

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Diarienummer: K 2021–2213

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Fördelning av ansvar för patientsäkerhet: Ledningssystem för vårdkvalitet	3
3. Uppföljning och egenkontroll av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	5
3.1 Patientsäkerhetskultur, hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i medarbetarundersökningen	6
3.2 Handläggning och rapportering av risker och avvikelser.....	8
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	10
3.4 Markörbaserad journalgranskning (MJG).....	11
3.5 Klagomål och synpunkter.....	11
3.6 Patientärenden och lex Maria	12
3.7 Myndighetsärenden och tillsyn	13
3.8 Risk- och händelseanalys	13
3.9 Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien.....	14
3.10 Punktprevalensmätning Fall.....	17
3.11 Punktprevalensmätning Trycksår	19
3.11 Punktprevalensmätning Nutrition	20

1. Inledning

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

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

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

2. Fördelning av ansvar för patientsäkerhet: Ledningssystem för vårdkvalitet

Ansvarsfördelning

- **Karolinska Universitetssjukhusets styrelse** sorterar organisatoriskt under landstingsstyrelsen med ställning som kommunal nämnd och vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Styrelsens uppdrag är att tillsammans med sjukhusets ledning, ansvara för att verksamheten bedrivs så att krav på och mål för medicinsk kvalitet och patientsäkerhet uppnås, samt att målluppfyllelsen följs upp och rapporteras.
- **Sjukhusdirektören** har genom delegation från styrelsen det yttersta ansvaret för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården.
- **Verksamhetschefens** ansvar för verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet fastställs i uppdraget för sjukhusets verksamhetschefer.
- **Medarbetarnas** ansvar utgår från gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Alla medarbetare ska aktivt medverka i sjukhusets systematiska kvalitetsarbete, i risk- och avvikelshantering och i arbetet med uppföljning av mål och resultat.
- **Chefläkare och chefsjuksköterskor** rapporterar till sjukhusdirektören och deltar i det regionala arbetet i grupperna ”Regional samverkansgrupp för patientsäkerhet”, och nätverk för kvalitet.
- **Karolinska Universitetssjukhusets Strategiska patient- och närstående råd**, patientrepresentanter i patientflödesledningsgrupper, fokusgrupper och möten med patientföreningar är olika sätt på vilka patienters och närståendes synpunkter inhämtas i syfte att inflytande och medskapande successivt ska öka.

Organisationsförändringar

Under 2020 har förändringar skett i sjukhusets organisation av centrala staber. Sjukhusdirektörens stab har gått in i det nyinrättade Rättskansliet. Stab Vårdstöd och service har gått samman med Stab Karolinska IT samt Medicinsk teknik från tidigare Stab Innovation och Utveckling. Delar av Stab Vårdstöd och service gick in i Rättskansliet.



Figur 1. Organisationsstruktur för Stab Vårdstöd och Teknik, 2 november 2020.



Figur 2. Organisationsstruktur för Rättskansliet, 21 september 2020.

Viktiga händelser

Projekt Ledningssystem Vårdkvalitet och patientsäkerhet

Under andra halvåret av 2020 har, på uppdrag av sjukhusdirektören, ett arbete genomförts för att förbättra, förtydliga samt tillgängliggöra ramar och struktur för att stödja Karolinska Universitetssjukhusets verksamheter att följa SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". Projektet avrapporteras i december 2020, och fortsatt arbete pågår under 2021.

Vårdriktlinjer

Ett arbete med att uppdatera Karolinska Universitetssjukhusets Vårdhandbok inleddes 2019. Vid början av 2020 fanns ett förslag till en ny struktur för styrande vårdriktlinjer och stödjande dokument som är anpassad till Nationell kunskapsstyrning samt till ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Benämningen har under året ändrats från "Karolinskas Vårdhandbok" till "Karolinskas Vårdriktlinjer". Genomgång och uppdatering av befintliga riktlinjer fortgår. Målet är att sjukhusets vårdriktlinjer ska vara ett stöd för verksamheten att utforma arbetssätt utifrån lagar, författningar och bästa kunskapsläge. En ny riktlinje med titeln "Framtagande och fastställande av sjukhusgemensamma kliniska riktlinjer" publicerades i september 2020.

Från februari 2021 kommer sjukhusets samtliga styrande dokument att följa samma struktur, som en del i sjukhusets systematiska sjukhusövergripande kvalitetsarbete.

Från mars 2020 engagerades majoriteten av sjukhusets verksamheter av pandemin och det uppstod ett ökat behov av riktlinjer gällande behandling, smittvägar och skyddsutrustning inom vård av patienter med covid-19. Ett team under ledning av chefläkare hade uppdrag att sammanställa, anpassa och kommunicera vårdriktlinjer med fokus på covid-19 inom stabsfunktionen S3. Förändringar av riktlinjer och rekommendationer kommunicerades via dagliga "pulsmejl" samt till chefer via Teams-grupp. En funktionsbrevlåda (riktlinjer.karolinska@sll.se) öppnades, frågorna berörde oftast personlig skyddsutrustning och risken att bli smittad och gruppen besökte ett antal verksamheter för stöd. Detta var särskilt viktigt då Vårdhygien inte fanns tillgänglig i samma omfattning som normalt.

3. Uppföljning och egenkontroll av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Metoder för att skapa underlag för uppföljning av egenkontroll

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

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

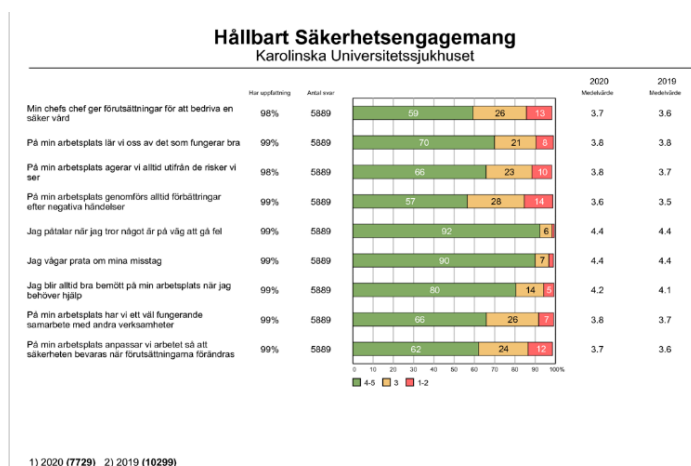
På sjukhusnivå har kvalitetsindikatorerna från regionfullmäktige och nämndens indikatorer samt de med hälso- och sjukvårdsförvaltningen avtalade indikatorerna följts upp vid sjukhusdirektörens kvartalsuppföljningsmöten (KUM). Två av dessa KUM möten ställdes dock in eller omdisponerades på grund av covid-19-pandemin.

3.1 Patientsäkerhetskultur, hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i medarbetarundersökningen

En förutsättning för en säker vård är en god och öppen kultur. Medarbetarundersökningen 2020 var efter beslut i Region Stockholm i ett nytt format, bestående enbart av frågor avseende hållbart medarbetar- och säkerhetsengagemang, s k HME/HSE-index. Resultatet visade en svag höjning av både HME/HSE index, vilket gällde samtliga individuella HME-index; motivation, ledarskap och styrning samt totalindex, jämfört med tidigare år. Svarsfrekvensen för årets enkät hade dock sjunkit till 58 %, jämfört med 2019 års undersökning som besvarades av 75 %. Den lägre svarsfrekvensen är sannolikt relaterad till covid-19-pandemin.

De sjukhusövergripande seminarier som har genomförts tidigare år för att redovisa resultat, ställdes in på grund av pandemin, och resultaten presenterades istället via Teams av Origo Group. En podcast spelades in av ett samtal mellan representanter för arbetsmiljö, patientsäkerhet och ledarskap för att ge inspiration till fortsatt arbete. Samtalet handlade bland annat om de likheter som arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete har i krav på systematik, riskbedömning och rutiner. Som stöd i det fortsatta arbetet publicerades även information och material på Inuti. Podcasten förmedlades till cheferna i samband med utskicket av årets resultat av HME/HSE-enkäten, men även som inspel till reflektion kring ledarskapets roll för arbetsmiljö inom ramen för ledarskapsprogrammet WeManage.

HSE-resultaten följs upp i samband med patientsäkerhetsdialoger på verksamhetschefsnivå.





Patientsäkerhetsdialoger

Som en del i ett riktat patientsäkerhetsarbete med fokus på covid-19 utfördes Patientsäkerhetsdialoger i verksamheter som påverkades av omfallsplanen. Dessa redovisas separat i ”Rapport intensifierat systematiskt patientsäkerhetsarbete under covid-19”.

Under hösten har arbetet med patientsäkerhetsdialogerna fortsatt och ingår nu i det ordinarie systematiska patientsäkerhetsarbetet, initialt på tema- och funktionsnivå, därefter verksamhetschefsnivå.

Metod

Frågor vid Patientsäkerhetsdialog Tema/Funktion/Verksamhet

Hur arbetar ni systematiskt med förbättringar och lärande?

Hur säkerställs att rutiner och processer är kända samt att medarbetarna följer dessa?

Hur arbetar ni med egenkontroll?

På vilket sätt arbetar ni strategiskt med BHK?

Hur ser ert systematiska förbättringsarbete efter covid-19 ut?

Hur ser lärandet ut efter utredningar vid risker och vårdskador?

Finns kompetens i verksamheten att hantera jävssituationer, exempelvis om verksamhetschef är inblandad?

Hur är följsamheten till föreskrifter om avvikelshantering och lex Maria?

Hur arbetar ni med en öppen kultur?

Hur involveras patienter och närstående?

Figur 3. Frågor vid Patientsäkerhetsdialog Tema/Funktion/Verksamhet

- Deltagare är sjukhusdirektör, chefläkare, chefsjuksköterska/sjuksköterska med särskild kompetens, tema-/funktionschef, ledningsgrupp och representant från Vårdhygien.
- Inför mötet skickades mall ut till tema-/funktionschef för att fylla i organisationsskiss temat/funktionen som visar roller och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.
- Genomgång av IVO- ärenden med kritik, fokus på vårdgivaransvar med systemsyn, handlingsplaner och lärande.

Under hösten hann fyra patientsäkerhetsdialoger genomföras innan den ökade smittspridningen av covid-19 ledde till en omprioritering av resurser.

Parallellt med att genomföra patientsäkerhetsdialogerna på tema-/funktionsnivå inleddes ett arbete med att genomföra dem på verksamhetschefsnivå men även detta pausades i samband med ”andra vågen” av covid-19.

3.2 Handläggning och rapportering av risker och avvikelser

Avvikelsehantering 2020

Avvikelser och risker rapporteras av medarbetarna i HändelseVis, ett regiongemensamt elektroniskt verktyg för rapportering, handläggning och sammanställning av avvikelser och risker. Identifierade risker och avvikelser rapporteras till linjechef, som ansvarar för att risker och avvikelser analyseras, bakomliggande orsaker åtgärdas och resultatet av analysen och genomförda åtgärder utvärderas och återförs till medarbetare och till patienter/närstående.

Viktiga händelser, verksamheten i HändelseVis förvaltning

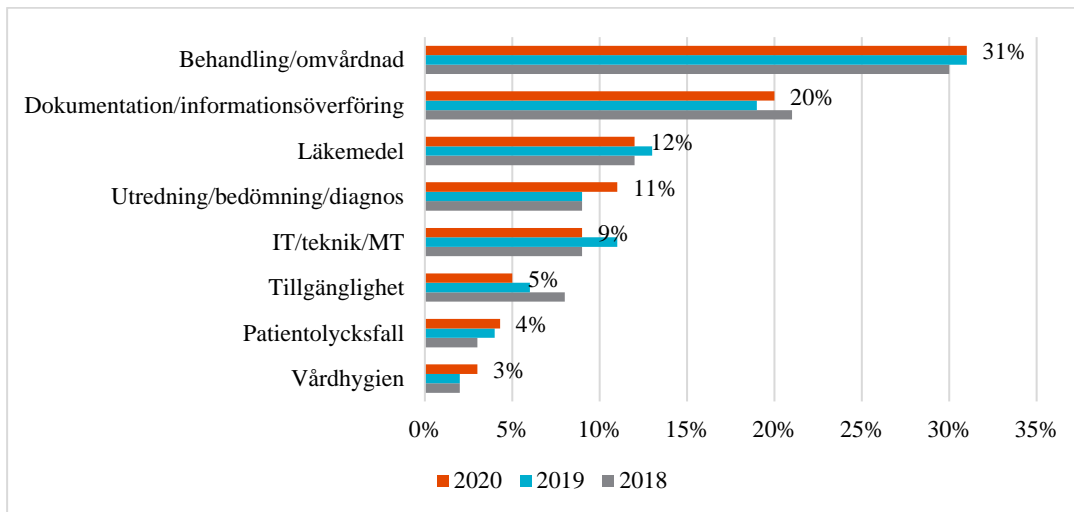
Rollen som objektägare har varit vakant, men chefläkare har deltagit i styrgruppsmöten regionalt. I samband med omorganisation av vissa teman/funktioner och vissa staber identifierades oavslutade avvikelser i enheter som inte längre hade någon ansvarig chef. Dessa hanteras.

Ett arbete med att göra om Arbetsmiljöprocessen har pågått under hela året, Karolinska Universitetssjukhuset har haft två representanter med i processen. Under året anordnades sju *Användarforum* HändelseVis. Vid dessa möten deltar chefläkare, förvaltningsledare, lokal systemförvaltare och respektive processansvarig. Verksamhetsnära utbildningar/verkstäder har genomförts vid 18 tillfällen och generell utbildning i Händelsevis vid två tillfällen.

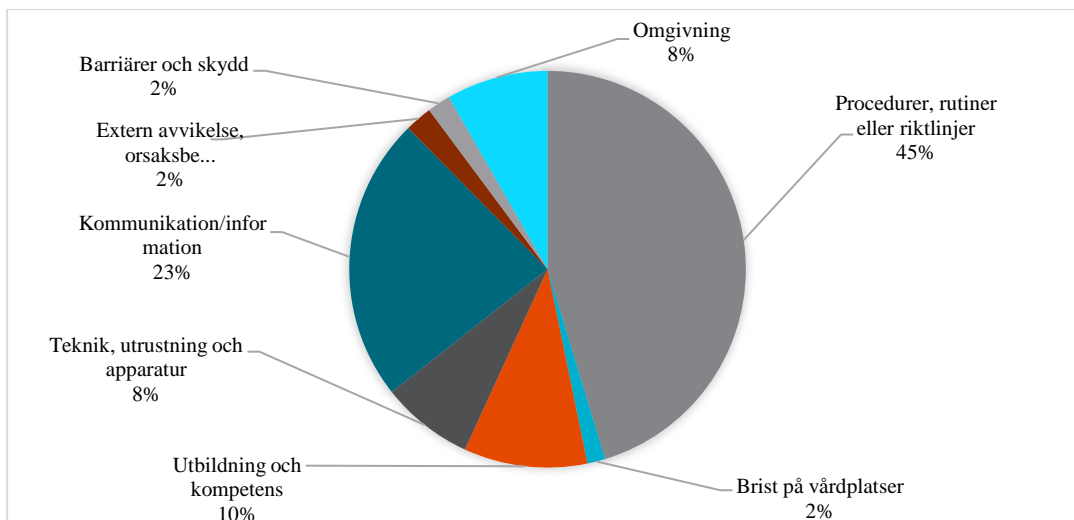
Avvikelse rapportering

Antalet risker och avvikelser som rapporterats i HändelseVis under 2020 var totalt 13 562 vilket är en minskning med 17 procent från 2019 (16 433). Vid patientsäkerhetsdialoger angavs att personalen inte hann registrera avvikelser på grund av hög arbetsbelastning, sannolikt relaterat till covid-19-pandemin.

Antalet rapporterade avvikelser per medarbetare är 0,8. Antal händelser som bedömdes som *Risk* var 4 832 (36%), som *Tillbud* 4 648 (34%) och som *Negativ händelse* 4 082 (30%). Ledtiden för avslutade avvikelse rapporter har sjunkit till 70 dagar (2019: 81, 2018: 72, 2017: 43, 2016: 39).



Figur 4. Andel kategorier avvikelser

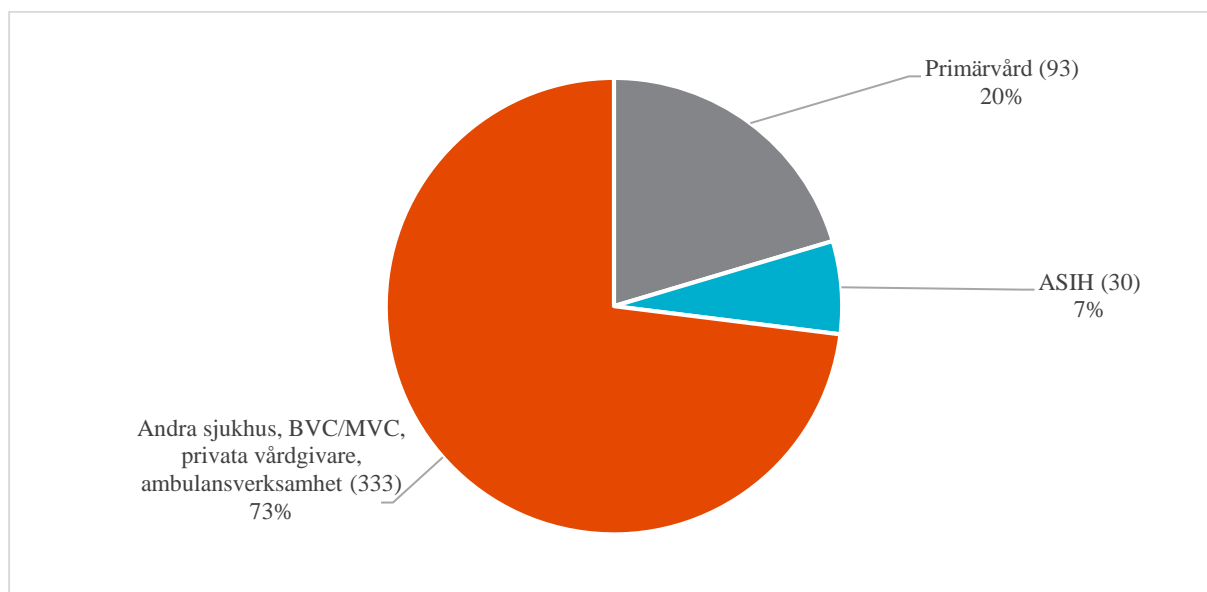


Figur 5. Andel bedömda orsaker avvikelser 2020.

Avvikelser från andra vårdgivare

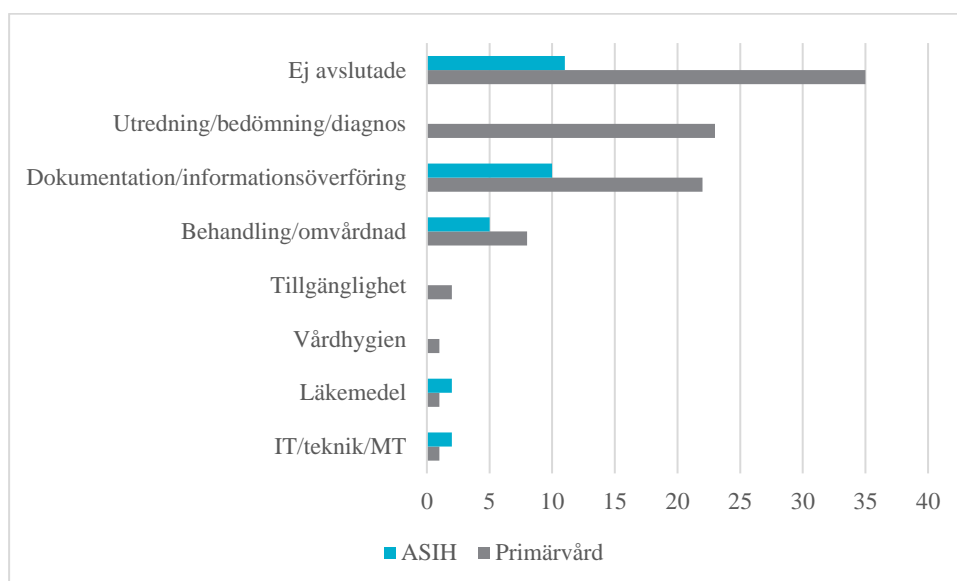
	2020	2019	2018
Totalt antal rapporterade externa avvikelser	455	626	650

Figur 6. Totalt antal rapporterade externa avvikelser 455



Figur 7. Totalt antal rapporterade externa avvikelser vårdgivare (n=455)

*=Primärvård: endast vårdcentraler/husläkarmottagningar och närakut är inkluderade



Figur 8. Totalt antal rapporterade externa avvikelser från ASIH och primärvård*, klassificering 1 2020.

*=Primärvård: endast vårdcentraler/husläkarmottagningar och närakut är inkluderade

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

En permanent överenskommelse, mellan Region Stockholm och Storstockholm, om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, trädde i kraft den 1 januari 2020. Överenskommelsen handlar om att övergången från den slutna vården på sjukhus till fortsatt vård i patientens egna hem, eller på särskilt boende, ska bli så trygg, säker och effektiv som möjligt.

Karolinska Universitetssjukhuset har under 2020 haft följande externa och interna samarbeten som ett led i att förebygga vårdskador:

Extern samverkan

- Tillsammans med Region Stockholm, regionens kommuner och andra vårdgivare reviderat nuvarande rutiner, riktlinjer etc. inför införandet av ett nytt IT-system för utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Tema Åldrande startade tidigt upp en samverkan med kommun(er) i upptagningsområdet för att förbättra utskrivning processen under covid-19
- Händelseanalyser i samverkan med DS, prehospitalet vård, SLSO

Intern samverkan

- Gemensamma riktade informationsinsatser till olika målgrupper, chefer, vårdpersonal och hälsoprofessionerna om Lag om samverkan vid utskrivning (LUS), utskrivningsprocessen och informationsöverföring till kommun och primärvård.
- Föreläsningar om utskrivningsprocessen (n=20), LUS och WebCare för personal på slutenvårdsavdelningar.
- Ett flertal verksamheter har tagit fram riktlinjer, informations- och utbildningsmaterial gällande vård av patienter med covid-19, utifrån sin specifika kompetens och förmedlat detta inom och utanför sjukhuset.
- Under året har ett arbete skett med att förtydliga definitionen av tillgängliga vårdplatser och utlokaliserade patienter med revidering av riktlinjen ”Vårdtillfällen, vårdplatser, utlokaliseringar och överbeläggningar”.
- Uppdraget som vårdplatsansvarig på Karolinska Universitetssjukhuset har övergått från temachefer till verksamhetschefer med ansvar för vårdavdelningar.
- Stora delar av året var sjukhuset i förstärkningsläge och många helt nya former för samverkan uppstod, något som beskrivs i Karolinska Universitetssjukhusets verksamhetsberättelse

3.4 Markörbaserad journalgranskning (MJG)

I ett nationellt arbete styrt av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) rapporterar Karolinska Universitetssjukhuset sedan flera år sjukhusövergripande journalgranskning enligt MJG av 240 journaler; 20 journaler slumpas per månad från samtliga avslutade slutenvårdstillfällen inom Karolinska Universitetssjukhuset. Under pandemin gjordes en riktad MJG covid-19 (n=100) och den rutinmässiga granskningen prioriterades ned, se ”Rapport intensifierat systematiskt patientsäkerhetsarbete under covid-19”. Den ordinarie granskningen planeras vara klar senast till rapporttillfället till SKR 15 juni 2021.

3.5 Klagomål och synpunkter

Patienters och närståendes klagomål och synpunkter på vården utgör en viktig grund för förbättringsarbete i sjukvården. Klagomål från patienter eller närstående inkommer till sjukhuset direkt till verksamheterna eller till Patientsäkerhetshandläggarna, Rättskansliet, via Patientnämnden (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Även enskilda klagomål

och vissa externa avvikelser inkommer till Patientsäkerhetshandläggarna.

Viktiga händelser

Under året har regionen tagit fram möjlighet att registrera enskilda klagomål via e-tjänster på 1177 Vårdguiden via ett formulär och återkoppling ges till patientens inkorg i e-tjänsterna. En projektledare och arbetsgrupp under hösten 2020 tillsattes för införande på Karolinska Universitetssjukhuset, arbetsgruppen har haft regelbundna möten för att genomföra riskanalys etc. Tema Kvinnohälsa är planerad som pilot för införandet och två utbildningstillfällen har genomförts. En e-kurs har tagits fram i samarbete med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Läratorget.

3.6 Patientärenden och lex Maria

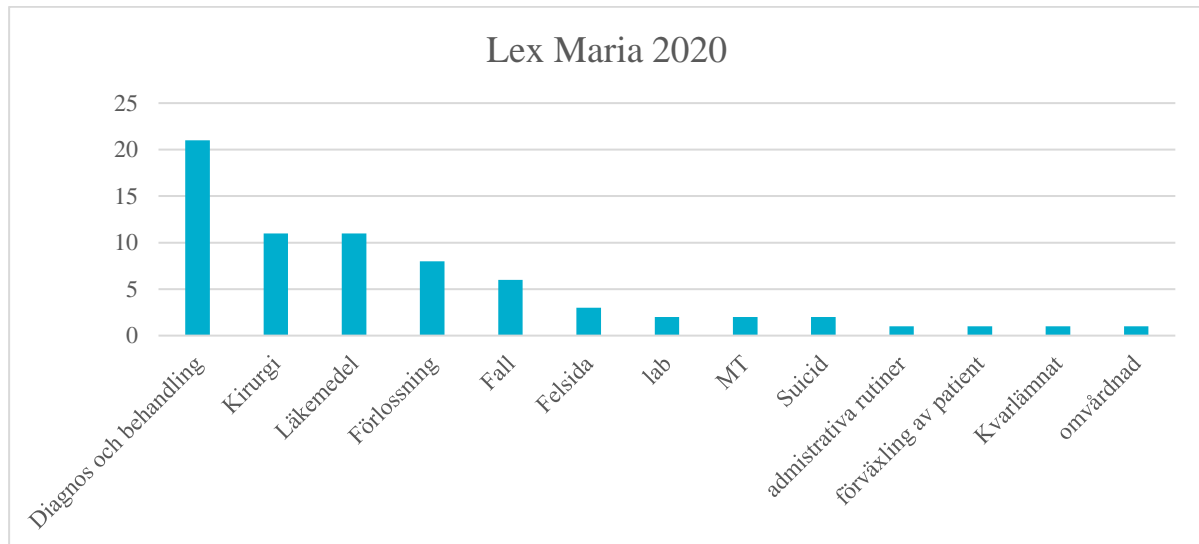
Sjukhusets chefläkare är anmälningsansvariga till IVO enligt lex Maria och beslut fattas som regel efter diskussion i patientsäkerhetsteam, baserat på utredning/händelseanalys gjord av berörda verksamheter.

	2020	2019	2018
Patientnämnden	454	429	395
Enskilt klagomål, IVO	100	77	91
Enskilt klagomål, Karolinska Universitetssjukhuset	107	246	221
Lex Maria	70	56	44
Inspektioner och tillsynsärenden IVO	5	23	9

Figur 9. Antal ärenden 2020

Antalet lex Maria-anmälningar har åter ökat, under 2020 anmäldes 70 händelser till IVO. I majoriteten av fallen har svaret varit att IVO avslutar ärendet med att Karolinska Universitetssjukhuset fullgjort utredningsskyldighet och åtgärder. Vanligaste händelse var kopplat till fel i diagnos och behandling (förseningar eller felaktig diagnos). Både kirurgi och händelser kopplade till kirurgi var representerat samt olika misstag i samband med läkemedel. Organisation, risker och händelser i samband med läkemedel och läkemedelsförsörjning beskrivs i kvalitetsbokslut. Identifierade särskilda risker för patientsäkerhet och läkemedel avseende risker relaterade till läkemedelsförsörjningen under covid-19-pandemin var bristsituationen avseende anestesiläkemedel såsom Propofol och andningsvårdsmedel såsom sterilt vatten, samt desinfektionsmedel. Detta hanterades genom regional och nationell samverkan.

Sex anmälda fallskador fanns bland dessa anmälningar. En iakttagelse är det låga antalet lex Maria-anmälningar kopplat till medicinsk-teknisk utrustning och material, samt omvårdnad. Eventuellt kan det finnas underrapportering inom dessa områden.



Figur 10. Orsaksområden i lex Maria

3.7 Myndighetsärenden och tillsyn

Inspektioner och tillsyn från IVO har förekommit fem gånger under 2020. Av dessa har beslut inkommit i två ärenden, varav ett med kritik. I övriga tre ärenden har beslut inte inkommit vid bokslutets skrivande. Under 2020 har det inkommit totalt 52 beslut ifrån IVO varav 29 med kritik.

3.8 Risk- och händelseanalys

Händelseanalyser av vårdavvikelser och riskanalyser ur ett patientsäkerhetsperspektiv genomförs av ett granskningsteam på uppdrag av respektive verksamhetschef. De identifierade händelser och risker, som har lett till eller riskerar att leda till en vårdskada, blir föremål för en händelseanalys i lärande syfte och för att ta fram åtgärder för att förebygga upprepning

I många fall av inträffade händelser med utredning av vårdskada/allvarlig vårdskada har patientens väg varit tvärs teman/funktioner och det är svårt att få helhetssyn i orsaksutredning och ansvarstagande för åtgärder på systemnivå samt organisatoriskt lärande. En deltidsläkarresurs stödjer vid mer komplexa händelseanalyser inför ställningstagande om anmälan enligt lex Maria. Under det gångna året har sådant stöd getts vid nio händelseanalyser. Funktion Bild och funktion har fått stöd i en riskanalys avseende kontrastinjektor.

Utbildningar i risk- och händelseanalysmetodik samt Nitha ställdes in under året med tanken på covid-19-pandemin, och ett arbete startades för digital utbildning.

3.9 Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien

Basala hygienrutiner och klädregler

Grundläggande för att förebygga VRI är att alla medarbetare tillämpar BHK. Mätning av BHK görs genom observation av de medarbetare som är i tjänst en viss dag. I observationen ingår att undersöka om samtliga åtta delmoment är korrekta enligt rådande riktlinje:

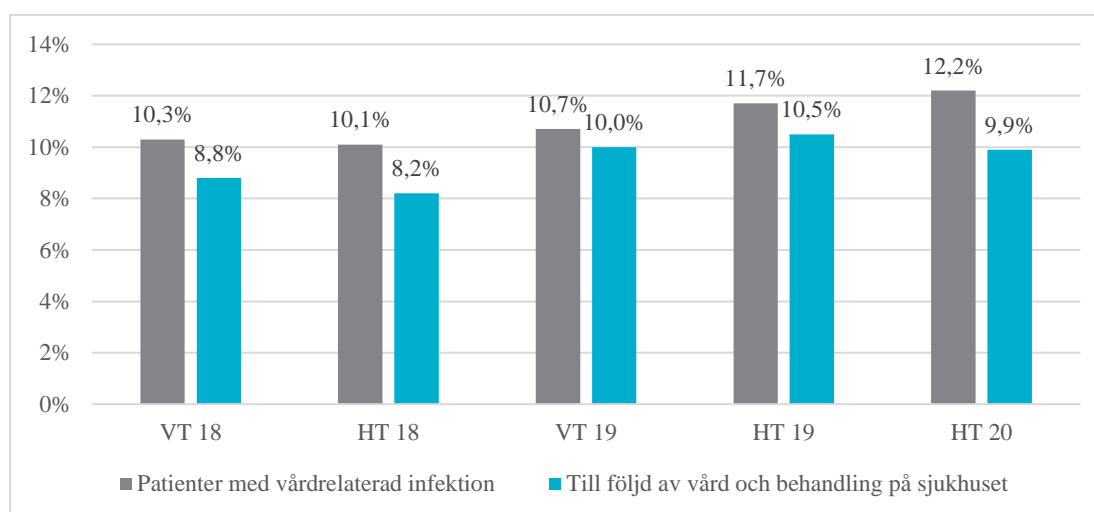
- a) desinfektion före och efter vårdmoment utförs
- b) handskar och skyddskläder används korrekt
- c) att arbetsdräkt, naglar och hår är korrekt samt avsaknad av ring

Resultat BHK

Alla åtta delmoment rätt sågs hos 67 procent (vår 71 procent och höst 65 procent). Vid 72 procent av observationerna utfördes desinfektion av händer samt korrekt användning av handskar och skyddskläder. Följsamheten till riktlinjerna avseende arbetsdräkt, ringar, naglar och hår var 91 procent (2019; 90 procent).

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste förekommande vårdskadan. Under 2020 ingick totalt 962 patienter i punktprevalensmätningen som utfördes vid ett tillfälle (hösten). Total andel VRI var 12,2 procent varav 9,9 procent bedömdes ha uppstått till följd av vård och behandling vid Karolinska Universitetssjukhuset. Under våren 2020 gjordes en inkomplett mätning som avbröts pga. covid-19.



Figur 11. Totalt andel vårdrelaterade infektioner.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner påverkas av andelen patienter med riskfaktorer, som är högre än vid andra sjukhus. Av det totala antalet patienter som ingick i punktprevalensmätningen hade 61 procent en eller flera riskfaktorer vilket även var fallet under 2019. För gruppen patienter som inte hade någon riskfaktor var förekomsten av vårdrelaterade infektioner 3,2 procent och för de patienter som hade en riskfaktor ökade förekomsten av vårdrelaterade infektioner till 10,7 procent. För gruppen patienter med två eller fler riskfaktorer var förekomsten av vårdrelaterade infektioner 25,6 procent vilket är en ökning från 2019 då förekomsten av vårdrelaterade infektioner i denna grupp var 22,0

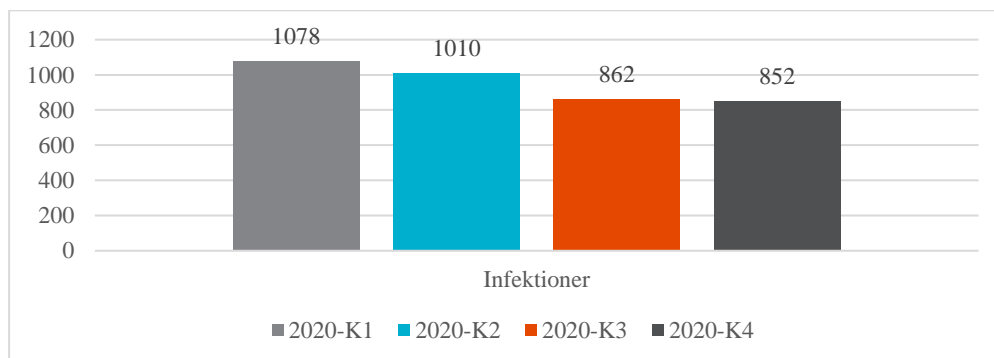
procent.

De vanligaste förekommande riskfaktorerna för de patienter som hade en vårdrelaterad infektion var immunsuppressiv terapi 28 procent, centralvenös infart (CVI) 24 procent, KAD 22 procent, mekanisk ventilation 18 procent och aktuellt kirurgiskt ingrepp 18 procent (antibiotikabehandling är exkluderad som riskfaktor).

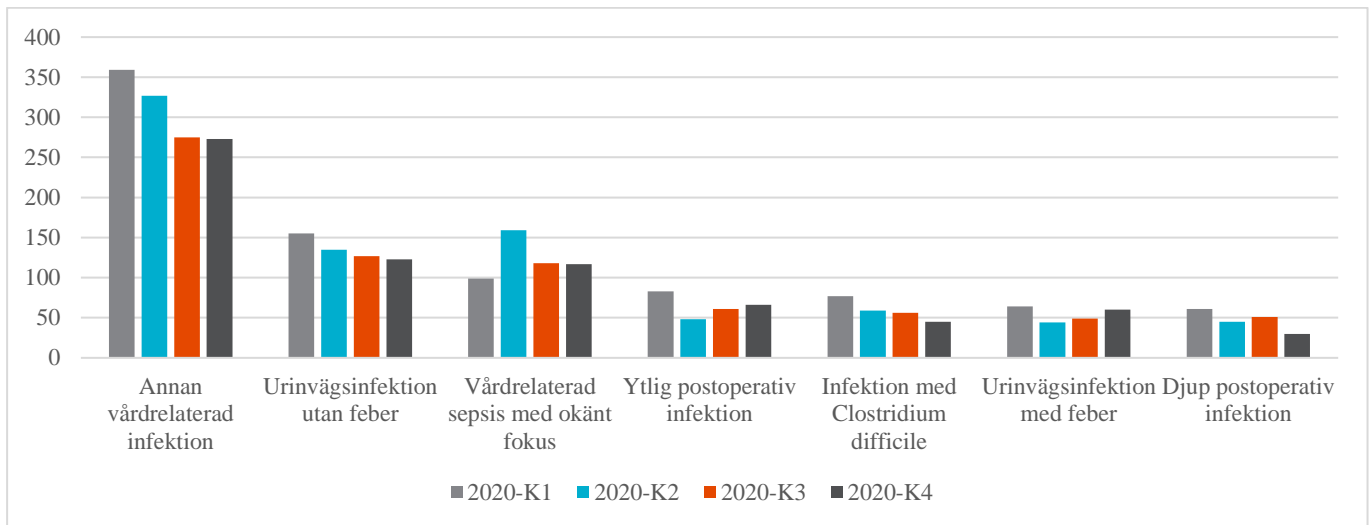
Infektionsverktyget

Införandet av Infektionsverktyget var helt genomfört i december 2019 och från och med 2020 används det av samtliga vårdenheter, utom intensivvårdsavdelningarna, som ett led att kontinuerligt följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning. Under året har Strama Karolinska genomfört flera utbildningstillfällen i Infektionsverktygets rapportdel för infektionsansvariga läkare, kvalitetssamordnare och vårdutvecklare.

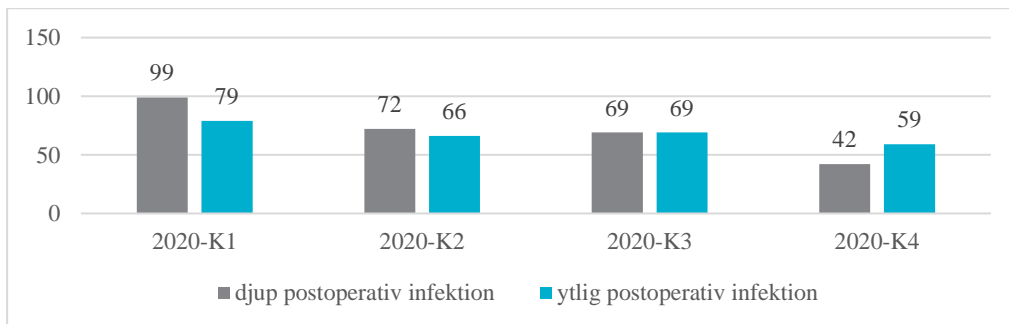
Under 2020 identifierades 37 255 infektioner (vård- och samhällsförvärvade) inom öppen- och slutenvården varav 17 088 inom slutenvården. Antalet vårdrelaterade infektioner inom slutenvården uppgick till 3 796 och fördelningen mellan kvinnor och män var 1 752 (46%) respektive 2 044 (54%). Vanligaste riskfaktorn var urinavledande kateter och därefter central venkateter och minst förekommande var endotrakealtub. Den nedgång i postoperativa infektioner som ses är sannolikt en effekt av minskad elektiv kirurgi pga. covid-19-pandemin.



Figur 12. Antal vårdrelaterade infektion inom slutenvård per kvartal 2020.



Figur 13. Antal vårdrelaterade infektioner uppdelat på infektionstyper inom slutenvård per kvartal 2020.



Figur 14. Antal djupa respektive ytliga postoperativa infektioner inom slutenvård per kvartal 2020.

I tabellen nedan andelen pcV/pcG av samhällsförvärd pneumoni, totalt 10%. På Karolinska Universitetssjukhuset och då särskilt i Solna, är en stor andel patienter immunsupprimerade som följd av svår grundsjukdom med avancerade behandlingar. När dessa patienter kommit in med covid-19 har deras grundtillstånd motiverat bredare antibiotikabehandling. Detta har sannolikt bidragit till att minska andelen som fått behandling med pcV/pcG.

Pneumoni, samhällsförvärd, andel pcV eller pcG (Infektionsverket)

	Totalt	Kvinna	Man
A. Totala antalet förstaordinationer, ATC-kod J01, vid samhällsförvärd pneumoni	3321	1538	1783
B. Antal ordinationer vid samhällsförvärd pneumoni där pcV eller pcG ordinerats som första ordination	332	172	160
C. Andel ordinationer pcV eller pcG (som första ordination i Infektionsverket) av alla första antibiotikaordinationer, ATC-kod J01, vid samhällsförvärd pneumoni. C=B/A	10%	11%	9%

Figur 15. Andel ordinationer vid samhällsförvärd pneumoni där pcV eller pcG ordinerats som första ordination

Kommentar till ordinationsdata från Infektionsverket

Under 2020 vårdades ovanligt många patienter som var svårt sjuka i nedre luftvägsinfektion relaterade till covid-19. Mot bakgrund av stor infektionsspridning i samhället, ny sjukdom där kunskap om eventuella vanliga bakteriella komplikationer saknat är det svårt att motivera det smalaste antibiotikavalet när antibiotika initierades. Under pandemin har kunskapen ökat och det bedöms sannolikt att färre patienter behandlats i onödan med antibiotika i samband med covid-19.

Anmälningsskyldiga resistenta bakterier (ARB)

Det gjordes endast en mätning av följsamheten till regional riktlinje (handlingsprogram) ARB pga. covid-19. Mätningen gjordes under vecka 38-39 2020. Antalet patienter som ingick i ppm-ARB var 1 010.

Patienter med ökad risk för multiresistenta bakterier (Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA), Vancomycin resistent enterokocker (VRE), Extended spektrum betalaktamas, karbapenemas (ESBL och ESBLcarba) ska odlas komplett vid intagning. Under 2020 odlades 57 procent av de patienter som hade en ökad risk för MRSA. Resultatet är det lägsta vid jämförelser med tidigare år (2019: 63%, 2018: 72%, 2017: 73%). Den lägre odlingsfrekvensen kan sannolikt relateras till covid-19-pandemin.

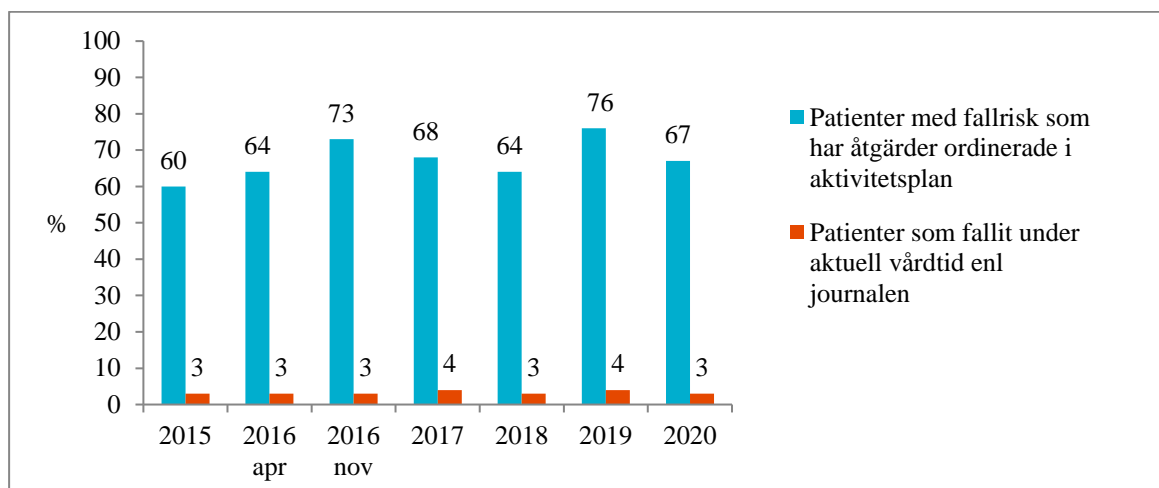
MRSA, VRE och ESBL-screeningodlingar av patienter som varit i kontakt med sjukvård utomlands utanför Norden genomfördes för MRSA i 100 procent. För VRE och ESBL var följsamheten 75 procent. I de fall patienten har riskfaktorer ska de även odlas för ESBLcarba vilket gjordes till 100 procent.

3.10 Punktprevalensmätning Fall

Ett sjukhusspecifikt mål har varit att öka andelen riskpatienter som har insatta fallförebyggande åtgärder. Under 2020 har en punktprevalensmätning genomförts av andelen dokumenterade riskbedömningar för fall inom 24 timmar från inskrivning på avdelning, insatta preventiva åtgärder och andel patienter som fallit under vårdtiden. Resultatet från årets punktprevalensmätning visar att en stor andel av patienterna, 91 % blir riskbedömda för fall enligt instrumentet Downton Fall Risk Index vid inskrivning på sjukhuset (91 % 2019 och 88% 2018).

Fallriskbedömningarna visar att 36 % (139 av 359 patienter) hade en ökad fallrisk vid inskrivningen till sjukhuset, ungefär som tidigare år.

Sammantaget fanns journalförda åtgärder hos 74 % av patienterna med ökad fallrisk.



Figur 16. Andel patienter med fallrisk som har åtgärder ordinerade i aktivitetsplan samt andel patienter som fallit under vårdtiden (exklusive obstetrik och intensivvård).

Fall under vårdtiden är ett obligatoriskt utfallsmått i omvårdnadsepikrisen. Tre procent av samtliga patienter (15 av 556 patienter) har enligt årets punktprevalensmätning fallit, med eller utan skada, en eller flera gånger under sjukhusvistelsen. Av de 15 patienter som fallit ådrog sig två patienter en fysisk skada vilket är på liknande nivå som tidigare år.

Antal registreringar av fallavvikelser i Händelsevis ligger även på en liknande nivå som tidigare år. Drygt 430 patienter har rapporterats falla under vårdtiden 2020, varav 106 ådrog sig en skada. Jämfört med utfall PPM (2 patienter med skada vid observationstillfället) kan detta innebära en underrapportering. Se även "Rapport intensifierat systematiskt patientsäkerhetsarbete under covid-19".

År	2020	2019	2018
Fall utan skada	320	329	300
Fall med fysisk skada	106	100	96
Oro/rädsla pga. fall	5	3	8
Antal registreringar	431	439	413

Figur 17. Antal registrerade fallavvikelser i avvikelssystemet Händelsevis.

Åtgärder och utveckling

Följsamheten till riskbedömning för fall är mycket god. Utvecklingsarbetet framöver behöver fortsatt fokusera på att öka användning av aktivitetsplanen "Risk för fall" i TakeCare för identifierade riskpatienter med syfte att fler förebyggande åtgärder sätts in och journalförs. 2020 har kravspecifikationen för kvalitetsindikator kontinuerlig mätning av fall uppdaterats. Detta för att möjliggöra automatiserade datauttag från riskbedömning, ordinerade åtgärder och utfallsmåttet "Fall under aktuell vårdtid" i omvårdnadsepikrisen. Fortsatt kvalitetssäkring och

validering behöver ske.

3.11 Punktprevalensmätning Trycksår

Riskbedömning ska göras enligt Modifierad Nortonskala inom 24 timmar efter inskrivning i slutenvård (exklusive obstetrik). Andelen riskbedömningar för trycksår vid inskrivning på sjukhuset ligger på en mycket hög nivå 94 % (n=479).

Andel patienter med trycksår, kategori 1–4, var observationsdagen på Karolinska Universitetssjukhuset 11,9 % (n=589). Motsvarande resultat var 14,3 % 2019 och 11,1 % 2018. Andel patienter med trycksår av kategori 2–4 var vid punktprevalensmätningen 6,8 % (8,0 % 2019 och 6,2 % 2018). Detta liknar det nationella resultatet 2020 från Sveriges Kommuner och Regioner.

Cirka var femte patient bedömdes vid inskrivningen ha en ökad risk för trycksår enligt modifierad Nortonskala. Av samtliga riskpatienter hade 53 % åtgärder ordinerade i en aktivitetsplan eller dokumenterade på annat ställe i journalsystemet TakeCare vilket är en försämring jämfört med 2019 då motsvarande siffra var 66 %. Sannolikt finns även här en påverkan av ökad arbetsbelastning under covid-19-pandemin.

Gällande åtgärder hade 68 av 69 patienter en förebyggande eller behandlande madrass och 81 % av de sängliggande riskpatienterna hade dokumenterad regelbunden lägesändring i säng. Därutöver hade 68 % av de sängliggande patienter annan utrustning i sängen som hälavlastning eller glidlakan/matta. Trots att många sängliggande patienter hade insatta förebyggande åtgärder har andelen patienter med förvärvade trycksår under vårdtiden kategori 2–4, ökat till 6,6 % (5,6 % 2019 och 4,0 % 2018). Flertalet patienter som förvärvat trycksår är äldre och har vårdats inom akutmottagningsavdelningar eller intensivvård. En orsak till fler sjukhusförvärvade trycksår kan vara svårt sjuka patienter med covid-19. Se även bilaga ”Rapport intensifierat systematiskt patientsäkerhetsarbete under covid-19”. Antal registrerade avvikelser för trycksår i Händelsevis ligger på liknande nivå som tidigare.

År	2020	2019	2018
Antal rapporterade trycksår/risk för trycksår	104	107	110

Figur 18. Antal registrerade trycksårsavvikelser i avvikelssystemet Händelsevis.

Åtgärder och handlingsplan

Följsamheten till riskbedömning för trycksår är mycket god. Utvecklingsarbetet framöver behöver fortsatt fokusera på att öka användning av aktivitetsplanen ”Risk för trycksår” i TakeCare för identifierade riskpatienter med syfte att fler förebyggande åtgärder sätts in och journalförs.

Under 2020 har kravspecifikationen för kvalitetsindikator kontinuerlig mätning av trycksår uppdaterats. Detta för att möjliggöra automatiserade datauttag från riskbedömning, ordinerade åtgärder och utfallsmåttet förvärvade trycksår under sjukhusvistelsen. Tekniska lösningar har

testats. Kvalitetssäkring och validering pågår.

3.11 Punktprevalensmätning Nutrition

Andelen dokumenterade kompletta riskbedömningar för undernäring inom 24 timmar från inskrivning på vårdavdelning och insatta åtgärder har följts upp via en punktprevalensmätning hösten 2020. Den planerade nutitionsuppföljningen under våren ställdes in pga covid-19. Region Stockholms mål var att $\geq 80\%$ (minimnivå 60%) av alla vuxna patienter ska genomgå en riskbedömning avseende undernäring inom 24 timmar efter inskrivning i slutenvård (exklusive obstetrik och intensivvård). I en komplett nutitionsbedömning ingår variablerna BMI (Body Mass Index), uppgift om patienterna har viktförändring/ingen viktförändring samt uppgift om ätsvårigheter/inga ätsvårigheter

Andelen journalförda kompletta riskbedömningar för undernäring var 2020 69% ($n=534$). Resultatet är en försämring i jämförelse med tidigare år då motsvarande resultat 2019 var 80% och 75% 2018. En komplett nutitionsbedömning ska innehålla samtliga tre variabler, viktförändring, ätsvårigheter och BMI-värde. Resultatet visar i likhet med tidigare år att de enskilda variablerna journalförs i högre utsträckning. Även här finns sannolikt en påverkan av covid-19-pandemin.

Punktprevalensmätningen visar vidare att många patienter har svårt att tillgodose sitt mat- och vätskeintag då 43% (229 av 534 patienter) bedömdes ha risk för undernäring vid inskrivningen på sjukhuset. Resultatet ligger på liknade nivå som tidigare år. Den vanligaste riskfaktorn som identifierades hos patienter var ätsvårigheter följt av ofrivillig viktförlust och ett lågt BMI.

År	2020	2019	2018
Antal rapporterade nutitionsavvikelser/risk för nutitionsavvikelser	189	234	255

Figur 19. Antal registrerade nutitionsavvikelser i avvikelssystemet Händelsevis.

Åtgärder och handlingsplan

Följsamheten till att riskbedöma patienterna för undernäring vid inskrivning kan förbättras, målnivån 80% kompletta nutitionsbedömningar har inte uppnåtts. Hos fler patienter behöver samtliga ingående variabler i riskbedömningen journalföras. Andel patienter med risk för undernäring som hade en upprättad aktivitetsplan ligger på liknade nivå som året innan. Förbättringsarbetet framöver behöver fortsatt fokusera på en ökad användning av aktivitetsplanen i Take Care för patienter med risk för undernäring.

Under 2020 har kravspecifikationen för kvalitetsindikatorn kontinuerlig mätning av nutrition/undernäring uppdaterats. Detta för att möjliggöra automatiserade datauttag från riskbedömning och ordinerade åtgärder. Validering pågår.