ges möjlighet att återkoppla via 1177 på dator eller mobiltelefon. Metoden utvecklas ständigt och under 2024 har patienter som vårdats inom intensivvården getts möjlighet att besvara en enkät.

Tabell nr.2 Resultat från patientenkät 2024. Totalt antal svar: 98 816 (år 2023 108 831 svar, resultat inom parentes)

Fråga i enkät	Mycket bra / Ja, helt och hållet	Bra & Mycket bra Ja, helt och hållet & Ja, i stort sett
Helhetssyn	77% (77%)	94% (94%)
Information	70% (70%)	92% (92%)
Delaktighet	66% (66%)	85% (86%)

*Hur upplevde du vistelsen/besöket som helhet?

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

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

Under året har en djupare analys gjorts av resultatet från de automatiskt utskickade PREM enkäterna, bland annat har svarstiden analyserats. I analysen av de som svarat under 2023, visar det sig att 83% av de vuxna svarar samma dag som enkäten skickas ut och 92% har svarat inom en vecka. När det gäller barn svarar 80% av barnen eller deras vårdnadshavare samma dag och 89% inom en vecka. Detta gör att enkäterna fungerar som en realtidsindikering av hur enheten mår.

Resultatet av svaren presenteras med sjukhusets visualiseringsverktyg Tableau. Där finns resultat på enhetsnivå och aggregerat på sjukhusnivå. Enkäten innehåller även fritextsvar som går direkt till vårdenheterna. Flera enheter har påbörjat att systematiskt utvärdera fritextsvaren som är värdefulla i vårt förbättringsarbete. Under 2025 planeras en sjukhusövergripande utvärdering av fritextsvaren med ett AI verktyg.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Karolinskas handlingsplan

Med den nationella handlingsplanen som grund har sjukhuset arbetat fram ett självskattningsinstrument för alla verksamheter. Syftet med handlingsplanen och instrumentet är att fungera som ett hjälpmedel i patientsäkerhetsarbetet genom aktiviteter som syftar till att vara kunskapshöjande, belysa patientsäkerhetsfrågor, medvetandegöra vad som är patientsäkerhet och aktualisera detta i det dagliga arbetet.

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. Varje verksamhetschef har självskattat sin verksamhet och valt ut 4–8 prioriterade aktiviteter att arbeta extra med under året.

Under patientsäkerhetsdialogerna som varit mellan chefläkare och verksamhet har självskattningen använts som underlag till diskussion.

Via Tableau finns det möjlighet att ta ut en rapport, som ger som ger en översikt över resultatet av arbetet med instrumentet:

- Aggregerar data inom organisationen
- Möjliggör lärande mellan olika enheter
- Tillgängliggör information för ledningsgrupper på alla nivåer – från sjukhusledning till vårdenheter
- Gör resultat tillgängliga för alla

Den digitala rapporten är särskilt värdefull på sjukhus- och temaledningsnivå och fungerar som ett kommunikationsverktyg för att lyfta patientsäkerhetsfrågor. För verksamheter som använder instrumentet blir det enkelt att jämföra, utbyta erfarenheter och lära av varandra. Om en enhet exempelvis markerat sig som "grön" i ett område, kan andra ta kontakt och diskutera deras arbetssätt.

En viktig framgångsfaktor i arbetet har varit att ledningen har initierat och stöttat arbetet med både den lokala handlingsplanen och självskattningsverktyget.

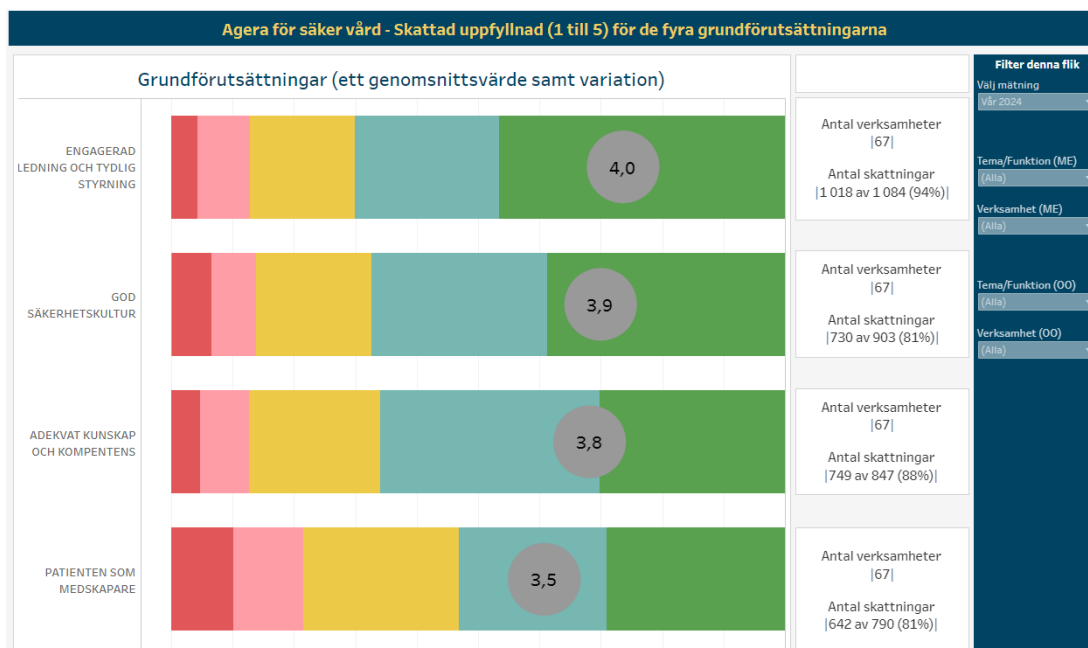


Bild nr.4 Skattad uppfyllnad för de fyra grundförutsättningarna för hela sjukhuset

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Handlingsplan för vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner (VRI) utgör en stor del av alla vårdskador på Karolinska Universitetssjukhuset. För de patienter som drabbas innebär det ofta inte bara fysiskt lidande, utan också förlängd vårdtid, vilket medför både personliga och samhällsliga kostnader. Därför är det av yttersta vikt att arbeta förebyggande och effektivt för att minska förekomsten av VRI.

Under hösten 2024 implementerade sjukhuset en handlingsplan med målet att minska förekomsten av VRI:er. Handlingsplanen följer strukturen som finns i Kunskapsstyrningen Vägledning för vårdhygieniskt arbete och innefattar en rad aktiviteter, men är även tänkt som en strategi för att tydligt definiera de viktigaste insatserna i arbetet med att förebygga infektioner. Den ger vägledning för hur sjukhuset ska hantera identifierade risker och säkerställer att arbetet sker på ett enhetligt och effektivt sätt. Dessutom syftar handlingsplanen till att beskriva ansvar och forum för kommunikation mellan olika aktörer. Genom kontinuerlig uppföljning och utvärdering av handlingsplanen kan insatser justeras vid behov. Då handlingsplanen nyligen implementerades återstår uppföljning och utvärdering av materialet. Aktiviteter under året beskrivs i Vårdhygien Stockholms verksamhetsberättelse 2024 se bilaga.

I tillägg till handlingsplanen finns en lista på evidensbaserade aktiviteter som minskar risken för VRI. Denna handlingsplan är ett komplement till Karolinska Universitetssjukhusets plan för patientsäkerhet Agera för säker vård och är framtagen av en sjukhusgemensam arbetsgrupp med medarbetare från sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsnätverk tillsammans med Vårdhygien Stockholm.



Exempel på aktiviteter: Åtgärdspaket för Calici, Clostridier och kateterrelaterade urinvägsinfektioner

Medicinsk enhet Åldrande tillsammans med vårdhygien har tagit fram åtgärdspaket som regelbundet presenteras och diskuteras inom slutenvården, både inom omvårdnadsgruppen och i läkargruppen. Åtgärdsapaketen innehåller information om vårdprogram, smittvägar, symtom att vara uppmärksam på, diagnostisering, checklistor, lokala rutiner, vårdhygien, städrutiner, utbildningar, arbetssätt etc. Syftet är att minska vårdrelaterade infektioner och minska risken för att vårdplatser behöver stängas vid smittoutbrott.

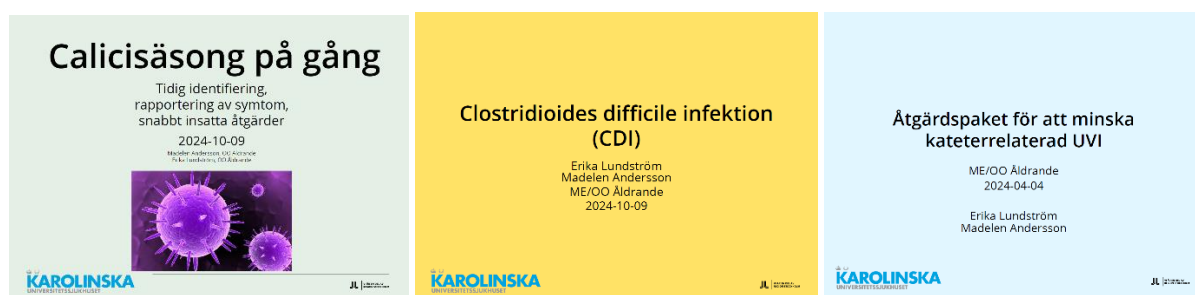


Bild nr.5 Bundle från Tema Åldrande

Sömnutbildning

Sömn är ett basalt behov som har avgörande betydelse för patientens återhämtning. Många patienter lider av sömnbrist under vistelsen på sjukhus. Att arbeta strukturerat med sömnfrämjande åtgärder är således viktigt för att säkerställa en patientsäker vård.

Väck sömnen till liv – ett implementeringsprojekt för ökad kunskap om patientens sömn påbörjades inom Tema Hjärta-, Kärn-, Neuro (HKN) 2020. Kunskapen om sömnens betydelse var bristfällig liksom dokumentationen av patienternas sömn. Riktlinjer för sömnfrämjande åtgärder, sömndagbok till patienterna samt en digital sömnutbildning för vårdpersonal har tagits fram och har implementerats på temat. Under 2024 introducerades utbildningen och materialet inom hela sjukhuset.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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.

Jämfört med 2023 har förekomsten av VRI minskat något och det finns en positiv trend över tre år. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är de som klassas som ”annan vårdrelaterad infektion” (1,3%), yttlig postoperativ infektion (0,8%), vårdrelaterad sepsis (0,6%) samt lunginflammation (0,6%). Fördelningen mellan infektionerna överensstämmer mot tidigare år.



Tabell nr.3 Vårdrelaterade infektioner

Mål 2024 < 5,1%*	2022	2023	2024
Kvinnor	5,6%	4,9%	4,5%
Män	6,2%	5,6%	5,5%
Totalt	5,7%	5,3%	4,94%

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

Valideringar av hur infektionerna registreras i TakeCare i samband med antibiotikaordination har genomförts inom samtliga verksamheter på sjukhuset. Av de 403 antibiotikaordinationer som har granskats, har det gjorts ett korrekt val av infektion i 70% av fallen. Utbildning och information om definitionen av VRI har initierats och under 2025 planeras två valideringar för att förbättra uppföljningen. Ett komplement till infektionsverket är VRI proaktiv. Detta system med algoritmer som fångar data från sjukhusets provtagning och journalsystem påvisar VRI och kirurgiska komplikationer. Efter en fördröjning planeras nu implementering under 2025.

Anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB)

För att minska risken för spridning av resistenta bakterier (ARB) finns regionala handlingsprogram till exempel för patienter med ökad risk för multiresistenta bakterier (Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA)). Följsamheten till handlingsprogrammet mäts regelbundet och 2024 har regionen gått över från punktprevalensmätningar till kontinuerliga automatiserade mätningar. Karolinska utvecklade metoden sent under hösten 2024, och validering har delvis genomförts. Vid automatisk uppföljning är definitionen ”Andelen patienter med risk för MRSA vid inskrivningen med dokumenterad provtagning”. Då rapporten även fångar historiska data, redovisas de senaste åren som jämförelse mot PPM-mätningen.

Tabell nr.4 Andel korrekt handlagda patienter

Årtal	2022	2023	2024
Andel patienter med risk för MRSA vid inskrivning med dokumenterad provtagning	45,8%	47,2%	47,3
Andel korrekt handlagda patienter enligt handlingsprogrammet	64,4%	60,6%	N/A

Andel korrekt handlagda patienter enligt handlingsplan följs inte under 2024

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. Följsamheten följs upp vid minst två tillfällen per år.

Resultaten från punktprevalensmätningarna visar att det totalt sett har skett en tydlig förbättring av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler från 2023 till 2024. Det var framför allt ett bättre resultat hösten 2024 med 70,2% korrekt. Det är fortsatt så att det största förbättringsutrymmet finns inom handdesinfektion före och efter patientkontakt.

Tabell nr.5 Följsamhet till BHK

Utfall	2022	2023	2024
Följsamhet till BHK (alla åtta steg rätt) vid punktprevalensmätning (2ggr / år)	66,7%	67,7%	69,2%

Aktiviteter under 2024

En handlingsplan för vårdhygien och vårdrelaterade infektioner har tagits fram. Arbetet har skett i en sjukhusövergripande arbetsgrupp tillsammans med enheten Vårdhygien. Handlingsplanen är huvudsakligen inriktad på sjukhusövergripande aktiviteter och ska ses som ett komplement till Handlingsplanen för patientsäkerhet.

Den 5 maj uppmärksammades Handhygienens dag med fokus på informationsspridning och kunskapsökning.

Ett åtgärds paket för att förhindra spridning av vinterkräksjuka är framtagen utifrån ett arbete gjort inom Åldrande. Åtgärds paketet har visat sig vara framgångsrikt hos dem, då de inte behövt stänga vårdplatser pga. vinterkräksjuka under föregående säsong. Åtgärds paketet är spridit genom många olika kanaler.

Ett stort arbete har gjort med en översyn av klädreglerna på operation. Arbetet har skett i flera tvärprofessionella arbetsgrupper och tillsammans med vårdhygien.

Vårdrelaterad legionella kan undvikas om ett systematiskt förebyggande arbete görs. Då Karolinska har flera olika förvaltare av de sjukhusbyggnader som vi har verksamhet i, finns det olika avtal. Under året har ett omfattande arbete gjorts med att ta fram ett dokument om ansvar och åtgärder för att minska spridning av vårdrelaterad legionella.

Aktiviteter under 2025

Att motverka VRI kommer fortsatt att vara ett av sjukhusets huvudfokus enligt sjukhusets handlingsplan.

- Öka kunskap och tillgängliggöra information på sjukhusets intranät, tex med 10 VRI-åtgärds paket, samlad information om luftburen smitta.
- Implementera VRI Proaktiv inom sepsis, CVK infektioner och postoperativa komplikationer

Höftfrakturer - andel patienter som opereras inom 24 timmar

Tidig operation av patienter som drabbats av höftfraktur är viktigt för att motverka komplikationer. Ett gemensamt arbete för förbättrad tillgänglighet inom operation, vårdplatser på geriatriken, handläggning på akutmottagningen och röntgenavdelningen, har givit positivt resultat med ökad andelen patienten med höftfraktur som opereras inom 24 timmar.

Tabell nr.6 Antalet patienter som opererats för höftfraktur inom 24 timmar efterankomst

Årtal	2022	2023	2024
Samtliga patienter som inkommit till sjukhuset/akutmottagning på grund av höftfraktur och opererats	315	374	298
Antalet patienter som inkommit till sjukhuset/akutmottagning på grund av höftfraktur och som opererats inom 24 timmar efter ankomst	195	265	247
Andelen patienter med höftfraktur som opererats inom 24 timmar efter ankomst, %	62%	71%	83%

Patologiska och traumatiska höftfrakturer är exkluderade från siffrorna

Trycksår, fall och undernäring

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

Trycksår

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 riskbedömningar, andelen insatta åtgärder och andelen patienter som utvecklar trycksår följs kontinuerligt via en Tableau-rapport. Andelen riskpatienter med insatta åtgärder har successivt ökat och andelen patienter som utvecklar trycksår ligger på oförändrad låg nivå.

Tabell nr.7 Kontinuerlig mätning av trycksår år 2022–2024

År	2022	2023	2024
Antal vårdhändelser	52 941	53 327	67 943
Andel patienter med riskbedömning för trycksår inom 24 timmar, %	80,5%	85,1%	82,6%
Andel patienter med risk för trycksår, %	17%	16,2%	16,9%
Andel riskpatienter eller patienter med trycksår, med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	74,5%	75,7%	76,6%
Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre inklusive A (ej klassificerbart trycksår) och B (misstänkt djup hudskada), %	0,6%	0,6%	0,4%

Fall

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

En patients risk för att falla under vårdtiden behöver bedömas vid inskrivning samt i samband med förändringar i hälsotillståndet. Vid behov sätts förebyggande åtgärder in. Följsamheten till denna riktlinje följs via en kontinuerlig rapport.

Tabell nr. 8 Kontinuerlig mätning av fall år 2022–2024

År	2022	2023	2024
Antal vårdhändelser	50 696	50 946	51 510
Andel patienter med riskbedömning för fall inom 24 timmar, %	81%	84,7%	83,1%
Andel patienter med risk för fall, %	32,5%	32%	30,9%
Andel riskpatienter för fall med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	73%	75,4%	75%
Andel patienter som fallit, %	1,4%	1,2%	1,1%
Andel patienter som fallit och som skadat sig vid fallet, (av de som fallit) %	23%	24,2%	20,3%

Andelen riskpatienter med insatta åtgärder är väsentligen oförändrade jämför med tidigare år men andelen som skadar sig vid fallet har minskat.

Under året har en fördjupad analys av de patienter som ådrog sig en skada i samband med ett fall under 2023. Det året var det dokumenterat 183 händelser av fall med skada. 100 av dessa händelser har journalgranskats. De flesta patienterna röntgades efter fallet (78%) och några behövde opereras (4 personer). Tio procent av patienterna fick förlängd vårdtid, en av dem på högre vårdnivå.

Nutrition

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.

Nära hälften av patienterna som riskbedöms har vid inskrivningen risk för undernäring och det leder bland annat till en högre risk för komplikationer, nedsatt välbefinnande hos patienten och förlängda vårdtider. Målet är att så många som möjligt ska vara riskbedömda inom 24 timmar efter inskrivningen och ha relevanta åtgärder insatta. Andelen riskbedömda inom 24 h har sjunkit något.

”Digimål”

Under 2024 infördes digital måltidsbeställning på Karolinska; ”Digimål”

I ett samarbete mellan Signatur by Coor och Karolinska har under våren 2024 digital måltidsbeställning implementerats på 18 vårdavdelningar i Solna. Den digitala måltidsbeställningen innebär att vårdpersonalen använder en surfplatta för att ta upp måltidsbeställningar från patienter inne på patientrummet. Beställningen går sedan digitalt till måltidsvärden i vårdavdelningsköket som får ut en beställning via en skrivare och därefter kan börja duka upp måltiden. Den digitala måltidsbeställningen innebär att vårdpersonalen har tillgång till maträttens namn, ingredienser och energiinnehåll. Detta innebär att patientsäkerheten vid beställning ökar och risken för felbeställningar utifrån matpreferenser, energibehov, överkänslighet och allergier minskar. Det digitala beställningssystemet har bidragit till att matsvinnet minskat med 10–16 % 2024 jämfört med 2023.

Tabell nr. 9 Kontinuerlig mätning av riskbedömning och risk för undernäring år 2022 - 2024

År	2022	2023	2024
Antal vårdhändelser	51 433	50 946	62 704
Andel patienter med riskbedömning för undernäring inom 24 timmar, %	65%	72,2%	68,3%
Andel patienter med risk för undernäring, %	49%	47,1%	45,9%
Andel riskpatienter för undernäring med dokumenterade aktiviteter/åtgärder, %	74%	75,4%	74,7%

Planerade aktiviteter 2025

Fokus på prevention av Fall och Undernäring

- Reviderad riktlinje för fallprevention med verktygslåda
- Tableau rapport för riskbedömningar utökas med planerade och genomförda åtgärder

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Utlokaliserade patienter

Utlokaliserade patienter och innebär att en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. (utplacering). Karolinska Universitetssjukhuset har en tematisk organisation där ett tema samlar flera medicinska enheter (ME) och omvårdnadsområden (OO) med likande patientgrupper med respektive ansvarig verksamhetschef. 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 m.m. Patienter kan initialt vårdats på någon av sjukhusets akutvårdsavdelningar som har bred kompetens och kan hantera patienter med oklar diagnos eller behov av ökad övervakning. Andelen utplacerade patienter följs kontinuerligt och låg ca 1,4% under 2024 vilket är en liten ökning jämfört med 2023. Stängda vårdenheter och omflyttning av patienter på grund av vårdkonflikten under våren påverkade årsresultatet.

Tabell nr. 10 Utlokaliserade patienter utanför temat

Utlokaliserade patienter	2022	2023	2024
Utlokaliserad utanför temat	1,3%	1,2%	1,5%

Datakälla: TakeCare/Tableau

Överbeläggningar

Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Har aktuell verksamhet bemannats upp så är det inte överbeläggning utan en disponibel vårdplats, dvs utökat antal vårdplatser. Under året har samverkan kring vårdplatshantering stärkts vilket minskat antalet övernattande patienter på akutmottagningen med 20% jämfört med 2023 och andelen överbeläggningar är väsentligen oförändrad jämfört med tidigare år, ca 4 %.

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. Andelen akuta återinskrivningar för hela sjukhuset var 2024 10,8% och andelen återinläggningar inom sju dagar för patienter som är 80 år eller äldre var 5,5%. 2024 initierades ett samarbete mellan ME Bäckencancer, Funktion PMI och ME Åldrande med preoperativ bedömning av sköra äldre som planeras för kirurgi. Vi mottagningsbesöket gör man tillsammans en bedömning inför kommande operation utifrån patientens men även en planering för att få ett optimalt postoperativt omhändertagande och minska risken för återinläggning.

Tabell nr.11 Återinskrivna patienter

Återinskrivning	2022	2023	2024
Återinskrivning inom 30 dagar	10%	11%	11%
Återinskrivning inom 7 dagar för patienter 80 år och äldre	5%	4%	5%

Riskbedömningar

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. Vårdenheterna använder olika former av analysinstrument som tex Gröna korset och Fånga passet.

Riskbedömningsmallen vid ME graviditet och förlossning började användas efter att brister uppdagats vid händelseanalyser och som hade fokus på teamets kunskap och lärande. Vid varje rond diskuterar teamet kvinnans och barnets situation utifrån tre frågor: 1) Vad skulle kunna hända? 2) Hur märker vi om det händer? 3) Vad gör vi om det händer?

Resultatet blir att hela teamet får en högre riskmedvetenhet än om riskbedömningen görs enligt en checklista. Riskbedömningen är ett etablerat arbetssätt som genomförs vid inkomst till förlossningen samt vid ronder tre ggr/dygn, vid varje pass-byte samt varje gång kvinnans och barnets risksituation förändras.

Risken visualiseras i beläggningslistan i journalsystemet Obstetrix och anges i färgerna grön, gul och röd och bedöms utifrån en utarbetad mall.

Plats	Namn	Riskbedöm	Jnr	P	B	Inlagd	Int.Orsak	Gv+d	Ftd	Vtn avg	Rh	Förl	Bm	Usk	Anm
5		Låg		1			värkar	40+0	huv	2024-12-19	Pos				
6															
7		Medel		0			induk	39+5	huv	2024-12-19	Pos				
8															
9															
10															
11		Medel		0			pr vtnavg	26+2	huv	2024-12-06	Pos				
12		Medel		1			blöd	37+6			Neg				
13		Medel		2			induk	40+0	huv	2024-12-17	Pos				
14		Hög		2				36+1			Pos				
Läk 1 Gul															
Läk 2 Gul															
Operation															
15															
16															
17		Låg		1				41+0	huv	2024-12-19					
18		Hög		0				39+0	huv		Pos				
19		Hög		1				37+6	huv		Pos				
20		Medel		0				35+0			Pos				

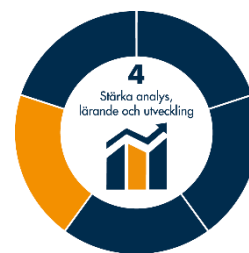
Bild nr.6 från Obstetrix beläggningslista med riskbedömning

Stärka analys, lärande och utveckling

Vårdavvikelser i HändelseVis

Sjukhusets medarbetare rapporterade 17 631, och totalt handlades 15 791 vårdavvikelser under tidsperioden 1 januari till 31 december 2024 i avvikelshanteringssystemet HändelseVis. Flest förekommande avvikelser rör vård och behandling och därefter områden inom dokumentation och informationsöverföring/ läkemedel, utredning/bedömning/diagnos samt IT/teknik/MT.

Totalt inkom **834** externa vårdavvikelser från andra vårdgivare, vilket är en ökning med drygt 11%.



Tabell nr.12 Antal registrerade vårdavvikelser

	2022	2023	2024
Antal handlagda vårdavvikelser i HändelseVis	14648	13562	15811
Antal externa vårdavvikelser i HändelseVis	627	709	834

Patientärenden

Antalet inkomna patientärenden i det digitala systemet Lämna Synpunkter och Klagomål via 1177 har stadigt ökat sedan införandet 2021–2022. Under 2024 lades mottagarfunktionen ut på tema/verksamhet, vilket innebär en handläggning närmare verksamheten. 2024 var ökningen nästan 13%. Antal patientärenden via patientnämnden har också ökat något. Det skickades in 73 lex Maria anmälningar från Karolinska och av dem har vi fått beslut i 65 ärenden.

Tabell nr.13 Antal patientärenden 2024

Klagomålsärenden, lex Maria samt inspektioner	2022	2023	2024
Antal ärenden 1177 Synpunkter och klagomål	1233	3055	3779
Antal ärenden från Patientnämnden (PaN)	582	549	590
Antal inkomna klagomålsärenden från IVO	147	141	112
Antal avslutade klagomålsärenden	65	94	68
Enskilt klagomål, Karolinska Universitetssjukhuset	7	64	108
Antal inskickade Lex Maria	54	69	73
Inspektioner och tillsynsärenden IVO	3	2	3

Det inkom 112 individuella klagomålsärenden till IVO som rörde vård på Karolinska. Sjukhuset fick svar på 68 klagomålsärenden (ärenden från 2021–2024) Av dessa 68 ärenden framförde IVO kritik i 26 ärenden.

Tabell nr.14 Fördelning av klagomålsärenden med kritik respektive utan kritik

Avslutade klagomålsärenden från IVO	Antal ärenden	Med kritik	Utan kritik
Ärenden från 2022	66	26 (39%)	40 (61%)
Ärenden från 2023	94	22 (23,5%)	72 (76,5%)
Ärenden från 2024	68	26 (38%)	42 (62%)

Under 2024 har sjukhuset haft fokus på att korta ner handläggningstiderna för utredning av vårdskador. 2023 var mediantiden 11 mån från händelse till anmälan enligt Lex Maria , 2024 hade det sjunkit till 8 månader. Sjukhusets mål för 2025 är att hantera ärenden inom 5-6 mån. För att möta detta har det utbildats fler analysledare och verksamhetschefer och chefläkare har tidig kontakt i vårdskadefall. Ett fokus har också varit uppföljning av åtgärdsplaner vid allvarliga vårdskador. Dessa har gjorts i samband med patientsäkerhetsdialogerna. Lärande fall har lyfts och delats på olika mötesforum, klinikkonferenser, morbidity-mortality konferenser samt verksamhetschefsmöten

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Region Stockholms kris- och katastrofmedicinska arbete bygger på samverkan mellan vårdgivare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och Regionledningskontoret (RLK). I ljuset av det aktuella säkerhetspolitiska läget har totalförsvarsfrågorna fått ökad prioritet, vilket bland annat lett till ökad involvering och stort fokus avseende detta i sjukhusets ledningsgrupp (KLG).



Karolinska har en etablerad kommitté inom kris- och katastrofmedicinsk beredskap, bestående av fem arbetsgrupper, samt enheten för säkerhet, kris- och katastrofberedskap. Under 2024 har kommittén sammanträtt fyra gånger, och ett specifikt fokus har legat på arbete med det ”Robusta sjukhuset” inklusive försörjningsberedskap, där en övergripande funktion tillsatts i akt att skapa en förbättrad koordinering och resiliens inom sjukhuset. Att presentera gemensamma och harmoniserade mallar för katastrofplaner, ytterligare förbättra övningarna avseende masskadehändelser, arbete kring robust saneringslösning för CBRN i Huddinge samt kartläggning av agerande för LSSL vid utbrott av smitta, utgör ett axplock av pågående aktiviteter inom kommittén.

Flera övningar har under året genomförts inom trauma samt kris- och katastrofmedicin, med syfte att förbättra beredskapen och samverkan mellan olika aktörer. Övningarna har drivits av nationella och regionala aktörer, beredskapssamordnare samt katastrofansvariga personal. Under året har det även genomförts utbildningar och praktiska övningar, där personal har fått möjlighet att träna på specifika scenarier och förbättra sina färdigheter. Dessa utbildningar har varit obligatoriska för personal som ska inneha roller som till exempel beslutsfattare och stabschefer, vilket har säkerställt att deltagarna innehar den nödvändiga kompetensen för att agera effektivt i krissituationer.

Sammanfattningsvis har år 2024 präglats av en rad övningar som har syftat till att stärka Karolinska universitetssjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskap. Genom att involvera olika aktörer och genomföra både större och mindre övningar har sjukhuset arbetat för att skapa en robust och välfungerande beredskapsstruktur. 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.

Inför verksamhetsåret 2025 har behovet av övningar identifierats som en prioriterad fråga, samt samarbetet med övriga beredskapsmyndigheter i syfte att stärka Karolinskas roll inom Sveriges totalförsvar. Det finns ett tydligt behov av att klargöra rutiner för bemanning av lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). Det är också värt att notera att sjukhusets övningsbehov ökar, och även mindre kritiska verksamheter söker stöd och vägledning, vilket tyder på en ökad medvetenhet om vikten av övningar och träning, inte bara inom akutsjukvården utan även i andra delar av verksamheten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- * Under 2025 fortsätter arbetet att stärka patientsäkerhetskulturen genom transparenta resultat för egenkontroller, patientsäkerhetsdialoger och uppföljning av sjukhusets handlingsplan för patientsäkerhet.
- * Patientmedverkan är prioriterat och Tema Cancers arbetssätt, med regelbundna möten med utsedda patientrepresentanter och ansvariga chefer, ska implementeras för hela sjukhuset.
- * Implementering av FOUU checklista för patientinvolvering i FoUU
- * VRI är en av sjukhusets vanligaste vårdskador. Målet är att fortsatt minska andelen VRI under 2025. Temamånader, utbildningar och fortsatt validering av Infektionsverket är viktiga delar i arbetet. Under 2025 planeras implementering av VRI Proaktiv- ett digitalt analysinstrument som i realtid identifierar VRI. Fokus ligger på sepsis, kärlkateterinfektioner och postkirurgiska komplikationer.
- * Regionens avvikelshanteringssystem, HändelseVis har kända svagheter avseende användarvänlighet. Sjukhuset har en utmaning med att avvikelser ej avslutas. Under 2024 inleddes utbildning av lokala användarstödare. Under 2025 är målet att hantera och avsluta 90% av alla öppna avvikelser inför ett framtida systembyte. Under 2025 sker en regional upphandling av ett avvikelshanteringssystem.
- * Tillgänglighet är ett fortsatt fokus 2025. Karolinska fortsätter sitt arbete mot ett köfritt sjukhus, med målet att inga patienter ska vänta på ingrepp eller nybesök längre än vårdgarantinivåerna. Särskilda insatser planeras för att komma till rätta med de köer som påverkats negativt av omvärldsfaktorer såsom pandemin, restriktiv inhyrning och nu senast vårdförbundets konflikt.
- * Det finns ett gap mellan befolkningens framtida vårdbehov och förväntade tillgängliga resurser, inte minst personal. Det är därför viktigt att hitta andra arbetssätt. Sjukhuset kommer under 2025 fortsätta arbetet med Karolinska @Home, att utveckla sjukhusansluten vård i hemmet för fler patientgrupper. Sjukhuset kommer också att arbeta med att fasa ut vård som inte är av värde för patienten genom att tillämpa konceptet Kloka Kliniska Val
- * 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.