

Patientsäkerhetsberättelse för Karolinska Universitetssjukhuset 2021



Innehåll

INLEDNING.....	3
SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Har vården varit säker	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	21
Säker vård här och nu.....	21
Är vården säker idag.....	21
Riskhantering.....	22
Stärka analys, lärande och utveckling	22
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap	26
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	27

INLEDNING

De senaste två åren har sjukvården haft utmaningar av sällan skådat slag. Karolinska Universitetssjukhuset var det sjukhus i Sverige som vårdade flest patienter med covid-19 under 2020. Ny kunskap om sjukdomen tillsammans med vaccinering minskade trycket under 2021, men även detta år har covid-19, och en svår RS-virussäsong, haft stor påverkan på sjukhusets vårdkapacitet. Det har krävts extraordinära insatser att klara av både covid-19-vård och sjukhusets ordinarie vård som i många fall inte kunnat anstå, tex cancervård. Vi har haft hög prioritet på tillgänglighet för patienter som inte kan få vård någon annanstans inklusive patienter från andra regioner. Patientsäkerheten har varit i fokus och medarbetarnas engagemang och samarbete har varit en avgörande för att sjukhuset klarat av detta.

Erfarenheterna från pandemin har gjort oss starkare. Den har tydliggjort värdet av att tillsammans hitta lösningar för patientens bästa.

Ylva Pernow, tf. Kvalitet- och Patientsäkerhetsdirektör

SAMMANFATTNING

På Karolinska Universitetssjukhuset ska alla patienter få en säker vård av bästa kvalitet. Ständiga förbättringar, med utgångspunkt i lärande och data, hjälper oss att hela tiden utmana oss själva och förbättra vårdens kvalitet.

Pandemin har utmanat vårt sjukvårdssystem med följdverkningar i form av framskjuten vård och medarbetare under press. Det har ställt krav på ökat samarbete och ökad flexibilitet. Karolinska Universitetssjukhusets kvalitetsarbete bedrivs i linjen, nära våra patienter. För att förenkla, samordna och stödja detta arbete har en kvalitets- och patientsäkerhetsstab ersatt tidigare organisation, som innebar en uppdelning mellan kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det strategiska patient- och närståenderådet och patientrepresentanter har haft en fortsatt viktig roll för att säkra patientinvolvering.

De patientsäkerhetsdialoger på temanivå som initierades under våren 2020 har fortsatt under året, vilket är ett viktigt verktyg för att identifiera och åtgärda patientsäkerhetsrisker. Sjukhuset har tydliggjort ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet på olika nivåer inom organisationen och teman och funktioner har strukturerade processer för uppföljning av avvikelser.

En vidareutveckling av hur sjukhuset arbetar med kvalitet och patientsäkerhet har skett under 2021 med fokus på ökad transparens kring sjukhusets resultat och automatiserad rapportering.

Arbetet med att stärka informationsförsörjningen avseende kvalitetsindikatorer har bl.a. resulterat i realtidstavlor där avdelningarna kan följa indikatorer löpande, t.ex. riskbedömningar för fall, nutrition och trycksår. Användning av digitala lösningar via 1177 har utvecklats för patienters och närståendes klagomål och synpunkter samt för patientenkäter (PREM).

Tillgängligheten, både avseende väntetider till t.ex. operation och ledtider på sjukhusets akutmottagningar, har i hög grad påverkats av pandemin. Operationsköerna har med hjälp av särskilda satsningar kunnat hållas nere. Andelen patienter som hanteras färdigt inom 4 timmar på sjukhusets akutmottagningar har varit för låg. Pandemin har påverkat förutsättningarna för akutflödena, dels med fördröjningar till följd av provtagning på akuten men fram för allt har den ökade belastningen fördröjt planerade åtgärder och förändringar i arbetssätt. Sjukhuset startade 2019 en geriatrisk akutvårdsavdelning i Huddinge, för att underlätta snabbare inläggning av de äldsta patienterna. Under 2022, efter fokus på covid-19-vård 2020 under och 2021, planeras vidare utveckling av arbetssättet.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner uppvisar en minskande trend. Karolinska Universitetssjukhuset vårdar patienter med ökad känslighet för att få infektioner, tex multisyuka och patienter med nedsatt immunförsvar, vilket ökar risken för vårdrelaterade infektioner. Ökat fokus på riskfaktorer för infektion inom tex cancervården har bidragit till en positiv trend.

Utlokalisering av patienter är en känd patientsäkerhetsrisk, och Karolinska Universitetssjukhuset arbetar därför aktivt med att minska förekomsten av detta. Utlokalisering utanför tema uppvisar en nedåtgående trend och kan kopplas till att sjukhuset ökat antalet disponibla vårdplatser 2020–2021 jämför med tidigare år.

Antalet lex Maria anmälningar var väsentligen oförändrat jämfört med 2020. Uppföljning av handlingsplaner och åtgärder i patientsäkerhetsdialoger med verksamheterna är ett fokus för 2022.

Under pandemin har den interna samverkan mellan verksamheterna ökat och det har även stärkt patientsäkerhetsarbetet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

På Karolinska Universitetssjukhuset ska alla patienter få en säker vård av bästa kvalitet. Ständiga förbättringar, med utgångspunkt i lärande och data, hjälper oss att hela tiden utmana oss själva och förbättra vårdens kvalitet. Den strategiska inriktning som sjukhuset följt sedan slutet av 2019 innebär att mandat och ansvar flyttas från centrala funktioner till dem som bedriver vård, forskning och utbildning. Staberna ska vara stödjande, i utbildning, analys och utvecklingsarbete. Under 2021 har sjukhuset haft ett ökat fokus på kvalitet och vårdutfall med kvartalsvisa uppföljningar. Ett årshjul där alla teman och funktioner genomför patientsäkerhetsdialoger med sjukhusdirektör och chefläkare har etablerats. Automatisering och visualisering av data är en huvudstrategi för att underlätta uppföljning och styrning i linjen.

Organisation och ansvar

Tydliga roller och ansvar är förutsättningar för att ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete säkerställs. Sjukhusdirektören har, genom delegation från sjukhusstyrelsen, det yttersta ansvaret för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården och följer därmed lagar och myndighetskrav. Sjukhusets rättskansli har under 2021 fungerat som stödjande enhet för det centrala arbetet med kvalitet och patientsäkerhet i samarbete med chefläkare och chefsjuksköterskor. Rättskansliet har förvaltat det centrala ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet. För att kommunicera sjukhusets övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet har sjukhusets intranät uppdaterats med aktuell information tillgänglig för alla medarbetare.

Under 2021 tillsattes en ny tjänst som Kvalitet- och Patientsäkerhetsdirektör för att stärka sjukhusets arbete med dessa frågor. Från 1 januari 2022 inrättas en ny stab för kvalitet och patientsäkerhet.

Roller och ansvar på Karolinska Universitetssjukhuset

Vårdgivaren

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten för att fortlöpande utveckla, förbättra och säkra vårdkvaliteten.

Detta sker bland annat genom att sjukhusets ledning har kvartalsvisa uppföljningsmöten med tema-/funktionschefer, av egenkontroll inom kvalitet, vårdproduktion, ekonomi och personal. Därtill genomförs patientsäkerhetsdialoger i samtliga vårdverksamheter. Sjukhusets styrelse har under 2021 följt upp vårdverksamheterna med avseende på basala hygien- och klädregler, patientnöjdhet med bemötande, medelvårdtid, utlokaliseringar samt återinläggning inom 30 dagar.

Verksamhetschefen

Verksamhetschefen ansvarar för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Detta innebär att åtgärder ska vidtas för att:

- förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- resultatet av åtgärderna följs upp
- fastställa rutiner och processer, säkerställa att dessa är kända samt går att följa
- definiera roller, ansvar och befogenheter inom verksamheten så att det främjar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Medarbetaren

Medarbetarnas ansvar utgår från gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Alla medarbetare ska aktivt medverka i sjukhusets systematiska kvalitetsarbete, i risk- och avvikelshantering och i arbetet med uppföljning av mål och resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan inom sjukhuset och med kommuner

Sedan 1 januari 2020 gäller en långsiktig regional överenskommelse, mellan Region Stockholm och länets kommuner, om utveckling av samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Överenskommelsen handlar om att säkerställa en säker och effektiv utskrivningsprocess med patienten i fokus samt att tillse att patientens övergång från slutna hälso- och sjukvård till primärvård, kommun och andra aktörer, ska bli så trygg och säker som möjligt.

Intern samverkan

Sjukhuset har genomfört informationsinsatser till vårdnära personal om Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, utskrivningsprocessen och vikten av informationsöverföring till kommun och primärvård. Det har även genomförts stickprov i ärendehanteringssystemet WebCare samt uppföljning av ärenden som inte hanterats enligt rutin.

Ett förberedelsearbete har inletts inför byte av ärendehanteringssystem. Superanvändare har utsetts på varje avdelning med fördjupad kunskap om gällande lagstiftning samt kommande ärendehanteringssystem LifeCareSP. De ska utbilda och stötta kollegorna i utskrivningsprocessen.

Under året har den dagliga styrningen av vårdplatsarbetet utvecklats på basen av erfarenheterna från pandemin. Verksamhetscheferna samarbetar för att tillgodose vårdplatser för både akuta och elektiva flöden. Detta går hand i hand med sjukhusets mission, ”att säga ja och hitta lösningar”. 2021 startades ett geriatriskt team inom Tema Inflammation och Åldrande för att ge stöd i utskrivningsprocesser och göra geriatriska bedömningar av sköra äldre som vårdas utanför geriatriken. Teamet medverkar till att bedömningen och utskrivningsplaneringen kommer med så tidigt i processen som möjligt för att förhindra förlängda vårdtider och bidra till en tryggare utskrivning för patienterna.

Extern samverkan

Tillsammans med Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), Stockholms Stad och andra vårdgivare har utbildningsmaterial sammanställts för slutna hälso- och sjukvård, kommun och primärvård gällande Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Även material om det kommande ärendehanteringssystem för utskrivning, LifeCareSP, har tagits fram. Som en del i arbetet med införandet av LifeCareSP har en sammanställning av samtliga relevanta aktörer för en trygg och patientsäker utskrivning genomförts.

Samverkan med andra regioner och länder

Karolinskamodellen

Karolinskamodellen finns sedan 2010 som en grund i Karolinska Universitetssjukhusets samarbete med andra regioner och sjukhus såväl nationellt som internationellt. Utgångspunkten är att vårda patienten tillsammans och att hemsjukhuset tar ansvar för så mycket som möjligt.

Karolinskamodellen är ett sjukhusgemensamt arbetssätt som omfattar: partnerskap, kommunikation, kostnadskontroll, patientsäkerhet och FoUUI-samarbete.

Kunskapsutveckling

Karolinska Universitetssjukhuset samarbetar med avtalssjukhus i vårdkedjor där konsensusbeslut i multidisciplinära konferenser utvecklar patientsäkerheten. Detta skapar en grund för systematiskt utvecklingsarbete och säkrar kunskapsutvecklingen för alla parter.

Ett exempel på samarbete inom området patientsäkerhet är att Karolinska Universitetssjukhuset ger avtalsregionerna tillgång till sjukhusets verksamhet Centrum för avancerad medicinsk simulering (CAMST). CAMST möter kraven på systematisk och evidensbaserad träning inom högteknologisk vård med speciellt fokus på människa – maskininteraktion. CAMST är ett av två ackrediterade centra i Sverige.

Nationell samverkan

Samarbete sker mellan regioner samt med sjukhus i andra regioner. Tillsammans med Region Sörmland och Region Västmanland har vi under året utvecklat samarbetet inom kvalitet och patientsäkerhet på en övergripande nivå. Sörmland är den region som köper mest vård från Karolinska Universitetssjukhuset. En viktig faktor är en 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.

Ett arbete har även skett med regionen som utmynnat i den regiongemensamma riktlinjen i *Direktiv 46 Överföring av stockholmspatienter som vårdats i andra regioner* som har klargjort för andra regioner vilket sjukhus som patienten ska överföras till i Stockholm vilket har underlättat för överflyttningar.

Internationell samverkan

Karolinskamodellen appliceras även på patienter från andra länder som vårdas på sjukhuset. För planerad vård av patienter från andra länder finns en riktlinje som omfattar hela processen, från förfrågan till uppföljning. 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 eller behandling. Avtal tecknas för varje vårdtillfälle mellan Karolinska Universitetssjukhuset och patient eller annan finansör. Planerad vård

av patienter från andra länder administreras centralt, för att underlätta och förbättra samverkan internt och externt. Utländska patienter som läggs in akut administreras av verksamheterna själva.

En identifierad patientsäkerhetsrisk gäller patienter som faller under kategorin tillståndslösa, samt för vissa akuta patienter från andra länder som saknar egna medel. I en del av dessa fall brister eller saknas samverkan med externa aktörer vid utskrivning (t ex kommun eller andra myndigheter).

Utskrivningsprocessen kan försvåras och försenas samt riskerar att leda till att patienterna inte får vård på rätt vårdnivå.

Informationssäkerhet

Karolinska Universitetssjukhuset har ett lokalt ledningssystem för informationssäkerhet och arbetar inom ramen för detta med att utveckla informationssäkerhetsorganisationen och fortsätta att implementera relevanta säkerhetsåtgärder enligt regionens ledningssystem för informationssäkerhet och utveckla ett hållbart och systematiskt informationssäkerhetsarbete.

Karolinska Universitetssjukhuset har utfört egenkontroll av de mest skyddsvärda IT-systemen under året och ett antal avvikelser har identifierat och åtgärds aktiviteter pågår. Förutom detta har också Extern revision av behörighetskontroll utförts på TakeCare under december, rapporten kommer att analyseras och eventuell åtgärdsplan upprättas under Q1.

Strålskydd

Strålsäkerhetsstatus i sjukhusets verksamhet med joniserande strålning samt resultat av sjukhusets förbättringsarbete inom strålsäkerhetsområdet sammanfattas årsvis i en strålsäkerhetsrapport som redovisas för sjukhusledningen samt publiceras i mars månad varje år. Strålsäkerhetsrapporten redovisas separat, klicka [här](#) för åtkomst till aktuell rapport.

En god säkerhetskultur

Under 2021 har fem patientsäkerhetsdialoger (PSD) genomförts på tema- och funktionsnivå. Sjukhusdirektören med chefläkare har varit sammankallande och ledningsrepresentanter från tema/funktion och medarbetare från Rättskansliet har deltagit.

Syftet med PSD är att i första hand grunda för en god patientsäkerhetskultur på tema-/funktionsnivå med en riskmedveten organisation där man kan lyfta risker och händelser för att förebygga att patienter skadas. Inför PSD ombads tema-/funktionschefen att genomföra en GAP-analys avseende status på verksamhetens ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhet. Flera verksamheter har patientsäkerhetråd som går igenom aktuella händelser, avvikelser, risker och förbättringsåtgärder. Bland annat inom Tema Inflammation och Åldrande där man har eller planerar att initiera patientsäkerhetsråd på medicinsk enhets-nivå. Ett annat gott exempel kommer från Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner där man anordnar regelbundna patientsäkerhetsluncher för alla medarbetare för diskussion om händelser som lett till händelseanalys/internutredning. Fokus är inte resultaten av analyserna, utan förslag på åtgärder och förbättringar. Detta bidrar till att ge kunskap om hur patientsäkerhetsarbetet på temat går till, varför förbättringar/ processförändringar genomförs.

Patientsäkerhetsdagen

Världshälsoorganisationen, WHO, har utsett den 17 september som en återkommande internationell patientsäkerhetsdag. Karolinska Universitetssjukhuset uppmärksammade en del av sjukhusets patientsäkerhetsarbete i anslutning till denna dag. Eftersom det förelåg mötesrestriktioner spelade två filmer in där medarbetare i berättande form föreläste om patientsäkerhetens historia samt exempel på patientsäkerhetsaktiviteter som pågår på sjukhuset. Dessa filmer samt texter om WHO:s

patientsäkerhetsdag publicerades på intranätet (sidan Kompetensstöd patientsäkerhetsberättelse) samt på sjukhusets sociala medier.

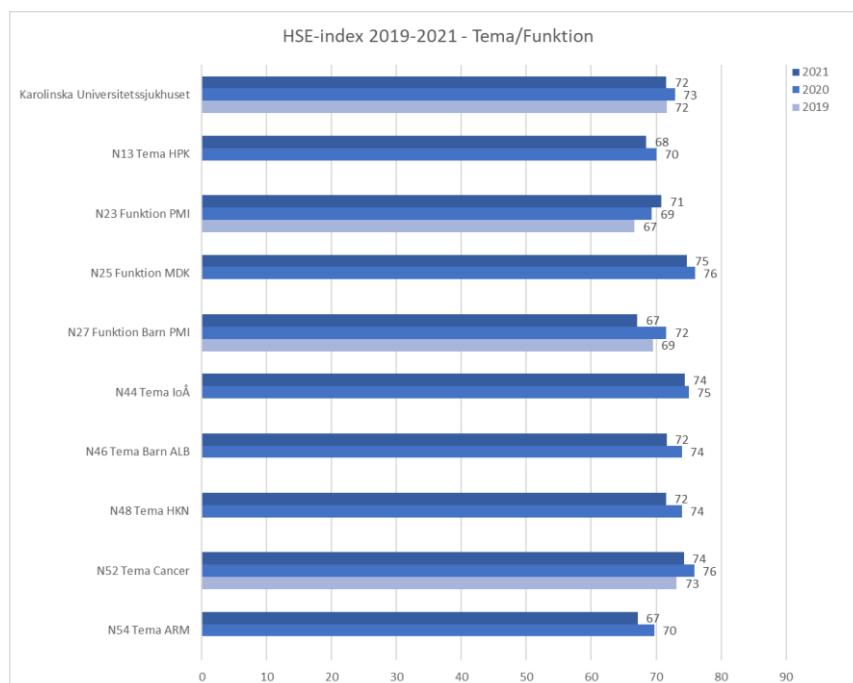
Hållbart säkerhetsengagemang, HSE-index

Mätningen av hållbart säkerhetsengagemang (HSE) ingår i den årliga medarbetarundersökningen och svaren visar på hur stark patientsäkerhetskulturen är på arbetsplatsen. Mätningen består av 11 frågeställningar och innehåller centrala faktorer, till exempel stöd från chefer och medarbetares arbetsbelastning, som i slutändan påverkar patientsäkerheten. Resultaten från HSE-mätningarna kommer att följas upp i samband med patientsäkerhetsdialoger under året.

Tema/funktioner

Omorganisationer har gjorts mellan 2020 och 2021 och jämförelsesiffror för Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner (KHP), Funktion Medicinsk Diagnostik Karolinska (MDK), Tema Inflammation och Åldrande (IoÅ), Tema Barn/Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB), Tema Hjärta, Käril och Neuro (HKN) och Tema Akut och Reparativ Medicin (ARM) har tagits fram för 2020 som motsvarar 2021 års organisation. Däremot saknas jämförelsesiffror för 2019 för dessa tema/funktioner.

Jämfört med föregående år har HSE-index sjunkit för alla teman/funktioner utom Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI). Det bör noteras att antal svarande 2020 var lägre än normalt och att siffrorna därmed inte är helt jämförbara.



Figur 1. HSE- index 2019–2021 för tema/funktion

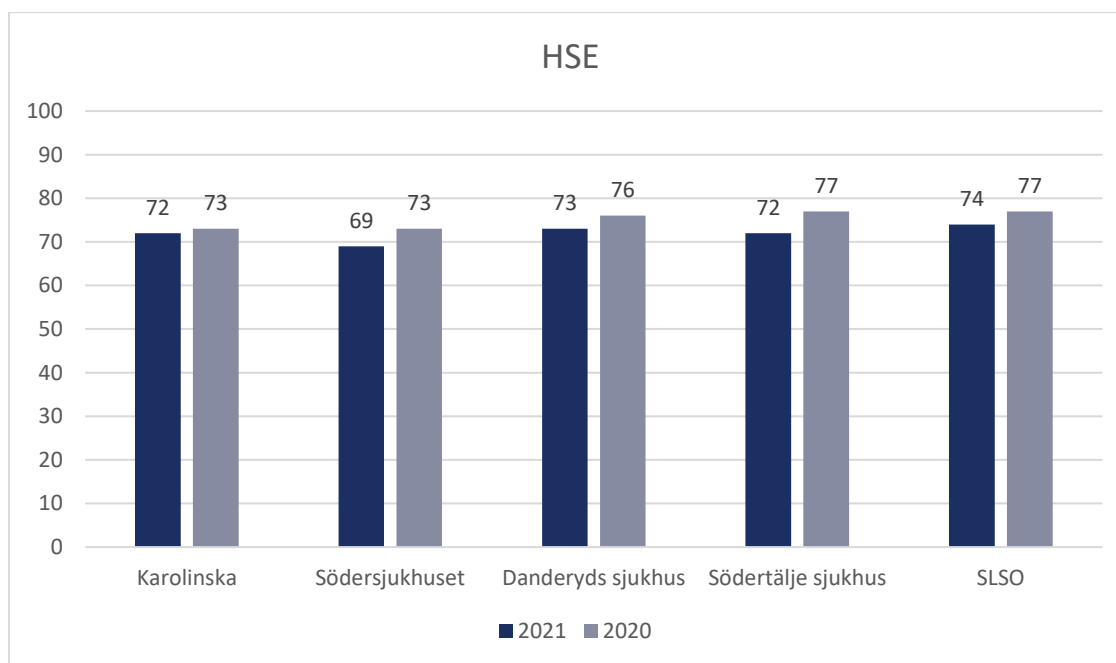
Staber

Inom staberna har en lägre andel direkt eller indirekt patientkontakt. För Stab Kommunikation och Stab Ekonomi och Inköp har inga HSE-index tagits fram pga. för få svarande av HSE-frågorna.

Jämfört med föregående år har HSE-index sjunkit för alla staber utom Rättskansliet som ökat med 19 punkter och som nu har högst HSE-index av staberna. Störst förändring ser vi hos Stab Forskning, Utbildning, Utveckling, Innovation (FOUUI) som minskat med 11 punkter och nu ligger lägst bland staberna. Det är främst inom verksamhet FoU Utbildning som minskning har skett.

Jämförelse med övriga sjukhus inom regionen och SLSO

HSE-index har sjunkit 2021 jämfört med 2020, trenden är densamma över hela regionen. Karolinska Universitetssjukhuset har en mindre försämring än övriga akutsjukhus i regionen. Under 2021 var sjukhuset fortsatt påverkat av pandemin i olika vågor, parallellt med ett behov att ta igen uppskjuten vård. Tillgången till extra bemanning minskade under 2021 vilket medförde en ökad belastning på en redan ansträngd personal. Trots en förbättrad samverkan inom sjukhuset kan detta ha påverkat HSE-index.



Figur 2. HSE-jämförelse mellan Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och SLSO för 2020–2021

Adekvat kunskap och kompetens

Under patientsäkerhetsdialoger påtalade många verksamheter att en stor patientsäkerhetsrisk är brist på erfarna medarbetarefrämst sjuksköterskor. Flertalet åtgärder har vidtagits för att få medarbetarna att stanna kvar samt att attrahera och rekrytera, bland annat genom stöd till chefer för att förbättra arbetsmiljön. Inom Stab HR pågår ett sjukhusövergripande strategiskt arbete för att ännu bättre stödja verksamheternas arbete med kompetensförsörjning. Anställda som kvarstannat på Karolinska Universitetssjukhuset efter 24 månaders anställning som har ökat till 79,1% (december, 2021) från 77,8% (december 2020), den högsta siffran sedan mätningarna inleddes 2017.

För att säkerställa bemanning med rätt kompetens behöver verksamhetens behov kartläggas på strategisk nivå genom att definiera resurser, kompetenser, behov av rekrytering och andra kända framtida förändringar. Under den taktiska planeringen planeras verksamhetens möjlighet att möta uppdraget kontra bemanningsmål, arbetsfördelning och ledigheter inför kommande schemaperiod. Därefter sker den operativa planeringen där den faktiska schemalagningen och uppgiftsplaneringen sker som ska resultera i en arbetsdag. Utfallet av föregående processer utvärderas och hjälper verksamheten till förbättring.

Strategisk planering

Karolinska Universitetssjukhusets strategiska kompetensplanering är en del av kompetensförsörjningsprocessen. Ett årshjul för kompetensplanering används, som börjar med identifiering av verksamhetens behov och följs därefter av kartläggning av befintliga kompetenser, analys av kompetensbehov samt skapande av kompetensplan för gruppen och utvecklingsplaner för medarbetarna. Årshjulet avslutas med uppföljning och utvärdering, för att sedan börja om igen inför nästa verksamhetsår.

I arbetet med kompetensplanering används två modeller: kompetensplaneringsmodellen – KOLL och karriärmodellen kompetensstegar. Modellerna har olika syften, KOLL syftar till att säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens för att kunna genomföra sina arbetsuppgifter medan karriärmodellen syftar till att attrahera och behålla medarbetare genom att skapa tydliga karriärvägar och förutsättning för kompetensutveckling samt att integrera vårdutveckling och forskning i det kliniska arbetet.

Med stöd av KOLL tas roller fram bestående av reella och formella kompetenser utifrån verksamhetens uppdrag och mål. På Karolinska Universitetssjukhuset har 58% av medarbetarna skattat sig i roller och 700 roller används, varav ca 200 är unika för Karolinska Universitetssjukhuset. Av medarbetarna har 34% dokumenterade utvecklingsplaner i Heroma kompetens. Målet är att alla ska skatta sig i roller samt ha sina utvecklingsplaner dokumenterade i Heroma kompetens.

Den andra modellen – regiongemensamma kompetensstegar används sedan 2018 på Karolinska Universitetssjukhuset och i dagsläget finns det 14 kompetensstegar som är beslutade; sjuksköterska/barnmorska, specialistutbildad sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, röntgensjuksköterska, medicinsk sekreterare, biomedicinsk analytiker (inom klinisk fysiologi), audionom, psykolog, dietist, kurator, logoped, samt biomedicinsk analytiker (laboratoriemedicin). Karolinska Universitetssjukhuset har även två egna kompetensstegar; laboratorieingenjörer och forskningssjuksköterskor.

Kompetensstegarna visar på tydlig progression i kompetensutveckling och ansvar och antal steg styrs utifrån det. Majoriteten av stegarna har specialisttjänster med kliniskt ansvarsområde på de övre stegen.

Chefen bedömer medarbetarens kompetens utifrån de reella och formella kompetenserna i kompetensstegen, där man ser eventuella kompetensgap på individ- och gruppnivå. 2021 implementerades en årsrapport för specialisttjänsterna med syfte att följa upp patientnytta, forskning och utbildning. Genom att skapa förutsättningar för klinisk karriärväg för medarbetare behålls kompetensen och erfarenheten hos patienten, vilket kan öka vårdens kvalitet.

Operativ resursplanering

Att säkerställa verksamhetens behov av kompetens och bemanning är ett chefsansvar. Med en välplanerad verksamhet minskar overtidsuttag samt sjukfrånvaro och förbättrar både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Genom att tydliggöra bemanningsplaneringens olika delar, från vilka frågeställningar som behövs till vilken tidshorisont planeringen gäller, blir arbetet strukturerat och tydligt.

Samtliga chefer får stöd inom bemanningsplanering och schemahantering. Stöd ges efter förfrågan och sker utifrån individuella behov och utbildningsinsatser. För nya chefer inom dygnet runt-verksamheter finns utbildningen "Hållbar och hälsofrämjande schemaläggning - förutsättningar för planering" på Lärtorget. Där finns även utbildningen "Grunder i Kollektivavtalet", då förläggning av arbetstider grundar sig på lag och avtal. På Karolinska Universitetssjukhusets intranät finns riktlinjer för schemaläggning och underlag för beräkning av bemanning med tillhörande instruktionsfilm. Det finns även underlag för utvärdering av bemanningsplaneringen.

Patienten som medskapare

Patienters delaktighet i den egna vården är centralt för ett effektivt patientsäkerhetsarbete. På Karolinska Universitetssjukhuset arbetar vårdverksamheterna aktivt med att utveckla arbetssätt och metoder för att bidra till patienters delaktighet. Sjukhuset följer också patienters uppfattningar om delaktighet och utvärderar löpande om patienterna anser sig ha blivit delaktiga i beslut om vård och behandling i den grad de önskat. Under 2021 gjordes en internrevision för patientinflytandearbetet centralt på sjukhuset. Revisionens resultat visade på förbättringspotential och rekommenderade tydligare styrning och uppföljning. Ett sjukhusövergripande arbete har därför inletts för att ytterligare stärka patientinflytandet vid sjukhuset.

Sjukhuset har sedan flera år ett Strategiskt patient- och närstående råd, som bidrar med ett patientperspektiv på sjukhusövergripande frågor. Rådet har varit delaktiga i att påtala patientsäkerhetsrisk ur ett patient- och närståendeperspektiv, bla. konsekvenser för patient- och närstående om vårdpersonal inte följer gällande hygienrutiner. Inom en del verksamheter är patienter- och närstående representerade i ledningsgrupper, där de lyfter patientsäkerhetsrisker för den aktuella patientgruppen.

Tema Cancer har bildat ett patient- och närstående råd som ska samverka med temats ledningsgrupp i bland annat patientsäkerhetsfrågor. Det sker ett nära samarbete med patientföreningar och organisationer. Inom temat finns planer på att även involvera patient- och närståenderepresentanter i temat kvalitets- och patientsäkerhetsråd.

Inom Tema Hjärta, Kärl och Neuro är målet att i alla relevanta händelseanalyser tillfråga patienter eller närstående om att delta i analysen. Ansvaret för att detta sker är verksamhetschefens och det har därför inkluderats som en punkt i den skriftliga uppdragsbeskrivningen för händelseanalyser. I vilken utsträckning och på vilket sätt patient eller närstående deltar varierar med händelsens karaktär och när i tiden det inträffar. Patient eller närstående bidrar ofta med andra tankar och frågeställningar än personalen bidrar med, vilket skapar ett bredare perspektiv på analysen. Deras medverkan underlättar också kontakten i samband med återkopplingen av analysen.

Flera slutenvårdverksamheter använder sig av bedsiderapportering för patienter och omvårdnadspersonal. I samband med rapporterna görs en avstämning av aktuella risker, behov av åtgärder samt om patienten noterat patientsäkerhets de vill påtala. Rapporteringen är ett sätt att göra patienter mer delaktiga i sin vård och behandling.

Liksom 2020 har 2021 präglats av en ökad andel digitala besök för patienterna, vilket skulle kunna påverka delaktigheten, men det är inget som har undersökts ännu. Det pågår utvärdering av patientupplevelse efter digitala besök, där delaktighet ingår som dimension.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, samt att utfallet analyseras och ger underlag för fortsatt förbättringsarbete. Egenkontrollen görs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroller vid Karolinska Universitetssjukhuset omfattar till exempel patienternas upplevelse av vården, kvalitetsindikatorer, jämförelser med uppgifter i nationella kvalitetsregister, jämförelser med egna tidigare resultat, journalgranskningar samt granskning och analys av patientärenden.

För att vårdverksamheterna enklare ska kunna följa och förbättra sina resultat avseende riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring har en realtidstavla för varje slutenvårdsenhet tagits fram. Realtidstavlan visas i datavisualiseringsprogrammet Tableau. Där kan medarbetarna se vilka patienter som har

riskbedömts samt huruvida risk föreligger eller ej. Under 2022 kommer utvärdering ske om detta arbetsredskap har bidragit till att förebygga trycksår, fall och undernäring.

Ett initiativ för att förbättra följsamheten till basala hygien- och klädregler (BHK) återfinns hos Funktion PMI (Perioperativ medicin och intensivvård) som genomfört projektet ”Patientnära zon (PNZ)”. PNZ utgår från WHO:s fem tillfällen för handhygien: före patientkontakt, efter patientkontakt, före rent och efter smutsigt arbete, samt efter kontakt med patientens närmiljö. PNZ innebär att man tänker sig en zon runt patienten där, innan man träder in i zonen desinficeras händerna och skyddsutrustning tas på. När man lämnar zonen tar man av sig skyddsutrustningen och desinficerar händerna innan man utför andra arbetsuppgifter. Inom zonen finns allt som behövs för den patientnära vården. Inom zonen arbetar med enligt aseptisk teknik, dvs man byter handskar och desinficerar händerna mellan olika vårdmoment för att förebygga risken för endogena infektioner. Hygienombuden på respektive operationsenhet har ansvarat för och drivit implementering av PNZ. PNZ underlättar följsamheten till evidensbaserade arbetssätt för att minska risken för smitta och smittspridning. Följsamhetsmätningar visade initialt på goda resultat, något som under hösten har minskat något även om följsamhetsnivån ligger högre än innan projektstart. Utmaningarna är att det tar tid att implementera nya arbetssätt och även att fånga upp nyanställd personal som samtliga ska genomgå en obligatorisk hygienintroduktion i samband med sin inskolning. För att bibehålla en god följsamhet till BHK måste den kvalitetsparametern ständigt hållas i fokus.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Mål punktprevalensmätning (PPM): För Region Stockholm $\leq 7,5$ % 2021.

Mål Infektionsverket: För Region Stockholm $\leq 5,0$ % 2021. Karolinska Universitetssjukhuset har som mål att förekomsten av VRI årligen ska minska.

Resultat PPM: Vid vårens mätning (992 patienter) hade 10,5 % av inläggande patienter en vårdrelaterad infektion varav 9,0 % till följd av vård och behandling på Karolinska Universitetssjukhuset. Vid höstens mätning (890 patienter) var det 9,0 % varav 7,5 % av patienterna som hade en VRI till följd av vård och behandling på Karolinska Universitetssjukhuset.

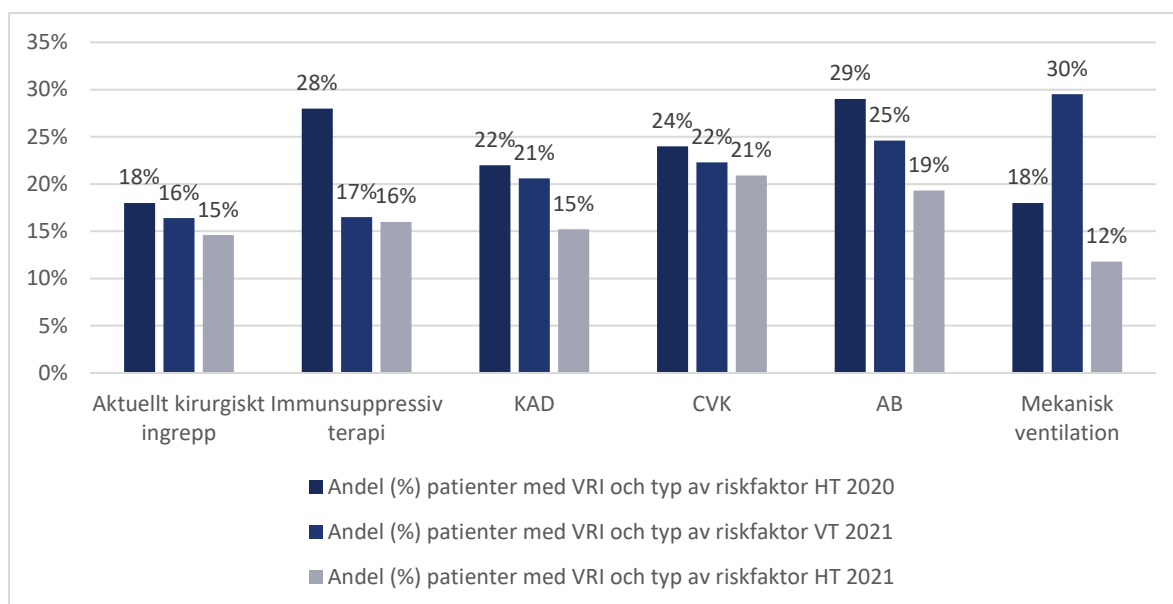
Tabell 1. Andel VRI uppdelat mellan kvinnor och män för 2021, PPM

	VT 2021		HT 2021	
	Kvinnor (n=512)	Män (n=480)	Kvinnor (n=455)	Män (n=435)
Patienter med vårdrelaterad infektion	8,4%	12,7%	8,8%	9,2%
VRI till följd av vård och behandling på Karolinska Universitetssjukhuset	6,8%	11,3%	7,0%	8,0%

Av de patienter som ingått i vårens mätning hade 69,7 % av patienterna en eller flera riskfaktorer och för hösten var det 71,2 %. Risken för att få en vårdrelaterad infektion ökar med antalet riskfaktorer.

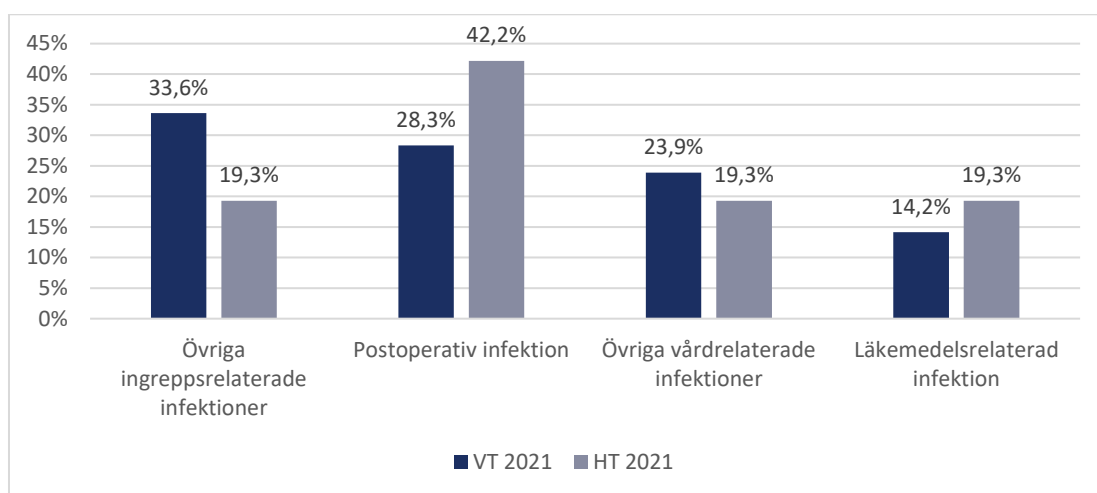
Sammantaget för 2021 var det 114 patienter med tre eller fler riskfaktorer som hade en vårdrelaterad infektion medan endast tre patienter utan riskfaktorer hade en VRI.

Hos de patienter som hade en VRI och en eller flera riskfaktorer var den vanligaste förekommande riskfaktorn vid vårens mätning mekanisk ventilation (30 %). Vid höstens mätning utgjorde mekanisk ventilation 12 % av riskfaktorerna. För övriga riskfaktorer; antibiotikabehandling, centralvenös infarkt (CVI), KAD, immunsuppressiv terapi och aktuellt kirurgiskt ingrepp hade samtliga den högsta förekomsten vid hösten 2020 års mätning för att succesivt minska under 2021.



Figur 3. Förekomst av riskfaktorer (andel) vid VRI respektive PPM 2021

Vid vårens mätning var ingreppsrelaterade infektioner (33,6%) vanligast och för hösten var det postoperativa infektioner (42,2%).



Figur 4. Andel (%) VRI fördelat utifrån de olika orsakstyperna av VRI uppdelat på vår och höst 2021 (PPM)

Resultat Infektionsverktyget: Totalt antal vårdtillfällen för 2021 var 83 011 och könsuppdelat hade kvinnor 43 609 vårdtillfällen och män 39 155. Andel vårdtillfällen med förekomst av VRI var totalt 4,84 % (kvinnor 4,42% och män 5,24%). Vid jämförelse mellan 2020 och 2021 var förekomsten av vårdtillfällen med VRI lägre under 2021.

Av riskfaktorer var urinavledande kateter mest förekommande och därefter central venkateter och minst förekommande var endotrakealtub. Den vanligaste typen av infektion var annan vårdrelaterad infektion och därefter lunginflammation, vårdrelaterad sepsis med okänt fokus, urinvägsinfektion utan feber, clostridieinfektion, urinvägsinfektion med feber, ytlig postoperativ infektion samt djup postoperativ infektion.

Från infektionsverktyget följs även i vilken utsträckning som antibiotikaordinationer av Fenoximetylpenicillin (pcV) eller Bensylpenicillin (pcG) görs som första ordination vid samhällsförvärd pneumoni. För 2021 var den totala andelen 10 % (2020 10%). En anledning till detta kan vara att

patienterna som vårdas på Karolinska Universitetssjukhuset i större utsträckning är immunsupprimerade eller har en samsjuklighet.

Tabell 2. Andel ordinationer av pcV eller pcG vid samhällsförvärd pneumoni 2021 (Infektionsverktyget)

Öppen- och slutenvård	2021		
	Totalt	Kvinna	Man
A. Totala antalet förstaordinationer, ATC-kod J01, vid samhällsförvärd pneumoni	3 182*	1 415	1 759
B. Antal ordinationer vid samhällsförvärd pneumoni där pcV eller pcG ordinerats som första ordination	319**	147	170
C. Andel ordinationer pcV eller pcG (som första ordination i Infektionsverktyget) av alla första antibiotikaordinationer, ATC-kod J01, vid samhällsförvärd pneumoni. C=B/A	10%	10,3%	9,7%

*okänt kön 8 st., ** okänt kön 2 st.

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

Förekomsten av VRI har minskat under 2021 och från vår till höst. En möjlig anledning kan bero på att covid-19-patienterna varit färre än under 2020 och att den ökade kunskapen om hur denna typ av infektion ska behandlas har medfört att den gruppen patienter generellt inte blivit lika svårt sjuka och till följd av det lett till att det uppkommit färre andra infektioner. Att de ytliga postoperativa infektionerna ökat i antal under hösten kan bero på att den planerade vården har utökats och med det har fler patienter kunnat opererats. Totalt var det fler kvinnor än män som ingick i mätningarna men det var fler män än kvinnor med förekomst av VRI. En orsak till denna fördelning kan bero på att patienter inom förlossning- och eftervård ingår i resultaten.

Åtgärd PPM och Infektionsverktyget: En del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har blivit eftersatt pga. covid-19-pandemin och den belastning som det medfört för sjukvården.

Infektionsverktyget är infört sedan december 2019 vid samtliga vårdenheter, utom intensivvårdsavdelningarna, som ett led att kontinuerligt följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning. Under 2021 har samtliga verksamheter arbetat med att kvalitetssäkra redovisade resultat.

Under 2022 kommer incidensen av VRI följas upp regelbundet samt tas upp på patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna. Punktprevalensmätningen kommer antingen användas som jämförelse av andel VRI eller utgå.

Basala hygien och klädregler (BHK)

Mål PPM: ≥ 63 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Mål månadsmätning: ≥ 71 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Resultat PPM: Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (alla åtta steg rätt avseende både hygienrutiner och klädregler) var sammantaget för året 65,6 % (vår 65,8 % och höst 66,9

Vid 70 % av observationerna utfördes desinfektion av händer samt korrekt användning av handskar och skyddskläder. Följsamheten till riktlinjerna avseende arbetsdräkt, ringar, naglar och hår var 92 % vilket är i princip samma nivå som under 2020 (91%). Sammanfattningsvis är följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i samma nivå som år 2020.

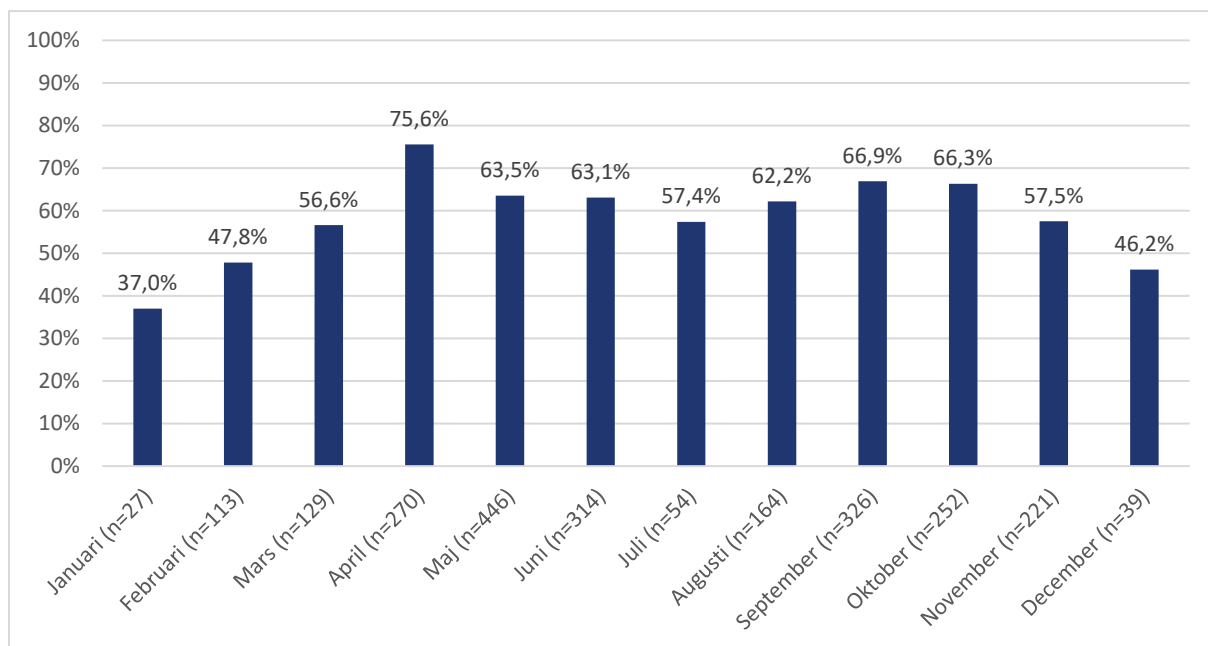
Vid jämförelse mellan varje moment samt vår och höst så har resultaten förbättrats något när det gäller desinfektion före och efter patientkontakt, men följsamheten till avsaknad av ring och att naglar är korrekta har minskat något.

Två tredjedelar av teman och funktioner har förbättrat sina resultat när det gäller basala hygienrutiner medan en tredjedel förbättrade sina resultat avseende klädrutiner vid jämförelse mellan vår och höst.

Tabell 3. Följsamhet till BHK per tema/funktion, vår respektive höst 2021 (PPM)

	VT 2021				HT 2021			
	Hygienrutiner	Klädrutiner	Totalt BHK	Antal observationer	Hygienrutiner	Klädrutiner	Totalt BHK	Antal observationer
KHP	93,3%	95,0%	88,3%	240	91,0%	93,2%	85,3%	177
Barn ALB	82,4%	92,2%	76,5%	204	87,3%	90,4%	78,3%	157
I & Å	79,4%	96,1%	77,2%	311	81,9%	92,9%	77,7%	309
Cancer	68,4%	92,1%	64,9%	367	74,8%	91,2%	68,6%	159
ARM	62,6%	88,3%	58,2%	366	67,2%	88,0%	62,9%	299
MDK	61,3%	81,6%	53,4%	163	68,2%	84,5%	62,7%	110
PMI	38,3%	90,6%	36,7%	128	54,5%	94,6%	53,1%	147
HKN	67,9%	93,2%	63,6%	162	55,1%	88,6%	50,9%	167
Barn PMI	37,1%	88,7%	33,9%	62	30,6%	93,5%	29,0%	62

Resultat månadsmätning: Totalt genomfördes 2 355 observationer över året. Antalet verksamheter som genomförde månadsmätningarna varierade över året liksom resultaten där det högsta uppmätta resultatet var 75,6 %.



Figur 5. Resultat av sjukhusövergripande månadsmätning av BHK, 2021

Analys av resultat: Den största förbättringsutrymmet finns inom hygienrutinerna, där det finns en variation av resultaten mellan olika teman och funktioner. Även inom klädregler finns det förbättringsutrymme.

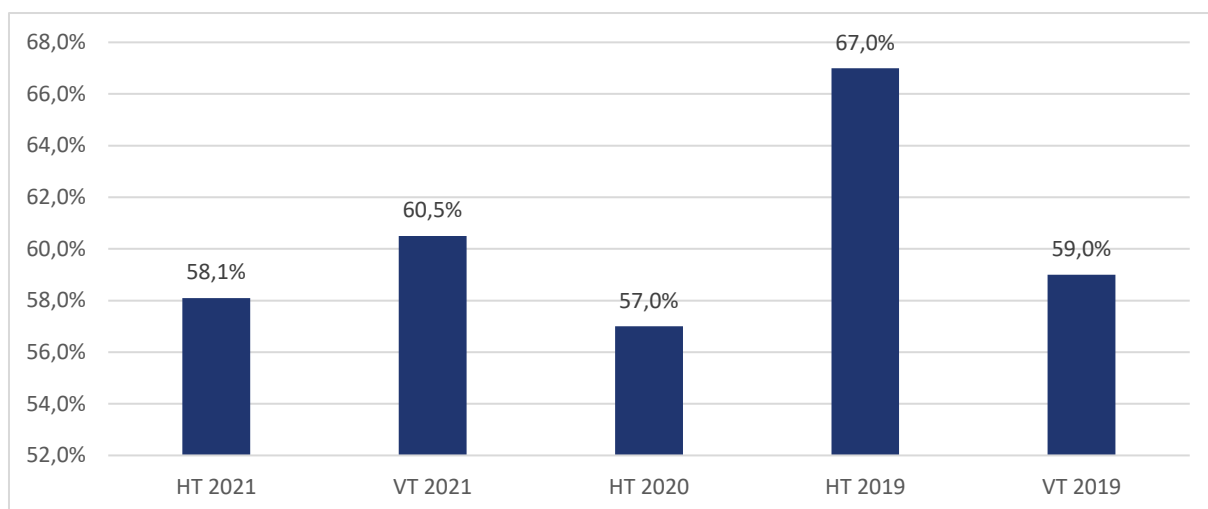
Åtgärd: Styrelsen har under 2021 valt att följa BHK som en kvalitetsindikator. Verksamheter med låga resultat har genomfört månadsmätningar för att följa upp följsamheten till gällande regler.

Uppföljning av åtgärd: Resultaten följs upp av styrelsen varje kvartal och månadsmätningarna kommer att fortsätta under 2022.

Anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB)

Mål: 90 % (minimnivå 80%) av alla patienter som har en ökad risk för Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA) ska odlas i samband med inskrivning.

Resultat: ARB mäts regionövergripande genom punktprevalensmätning två gånger per år. Under 2021 odlades 59 % av patienterna med ökad risk för MRSA, (60% av kvinnorna och 59% av männen). Uppdelat på vår och höst var resultaten 60,5 % respektive 58,1 %.



Figur 6. Följsamhet till riktlinjerna avseende odling för MRSA hos patienter med riskfaktorer

Följsamheten till MRSA, VRE och ESBL-screeningodlingar av patienter som varit i kontakt med sjukvård utomlands utanför Norden var 66,7 % (vår) respektive 75 % (höst). Patienter som vårdats utomlands samt har riskfaktorer ska även odlas för ESBLcarba. Vid vårens mätning var det endast en patient med riskfaktorer som odlades och för hösten var det två av totalt tre patienter där odling genomfördes.

För patienter med känd MRSA var det för våren 14 av 16 patienter och för hösten samtliga 10 patienter som handlades korrekt enligt gällande vårdprogram.

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

Åtgärd: En del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet blivit eftersatt pga. covid-19-pandemin och den ökade belastning som det medfört för sjukvården.

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

Trycksår

Mål: Riskbedömning ska göras enligt Modifierad Nortonskala inom 24 timmar efter inskrivning på första avdelning på sjukhuset (exklusive obstetrik). Andel patienter som under aktuellt vårdtillfälle förvärvat trycksår av kategori 2–4 ska redovisas liksom andel riskpatienter där förebyggande åtgärder satts in.

Resultat: Under 2021 har trycksår mätts kontinuerligt i den slutna vården. Dessutom genomfördes en punktprevalensmätning under hösten. Trycksårsresultat visas digitalt för alla verksamheter i visualiseringsverktyget Tableau på Karolinska Universitetssjukhusets intranät. Automatiserade datauttag hämtas direkt från journalsystemet TakeCare i den kontinuerliga mätningen, bl. a hämtas journalförda riskbedömningar, andel patienter med risk för trycksår, dokumenterade åtgärder för riskpatienter samt förvärvade trycksår under sjukhusvistelsen. En stor mängd data (mer än 50 000 vårdhändelser) ingår i det sjuhusövergripande resultatet. Andel riskbedömningar för trycksår vid inskrivning på sjukhuset var 80 % (n=52 332). Cirka var femte patient (18 %) bedömdes ha en ökad risk för trycksår vid inskrivningen dvs hade Nortonpoäng ≤ 20 . Av samtliga riskpatienter hade 70 % minst en förebyggande åtgärd/aktivitet dokumenterad i TakeCare. De vanligaste åtgärderna var regelbunden lägesändring i säng och avlastning av tryckutsatta områden. Samtliga patienter på Karolinska Universitetssjukhuset har en tryckreducerande

madrass eller en behandlande madrass. Andel patienter med förvärvade trycksår av kategori 2 eller högre under sjukhusvistelsen var 0,1 %.

Resultat från punktprevalensmätningen visar att andelen patienter med trycksår av kategori 1–4 (inklusive ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) var 14,1 % (n=432) på observationsdagen. Motsvarande resultat på sjukhuset var 11,9 % 2020 och 14,3 % 2019. Andelen patienter med trycksår av kategori 2–4 (inklusive ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) var 8,6 % på observationsdagen (6,8 % 2020 respektive 8,0 % 2019). I det nationella resultatet 2021 från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) hade 14 % av patienterna trycksår av kategori 1–4 (inklusive ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) respektive 11 % av patienterna hade trycksår av kategori 2–4 (inklusive ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada) på observationsdagen.

Antal rapporterade trycksår eller risk för trycksår i avvikelssystemet HändelseVis ligger på liknande nivå som tidigare år.

Tabell 4. Antal registrerade trycksårsavvikelser i avvikelssystemet HändelseVis.

År	2021	2020	2019
Antal rapporterade trycksår/risk för trycksår	96	104	107

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

Åtgärd: Dialoger om trycksårsresultat har förts med olika verksamheter. En ”realtidstavla” som ger en överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid inskrivningen och om patienten bedöms ha risk för trycksår har under året utvecklats och implementerats i verksamheterna. Under året har även data i den kontinuerliga mätningen kvalitetssäkrats och validerats.

Karolinska Universitetssjukhuset initierade och sammankallade till möte med övriga akutsjukhus i Stockholm för att få till stånd en enhetlig journalföring av trycksår på samtliga sjukhus. Delvis omarbetade sjukhusgemensamma journalmallar har utvecklats och implementerats.

Den internationella trycksårsdagen 18 november uppmärksammades genom information om trycksårsförebyggande åtgärder på sjukhusets intranät. På grund av Covid-19 har inga fysiska föreläsningar eller seminarier hållits under året inom trycksårsområdet.

Uppföljning av åtgärd: Trycksår inklusive förebyggande insatta åtgärder följs kontinuerligt på sjukhusets intranät via visualiseringsverktyget Tableau.

Undernäring/nutrition

Mål: Riskbedömning för undernäring ska göras inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning på sjukhuset (exklusive obstetrik och intensivvård).

Region Stockholms mål var att $\geq 80\%$ (minimnivå 60 %) av alla vuxna patienter ska genomgå en komplett riskbedömning avseende undernäring. I en komplett nutritionsbedömning ingår variablerna BMI (Body Mass Index), uppgift om patienten har viktförändring/ingen viktförändring samt uppgift om ättsvårigheter/inga ättsvårigheter. Andelen riskpatienter för undernäring som har dokumenterade åtgärder följs även upp.

Resultat: Under 2021 har undernäring mätts kontinuerligt i slutenvården. Resultatet visas digitalt för alla verksamheter i Tableau på sjukhusets intranät. Automatiserade datauttag hämtas direkt från TakeCare i den kontinuerliga mätningen, bl.a. hämtas journalförda riskbedömningar, andel patienter med risk för undernäring och dokumenterade åtgärder för riskpatienter. Andel riskbedömningar för undernäring vid inskrivning på sjukhuset inom 24 timmar var 68 % (n=50 040) varför målnivån på 80 % kompletta riskbedömningar inte har uppnåtts. Resultatet visar att det är vanligt att patienter har problem med att äta och dricka tillräckligt då 48 % av patienterna bedömdes ha risk för undernäring vid inskrivningen på sjukhuset. Liknande resultat har även erhållits tidigare år. Den vanligaste riskfaktorn som identifierats hos patienterna var ättsvårigheter följt av ofrivillig vikt förlust eller ett lågt BMI-värde.

Av samtliga riskpatienter hade 73 % minst en åtgärd/aktivitet dokumenterad i TakeCare som tex energi- och proteinrik kost, extra mellanmål, näringsdrycker eller stöd i samband med måltiden.

Antal rapporterade nutritionsavvikelser eller risk för nutritionsavvikelse i avvikelssystemet Händelvis ligger på liknande nivå som tidigare år.

Tabell 5. Antal registrerade nutritionsavvikelser i avvikelssystemet HändelseVis

År	2021	2020	2019
Antal rapporterade nutritionsavvikelser/ risk för nutritionsavvikelser	182	189	234

Analys av resultat: Resultatet visar att det även inom nutritionsområdet finns skillnader mellan olika teman och vårdavdelningar vad gäller andel riskbedömningar för undernäring och andel riskpatienter som har dokumenterade åtgärder.

Åtgärd: Dialoger om resultaten har förts med olika verksamheter. En ”realtidstavla” som ger en överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid inskrivningen och om patienten bedöms ha risk för undernäring har under året utvecklats och implementerats i verksamheterna. Under året har även data i den kontinuerliga mätningen kvalitetssäkrats och validerats. En utredning av och uppdatering av vilka aktiviteter som bör ingå i aktivitetsplanen ”risk för undernäring” och därmed ingår i resultatet i Tableaurapporten har genomförts. På grund av covid-19 har få möten hållits fysiskt under året inom nutritionsområdet.

Uppföljning av åtgärd: Riskbedömning för undernäring inklusive insatta åtgärder följs kontinuerligt på sjukhusets intranät via visualiseringsverktyget Tableau.

Fall

Mål: Riskbedömning för fall enligt Downton Fall Risk Index ska göras inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning på sjukhuset (exklusive obstetrik och intensivvård). Ett sjukhusspecifikt mål har 2021 varit att öka andelen riskpatienter som har insatta fallförebyggande åtgärder och därmed minska andelen patienter som faller på sjukhuset.

Resultat: Under 2021 har fall mätts kontinuerligt i den slutna vården. Resultatet visas digitalt för alla verksamheter i Tableau på intranätet. Automatiserade datauttag hämtas direkt från TakeCare i den kontinuerliga mätningen, bl.a. hämtas uppgift om journalförda riskbedömningar, andel patienter med risk för fall, dokumenterade förebyggande åtgärder för riskpatienter samt antal patienter som fallit under vårdtiden med eller utan skada. Andel riskbedömningar för fall vid inskrivning på sjukhuset inom 24 timmar var 79 % (n=50 040). Resultatet visar vidare att cirka 30 % av patienterna som skrivs in på Karolinska Universitetssjukhuset bedöms ha fallrisk. Majoriteten av patienterna med fallrisk var 65 år eller äldre. Av samtliga riskpatienter hade 68 % minst en åtgärd/aktivitet dokumenterad i TakeCare som exempelvis personstöd vid förflyttning eller kontinuerlig tillsyn.

Antal rapporterade fallavvikelser eller risk för fall som registrerats i avvikelssystemet HändelseVis har minskat något i jämförelse med tidigare år.

Tabell 6. Antal registrerade fallavvikelser i avvikelssystemet HändelseVis.

År	2021	2020	2019
Fall utan skada	273	320	329
Fall med fysisk skada	102	106	100
Oro/rädsla pga. fall	9	5	3
Antal registreringar	394	431	439

Analys av resultat: Resultatet visar att det är skillnader mellan olika teman och vårdavdelningar vad gäller andel riskbedömningar för fall och andel riskpatienter som har dokumenterade åtgärder. Fall under vårdtiden är en obligatorisk term och utfallsmått i utskrivningsanteckningen. Under 2021 har totalt 1,7 % av patienterna, drygt 800 patienter, dokumentation om att de fallit under sjukhusvistelsen. Drygt en femtedel (22 %) ådrog sig en skada. Antal fallregistreringar i HändelseVis har därmed underrapporterats.

Åtgärd: Dialoger om resultat från falluppföljningarna har förts med olika verksamheter. En ”realtidstavla” som ger en överblick av vilka patienter som har riskbedömts vid inskrivningen och om patienten bedöms ha risk för fall, har under året utvecklats och implementerats i verksamheterna. Under året har även data i den kontinuerliga mätningen kvalitetssäkrats och validerats.

Uppföljning av åtgärd: Fall inklusive förebyggande insatta åtgärder följs kontinuerligt på sjukhusets intranät via Tableau.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker

Händelseanalyser av vårdavvikelser och riskanalyser ur ett patientsäkerhetsperspektiv genomförs av ett granskningsteam på uppdrag av respektive verksamhetschef. Identifierade händelser och risker, som har lett till eller riskerar att leda till en vårdskada blir sedan underlag för att ta fram åtgärder för att förebygga upprepningar och används i lärandesyfte.

I flera fall av de händelser som utretts för vårdskada/allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada har patientens väg i vården gått genom olika teman/funktioner. Detta har försvårat en helhetssyn i orsaksutredningen, ett övergripande ansvarstagande på systemnivå och det organisatoriska lärandet. I dessa fall har chefläkare bidragit till att det tagits fram ett gemensamt uppdrag för de involverade verksamheterna. Centralt stöd vid mer komplexa händelser och inför ett ställningstagande om anmälan enligt lex Maria finns att tillgå.

Under det gångna året har stöd getts vid fyra utvidgade händelseanalyser. Ett exempel är inom verksamheten Bild och funktion som till följd av en utvidgad händelseanalys gjort justeringar av sina rutiner och utbildning gällande uppdatering av mjukvara för datortomografi.

I samband med uppgradering av Nitha (nationellt IT-stöd för händelseanalyser) hölls ett flertal digitala utbildningstillfällen. Tre utbildningstillfällen med fokus på patientsäkerhet, risk- och händelseanalys har anordnats under året. Utbildningens lärandemål var att höja kvaliteten på utredning av negativa händelser i systemperspektiv. Utbildningen hölls under en heldag och vände sig i första hand till analysledare som använder IT-stödet Nitha. Intresset och efterfrågan på utbildningarna har varit stor.

Vid från patientsäkerhetsdialoger med Tema ARM och Tema Cancer framkom att det saknas händelseanalysledare inom temana. Det finns i flera verksamheter ett behov av utbildning av händelseanalysledare. För 2022 kommer centralt stöd ges i detta för att säkerställa att kompetens finns.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Under 2021 har arbetet varit fokuserat på att analysera, sammanställa och skriva klart rapporten, ”Journalgranskning av covid-19-patienter vid Karolinska Universitetssjukhuset 2020”. Förutom arbetet med sammanställning av covid-19-granskning och rapportskrivande har journalgranskning av covid-19-patienter som vårdats inom slutenvård under hösten 2020 och den försenade rutinmässiga granskningen av 240 patienter för 2020 genomförts. Detta innebär att granskning för 2021 är försenad och inte kan redovisas i nuläget.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Flera verksamheter har påtalat risker med att olika journalsystem används där informationsutbytet systemen emellan saknas eller brister. Ett exempel är Obstetrix som används vid graviditets- och förlossningsvård men som inte kommunicerar med ordinarie journalsystem TakeCare. Där behövs tydliga rutiner för kommunikation mellan olika vårdenheter för att säkerställa att information inte missas.

Vid patientsäkerhetsdialoger påtalades att vid organisationsförändringar dröjer det innan organisationsträdet i HändelseVis uppdateras. Detta leder till att avvikelser faller mellan stolarna och inte handläggs korrekt.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Under året har sjukhuset sett olika utmaningar som krävt anpassningar och förändringar i verksamheterna.

Under tidig höst 2021 drabbades Stockholm av ett RS-virusutbrott som påverkat barnsjukvården i hög grad. Tack vare nyvunna erfarenheter från covid-19-pandemin kunde man snabbt tillgängliggöra fler vårdplatser genom att medarbetare från olika vårdverksamheter samarbetade och kompetens kunde flyttas dit den bäst behövdes.

På grund av covid-19-pandemin sköts en del av den planerade vården upp och ökade vårdköer och väntetider. Sjukhuset genomförde under året en särskild operationssatsning där medarbetare arbetade kvälls- och helgtid för att kunna erbjuda planerade operationer för de patienter som fått vänta på vård. Totalt genomfördes 1497 extra operationer mellan augusti och december 2021, företrädesvis genomfördes canceroperationer. En generell utmaning för Karolinska Universitetssjukhuset, liksom andra sjukhus, handlar om tillgång på vårdplatser, vilket är kopplat till utmaningar med bemanning. Antalet vårdplatser har dock ökat sedan 2019 (genomsnittligt antal vårdplatser 2019 var 976 jämfört med 1086 för 2021). Detta har lett till en lägre andel överbeläggningar, färre utlokaliserade patienter, färre sent inställda operationer samt färre patienter som får övernatta på akutmottagningarna.

Riskhantering

Under året har sjukhusledningen genomfört sedvanlig intern kontroll av sjukhusövergripande risker och åtgärder. Risker som identifierades rörde bland annat att säkra kompetensförsörjning på kort och lång sikt, otillräcklig medvetenhet kring gällande regler, otydliga mandat- och ansvarsområden samt införande av nya läkemedel. Åtgärdsplanen följs upp löpande.

Ett förbättringsområde för sjukhuset är att ta fram rekommenderade metoder och arbetsredskap för att göra riskbedömningar för patientsäkerheten i olika situationer för vårdverksamheterna. Det kan till exempel handla om riskbedömning vid överbeläggningar eller inför flyttar och omorganisationer.

Flera vårdverksamheter använder sig av Gröna korset för riskbedömning i realtid som stöd för det löpande förbättringsarbetet vilket är ett exempel på patientnära riskhantering.

Den årliga risk- och sårbarhetsanalysen av extraordinära händelser i fredstid har genomförts och uppdaterats med ett 40-tal aktiviteter. Säkerhetsskyddsanalysarbetet har initierats och kontinuitetsarbetet har gradvis systematiserats. Initiala planer och plan B för ett antal särskilda händelser är dokumenterade. Gradvis skapas förbättrad robusthet och resiliens.

Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetsätt utifrån tillgänglig information

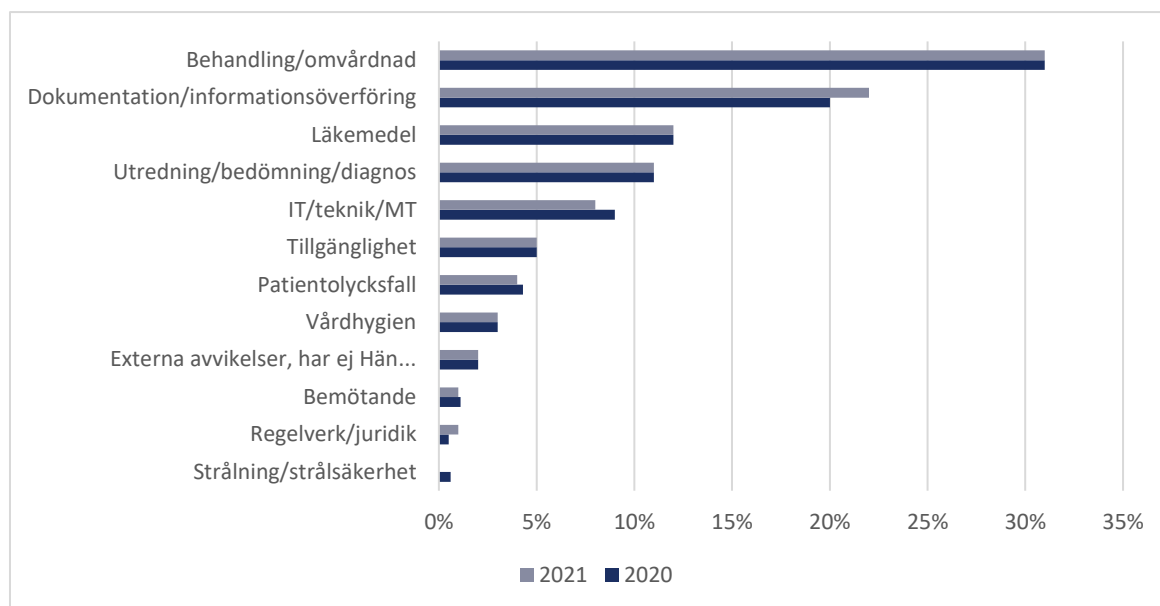
Ett utvecklingsområde för det centrala patientsäkerhetsarbetet på sjukhuset kan vara att på ett strukturerat sätt fånga upp och driva åtgärder som sträcker sig utanför temats/funktionens gränser och behöver hanteras sjukhusövergripande. Redan idag finns vissa verksamhetsövergripande fora för erfarenhetsutbyte rörande kvalitet och patientsäkerhet. Till exempel Strategiskt omvårdnadsforum vilket är ett forum för verksamhetschefer inom omvårdnadsområdena att driva gemensamma kvalitetsfrågor samt frågor kring kompetensförsörjning. Stab Kvalitet och patientsäkerhet är sammankallande till nätverk för kontaktpersoner i samtliga verksamheter. Där informeras om aktuella kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Vid verksamhetschefsmöten delas erfarenheter från tillbud och negativa händelser.

Avvikelser

Under året har 14 648 vårdavvikelser rapporterats in, vilket är en ökning med 7 % i jämförelse med 2020, samtidigt har ledtiden (medel) för avslutade avvikelserapporter fortsatt minska till 43 dagar (2020: 70, 2019: 81, 2018: 72, 2017: 43).

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

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



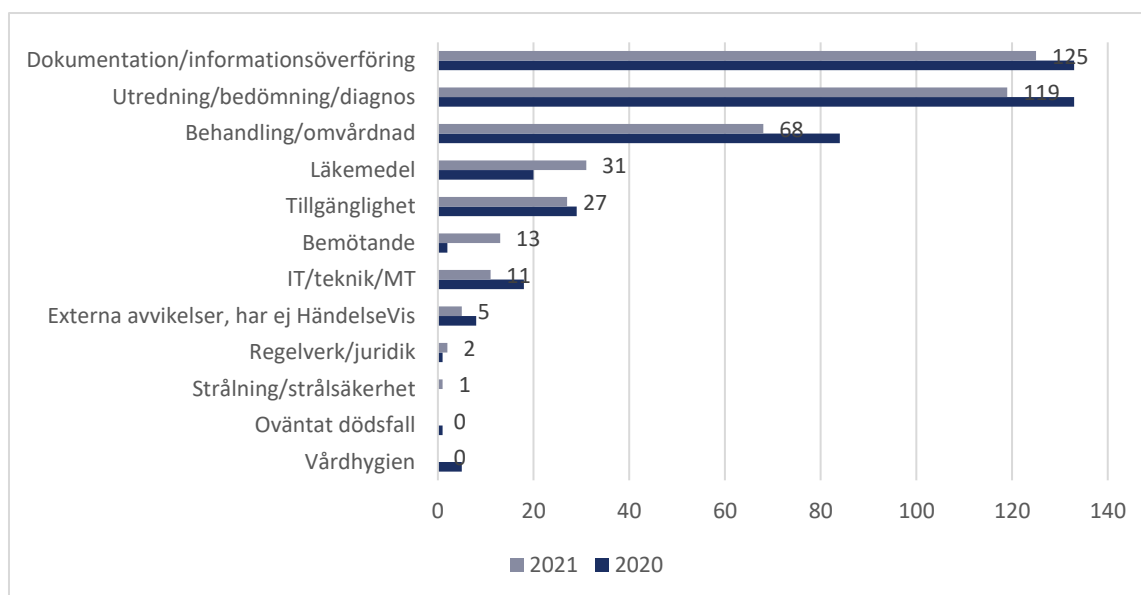
Figur 7. Totalt antal inrapporterade vårdavvikelser klassificering 1, 2020–2021

De vanligaste bedömda orsakerna till händelserna förekom inom områdena procedurer, rutiner eller riktlinjer, kommunikation/ information följt av utbildning och kompetens och därefter omgivning och teknik, utrustning och apparatur, externa avvikelser, brist på vårdplatser och minst antal var inom barriärer och skydd.

Under året omhändertogs och avslutades 11 989 avvikelser vilket även inkluderar avvikelser från 2020 och bakåt i tid. Av de avslutade avvikelser som bedömts som en negativ händelse bedömdes 435 händelser ha medfört en vårdskada för patienten. I 53 fall fanns uppgift om att händelseanalys hade genomförts. I åtta fall bedömdes att händelsen skulle följas upp av Inspektionen för vård och omsorg alternativt annan myndighet.

Externa avvikelser

Totalt har 521 externa avvikelser inkommit från andra vårdgivare via avvikelshanteringssystemet. De vanligaste förekommande händelserna berörde dokumentation/informationsöverföring, utredning/bedömning/diagnos, behandling/omvårdnad, läkemedel och tillgänglighet.



Figur 8. Totalt antal rapporterade externa vårdavvikelser, klassificering 1, 2020–2021

De vanligaste angivna orsakerna till händelserna var inom procedurer, rutiner eller riktlinjer, kommunikation/information, teknik, utrustning och apparatur samt inom utbildning/kompetens.

Avvikelser från primärvård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Totalt inkom 219 externa avvikelser från primärvården (vårdcentral/närakut/BVC/BMM/-tolkcentral/habilitering och hjälpmedel) och ASIH. Antalet avvikelser från primärvården var 180 respektive 39 från ASIH.

De vanligaste händelserna inom primärvården berörde områdena; dokumentation/-informationsöverföring, utredning/bedömning/diagnos, behandling/omvårdnad och läkemedel. Inom ASIH var det dokumentation/informationsöverföring och behandling/omvårdnad som de vanligaste avvikelserna handlade om. De vanligaste rapporterade orsakerna för både primärvård och ASIH rörde kommunikation/information samt procedurer, rutiner eller riktlinjer.

Analys av resultat: Antalet avvikelser har ökat i jämförelse med 2020 vilket med största sannolikhet beror på att antalet patienter som vårdats för covid-19 minskat. Bedömningar av orsaker till händelserna påvisar att det finns förbättringsutrymmen för att rutiner och riktlinjer ska följas samt att det behövs utbildning- och kompetenshöjande insatser.

Även de externa avvikelserna från andra vårdgivare har ökat och de två största områdena av inkomna avvikelser berörde dokumentation/informationsöverföring och behandling/utredning och diagnos. Bedömningen av orsaker gällde framförallt brister inom procedurer/rutiner och riktlinjer och kommunikation/information vilket gör att det också finns förbättringar att göra för att patienter ska känna sig trygga i vårdens övergångar.

Åtgärd: Händelser tas upp i olika mötesforum inom verksamheterna för diskussion och åtgärder och det finns också verksamheter som har fasta analys- eller läkemedelsgrupper med regelbundna möten för att diskutera och analysera uppkomna händelser. Det är olika hur verksamheterna har haft möjlighet att hantera sina resultat då en del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet blivit eftersatt pga. covid-19-pandemin och den belastning som det medfört för sjukvården.

Sjukhusövergripande aktiviteter under året

Det har inte genomförts några ”allmänna verkstäder”, vilket är en praktisk utbildning för handläggare, avvikelseramordnare och användarstödare, på grund av covid-19-pandemin, däremot har riktade utbildningar genomförts vid efterfrågan från verksamheter.

I samband med omorganisationen har ett stort antal (gamla oavslutade avvikelser inom de olika processområdena identifierats och då framförallt inom enheter som inte längre haft någon ansvarig chef relaterat till att verksamheten har gått över till den nya organisationsmodellen.

Tabell 7. Avvikelsehantering. Totalt antal oavslutade avvikelser 2015–2019.

Arbetsmiljö	Vård	Miljö	Lab
Antal avvikelser ej avslutade-/förfallna	Antal avvikelser ej avslutade-/förfallna	Antal avvikelser ej avslutade-/förfallna	Antal avvikelser ej avslutade-/förfallna
465	2 793	4	79

Den största andelen av avvikelser har hanterats. Vid årsskiftet fanns endast ett mindre antal avvikelser kvar att hantera.

Klagomål och synpunkter

Klagomål från patienter eller närstående inkommer till sjukhuset direkt till verksamheterna, via patientsäkerhetshandläggarna, via Patientnämnden (PaN) eller via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Lämna synpunkter och klagomål till din vårdgivare via 1177

Karolinska Universitetssjukhuset har under 2021 påbörjat införandet av 1177 Vårdguidens e-tjänst för synpunkter och klagomål. I slutet av mars 2022 beräknas alla sjukhusets verksamheter ha infört och kan erbjuda e-tjänsten.

En digital väg för patienter att kunna lämna sina synpunkter och klagomål har tydliga vinster. Främst ger det en ökad tillgänglighet och förenklar för patienter att lämna synpunkter och klagomål. Det ger även stöd för verksamheterna att leva upp till tidskravet på återkoppling samt att det ger underlag för att utveckla och stärka kvalitet och patientsäkerhet i den egna verksamheten.

Alla ärenden som inkommer via e-tjänsten är inte synpunkter och klagomål. Oklarheter i hur e-tjänsten ska nyttjas kan leda till att patienter inte kan få hjälp med sina ärenden till vårdenheten. Det behövs tydligare information på 1177 Vårdguiden om vilka frågor som ska riktas till e-tjänsten Även verksamheterna behöver se över sin tillgänglighet då patienter uttrycker svårigheter att komma i kontakt med sin vårdenhet.

Den digitala rapporteringen ökar möjligheterna för patienter att påverka verksamheternas patientsäkerhetsarbete och bidrar till delaktighet och patientinflytande.

Patientärenden och lex Maria

Under 2021 anmäldes 65 händelser till IVO enligt lex Maria. Antalet lex Maria-anmälningar är på ungefär samma nivå som föregående år. Besluten från IVO har i många fall varit, efter kompletteringar, att ärendet avslutas med att Karolinska Universitetssjukhuset fullgjort utredningsskyldighet och åtgärder.

De vanligaste allvarliga händelserna var kopplade till läkemedel, teknik, utebliven följsamhet till rutiner inklusive hygienrutiner (covid-19), samt fördröjd diagnos och behandling.

Tabell 8. Antal ärenden som inkommit 2019–2021

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

Inspektioner och tillsynsärenden

Nya inspektioner och/eller tillsynsärenden från IVO har förekommit sex gånger under 2021. Av dessa har beslut utan kritik inkommit i ett ärende. Fyra tillsyns- och inspektionsärenden är pågående och beslut har inte inkommit vid patientsäkerhetsberättelsen skrivande. Därtill har ett ärende från 2017 med uppföljningen av akutmottagningarnas vistelsetid genomförts.

Enskilda klagomålsutredningar från IVO

Under 2021 inkom 87 enskilda klagomål från IVO. Antal inkomna beslut från IVO i klagomålsutredningar under 2021 var 64 varav 24 följdes med kritik. Kritik som framfördes var bland annat bristfällig dokumentation och utebliven utredning.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det kris- och katastrofmedicinska arbetet i Region Stockholm bygger på samverkan mellan sjukhusen och regionen. 2021 var fortsatt ett speciellt år som präglades av pandemin och dess påverkan på sjukvården. Det har lett till att vissa aktiviteter inte har kunnat genomföras. Under året har följande dokument tagits fram eller reviderats:

- Plan för kontrollerad evakuering
- Epidemiberedskapsplan
- Riktlinje för oönskade folksamlingar i huvudentré och allmänna ytor på Karolinska Universitetssjukhuset
- Uppdaterad plan för Lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) och till det kopplade åtgärdskort

Syftet med samtliga dokument är att klargöra ansvar och förväntningar på verksamheter vid olika typer av särskilda händelser. Eftersom pandemin fortfarande pågår och nya erfarenheter förvärvas varje vecka så kommer det behövas nya revisioner av epidemiberedskapsplanen framöver.

På Karolinska Huddinge, främst inom akutverksamheten, har man under året gjort en översyn av sina katastrofmedicinska beredskapsplaner, vilket ledde till en larm- och uppstartsövning under oktober månad. Resultatet är en höjd medvetenhet och ett fortsatt arbete som ger en högre förmåga inom den katastrofmedicinska förmågan på Karolinska Huddinge. Vidare så genomfördes utbildning för medlemmarna i LSSL vid två tillfällen. För 2022 finns flera övningar och utbildningar planerade.

Representanter från Karolinska Universitetssjukhuset kommer att delta i MRMI (Mass Response to Mass casualty Incidents) som är en katastrofmedicinsk simuleringskurs. En uppföljande larm- och uppstartsövning planeras på Karolinska Huddinge.

Under 2022 behövs vissa aktiviteter genomföras med anledning av planering och uppbyggnad av den civila delen av totalförsvaret. tex framtagandet av en säkerhetsskyddsanalys.

Mycket av det regionala planarbetet har pausats under pandemin, men under 2022 finns det indikationer på att ett nytt ramverk för regionens förvaltningar och bolag kommer tas fram. Det innebär att Karolinska Universitetssjukhuset kommer behöva revidera en del styrande dokument under innevarande år. Även om de regionala ramverken inte fastställs så finns det ett behov av att se över och konstruera om sjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Verksamheterna inom Karolinska Universitetssjukhuset arbetar aktivt med att följa upp och identifiera förbättringsåtgärder inom området patientsäkerhet. Aktiviteter och aktuella risker kan variera utifrån vilken typ av verksamhet som bedrivs, samt var i patientsäkerhetstrappan som verksamheten befinner sig. Inför patientsäkerhetsdialoger som genomförts 2020–2021 ombads teman/funktionerna att genomföra en gap-analys för att på sått få fram status på patientsäkerhetsarbetet i temat/funktionen.

Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner arbetar aktivt med att träna kommunikation i trygghetsskapande och akuta lägen, ett arbetssätt de kallar ”från värmeljus till blåljus”. Det är en typ av tematräning som innefattar simulerade akuta obstetriska situationer som filmas och återkopplas. Planen är implementera löpande teamträning som ska nå all personal som arbetar med förlossning och eftervård.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Sjukhuset har ett fortsatt fokus på att visualisera resultat så att verksamheterna enklare kan följa upp sina resultat och effekter av åtgärder. Utökning av användning av realtidsdata möjliggör daglig styrning för vissa parametrar. Automatiserad överföring till kvalitetsregister och andra uppföljningar frigör resurser och kompetens till patientmötet. Karolinska Universitetssjukhuset kommer att genomföra en stor satsning inom schema- och bemanningsplanering för att kunna utöka den högspecialiserade vården och säkra att rätt kompetens finns på plats vid varje tillfälle. En utmaning är att koppla ihop kvalitet- och patientsäkerhetsbehov med ekonomi och produktionsplanering. En god och säker vård är kostnadsbesparande och en tydligare visualisering av resultat i olika dimensioner ökar motivationen. Tillgång till kompetens är, och kommer att vara en begränsande faktor kommande år.

Sjukhuset fortsätter med patientsäkerhetsdialoger på verksamhetsnivå och uppföljning av handlingsplaner som bidrar till en öppen kultur och identifierar behov av sjukhusövergripande aktiviteter tex utbildningar. Utbildning inom händelseanalys och riskanalys är efterfrågade och kommer återupptas efter pandemiåren. Framgångsrika arbetssätt för att nå resultat delas även genom kvalitetsnätverk, kvartalsvis uppföljningar och sjukhusets intranät.

Ett tydligt mål är en ökad patientmedverkan, både möjligheten för individen att påverka sin egen vård och patientinflytande på strategisk nivå.