



Österbottens välfärdsområde  
Pohjanmaan hyvinvointialue

# Samkommunen för Österbottens välfärdsområde, kvalitetsrapport för 2022

§ 116 Godkänd i Österbottens välfärdsområdets ledningsgrupp 7.3.2023

# Innehåll

Samkommunen för Österbottens välfärdsområde, kvalitetsrapport för 2022.....	1
Innehåll .....	2
Inledning .....	5
1 Kvalitetsarbete.....	6
1.1 Ledningens genomgång .....	6
1.2 Självvärdering .....	6
1.3 Intern kvalitetsrevision .....	7
1.4 Extern kvalitetsrevision .....	7
2 Klient- och patientsäkerhet.....	9
2.1. Nationellt samarbete vid utveckling av klient- och patientsäkerhetsarbetet.....	9
2.2. Genomförande av klient- och patientsäkerhetsstrategin .....	9
2.3. Anmälningar om farliga händelser .....	10
2.3.1 Rapporterade händelsetyper .....	11
2.3.2. Klienters och anhörigas anmälningar om farliga händelser.....	12
2.4. Utredning av allvariga farliga händelser .....	13
2.5. Säker läkemedelshantering .....	14
2.5.1 Anmälningar om farliga händelser gällande läkemedelsbehandling och vätsketerapi .....	15
2.6 Säkerställande av medicinskt kunnande.....	16
2.7. Apparatsäkerhet .....	17
2.8. SPro .....	17
2.9. Klient- och patientsäkerhetsarbetets målsättningar för 2023.....	18
3 Patient- och socialombudsmän .....	19
3.1. Kontakt med patientombudsmän, orsaker och antal gånger .....	19
Bild 4. Kontakt med patientombudsmän, orsaker och antal gånger .....	19
3.2. Kontakt med socialombudsmän, orsaker och antal gånger.....	20
4 Klientrespons.....	21
4.1. Kommentarer från klienter .....	21
4.1.1 Behandling av kommentarerna.....	22
4.2. Anmärkningar och klagomål .....	22

5 Delaktighetsarbete .....	25
5.1. Påverkansorgan .....	25
5.1.1. Äldrerådet .....	25
5.1.2. Rådet för personer med funktionsnedsättning .....	26
5.1.3. Ungdomsfullmäktige .....	27
5.2. Klientråd .....	27
5.2.1. Klientrådet för barn, unga och familjer .....	28
5.2.2. Klientrådet för personer i arbetsför ålder .....	28
5.2.3. Klientrådet för äldre personer .....	28
5.3. Organisationssamarbete .....	29
6 Riskhantering .....	30
6.1. Riskbedömning .....	30
6.2. Regelbunden riskbedömning .....	30
6.3. Riskbedömning vid förändringar .....	30
7 RAI nyckeltal .....	31
7.1 Bakgrund .....	31
7.2 RAI kvalitetsindikatorer .....	31
7.3 Hemvård och serviceboende dygnet runt – klientstrukturen .....	32
7.4 Kvalitetsbrister vid hemvård och serviceboende dygnet runt .....	33
7.5 Funderingar .....	34
8 Säkerhet, beredskap och förberedelse .....	35
8.1. Säkerhetsutbildning .....	35
8.2. Beredskap och planering .....	36
9 Dataskydd .....	37
9.1. Genomförande av dataskydd i Österbottens välfärdsområde .....	37
9.2. Den registrerades rättigheter och hur de tillgodoses .....	38
9.3. Uppföljning och mätning .....	38
9.4. Bedömning och utveckling av dataskyddet .....	39
10 Hygien .....	40
10.1. Anmälan om infektioner .....	40
10.2. Multiresistenta mikrober .....	44
10.2.1 MMKR-statistik .....	45
10.3. Influensavaccineringar .....	46
10.4 Observation av handhygien via appen eHuuhde .....	48

10.4.1 Uppföljning av förbrukning av handdesinfektionsmedel med appen eDesi 2022	49
10.4.2 Uppföljning av förbrukning av handdesinfektionsmedel utanför sjukhuset.....	49
Bilagor.....	51

## Inledning

Kvalitetsrapporten för 2022 är den första årliga sammanställningen av planmässigt utvecklingsarbete som utförts på organisationsnivå för att upprätthålla och främja trygg, säker vård, omsorg och service av hög kvalitet i samkommunen för Österbottens välfärdsområde.

Målsättningen i Österbottens välfärdsområdes strategi är att ha Nordens bästa säkerhet, och det har man arbetat för i några år. Ett systematiskt utvecklingsarbete har pågått planmässigt ända sedan välfärdsområdets tillkomstperiod.

Man får ingen kvalitet utan systematiskt arbete, och kvalitetsrapporten ger ramar för utvecklingsarbetet. År 2022 har gett oss nya möjligheter att främja säkerhetsarbetet i hela Österbotten. Vid förberedelserna för välfärdsområdet har man satsat på att utveckla kvalitetsarbete och börja använda ett kvalitetssystem i hela Österbotten.

För rapporten har flera experter dokumenterat det gångna året och tillika har man samlat ihop det kommande årets utvecklingsområden. Syftet med rapporten är att få mera genomskinlighet samt informera beslutsfattare, anställda, kunder, klienter, patienter och anhöriga om tjänsternas standard och utvecklingsarbetet i Österbottens välfärdsområde. Man iakttar kvalitetskunskap året om och utför hela tiden utvecklingsarbete för att undvika kvalitetsavvikelser.

Det är Österbottens välfärdsområdes ledningsgrupp som godkänner kvalitetsrapporten och den förs till välfärdsområdesstyrelsen för kännedom.

# 1 Kvalitetsarbete

I Österbottens välfärdsområde används kvalitetsprogrammet SHQS (Social and Health Quality Standard). Kvalitetsprogrammet är ett verktyg med vilket man utvecklar ledningen av vår organisation samt olika processer, till exempel serviceprocesser både inom och utom organisationen.

Kvalitetsprogrammet ställer krav samt ger verktyg för ledning, klientsäkerhet och ordnande av verksamheten. Som metoder används ledningens genomgång, självvärdering, intern och extern kvalitetsrevision. Mera om dessa nedan.

## 1.1 Ledningens genomgång

Syftet med ledningens genomgång är att med jämna mellanrum genomgå organisationens verksamhetssystem så att det motsvarar de mål som i strategin, verksamhets- och ekonomiplanen samt kvalitetssystemet ställts upp för verksamheten. Ledningens genomgång är ett av de viktiga verktygen för ledning i Österbottens välfärdsområde. Vid ledningens genomgång samlar man bland annat in uppgifter om genomförandet av de mål som ställts upp för verksamheten, processernas funktion och kundnöjdheten. Ledningens genomgång fungerar som grund för budgetplaneringen.

År 2022 genomfördes ledningens genomgång för första gången i samkommunen för välfärdsområdet. Genomgången genomfördes från januari till april och svaren sparades i Kvalitetsporten.

I ledningens genomgång utvärderas sammandragen av fjolårets genomgång så att man kan bedöma verksamhetens utveckling. För år 2023 har man uppdaterat anvisningarna för ledningens genomgång. Utifrån de brister som visar sig planerar sektorcheferna förbättringsåtgärder. Sammandragen av genomgången och de utifrån bristerna planerade förbättringsåtgärderna bör även komma till de anställdas kännedom. Alla anställda, från personal till sektorchefer, bidrar till att sammanställa genomgången.

## 1.2 Självvärdering

I kvalitetsprogrammet SHQS är självvärdering en metod vars syfte är att enheten dryftar och bedömer sin verksamhet utifrån färdiga kriterier och påståenden. Det är viktigt att både personal och ledning är med om självvärderingen. I vår organisation gjordes 262 självvärderingar år 2022. Självvärderingarna genomfördes mellan maj och augusti. År 2022 var målet att varje enhet skulle uppdatera ledningen i punkt 1. BILAGA 1 är en sammanställning av resultaten av självvärderingarna. Självvärderingarna genomfördes i Kvalitetsporten. Av självvärderingarna sammanställdes rapporter åt varje sektor.

### 1.3 Intern kvalitetsrevision

Intern kvalitetsrevision är en av metoderna i kvalitetsprogrammet SHQS. I enlighet med den metoden avlägger organisationens anställda, som har en särskild utbildning som intern kvalitetsrevisor, granskningsbesök i organisationens på förhand bestämda enheter. Man vill vid behov utbilda interna kvalitetsrevisorer så att det blir tillräckligt med dem och att det i så stor utsträckning som möjligt finns kvalitetsrevisorer från olika sektorer och orter.

År 2022 genomfördes den interna kvalitetsrevisionen i maj. Temat var säkerhetsledning. Interna kvalitetsrevisorer från hela Österbotten deltog och kvalitetsrevisionerna genomfördes parvis. Till kvalitetsrevisionerna hade man på förhand valt 28 enheter av vilka 26 lyckades med kvalitetsrevisionerna. Samplingen omfattade 13 enheter som levererar socialvårdstjänster och 13 enheter som levererar hälsovårdstjänster. Enheterna fick positiv respons på sina tjänster. De utvecklingsförslag som kom fram gällde bland annat att uppdatera och förenhetliga vissa planer gällande säkerhet. Som utmaningar i det dagliga arbetet upplevde enheterna problem och dröjsmål med IT-förbindelser och med att få IT-tillbehör. Brist på personal sågs också som en utmaning.

### 1.4 Extern kvalitetsrevision

Syftet med extern kvalitetsrevision är att kvalitetsrevisorer som inte ingår i organisationen ska granska på förhand bestämda funktioner och enheter genom att komma och intervjua och bekanta sig med handlingar. Under 2022 gjordes flera enhetsrevisioner för vilka man hade valt enheter i hela Österbottens välfärdsområde. Samplingen omfattade bl.a. tjänster inom specialiserad sjukvård, skol- och studenthälsovård, hem- och boendetjänster för äldre, psykosociala tjänster samt boendetjänster och dags- och arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning.

De utvecklingsbehov som kom fram var bland annat bristen på förankring av välfärdsområdets strategi och medvetenhet, uppdatering av dokumenten för att få dem att motsvara välfärdsområdet samt praxis och genomförande i samband med orientering.

De styrkor som de externa kvalitetsrevisorererna lyfte fram var till exempel ökning av samarbete och multiprofessionalism, prioritering av chefsarbete vid klientarbete och stöd för anställda, positiv inställning till utveckling, en gemensam åtgärdsplan för hemvård och aktiv användning av RAI-bedömningar.

I september 2022 hade de externa kvalitetsrevisionerna tyngdpunkten på kvalitetsrevisioner med ledningen, och i intervjuerna deltog bl.a. alla sektorcheferna samt några av välfärdsområdets ledande tjänstemän. Under hela året genomfördes tre tvådagars kvalitetsrevisioner med ledningen.

Som ett sammandrag av alla kvalitetsrevisionerna fick vår organisation en omfattande rapport med styrkor, utvecklingsåtgärder och 23 förfrågningar om flera bevis. Förfrågningarna har behandlats av ansvariga och ett kvalitetsteam. Man måste svara på dessa förfrågningar för att organisationen ska få kvalitetscertifikatet SHQS.

Österbottens välfärdsområde har beviljats kvalitetscertifikatet SHQS 27.01.2023 och det gäller till 26.01.2025. Certifikatet beviljades av den externa aktören Labquality Oy.

Certifikatet är en bekräftelse på högkvalitativ och högklassig verksamhet. Certifikatet omfattar välfärdsområdets förvaltnings tjänster, klient- och resurscentertjänster, hem- och boendetjänster, psykosociala tjänster, rehabiliteringstjänster, social- och hälsocentraltjänster och sjukhustjänster samt klient- och patientsäkerhetscentertjänster som har varit med i verksamheten sedan början av 2022.



## 2 Klient- och patientsäkerhet

Under första året som Österbottens välfärdsområde med integrerad hälso- och socialvård har fokus varit att främja säkerställande av både klient- och patientsäkerheten genom samarbete mellan sakkunniga inom de olika områdena. Klientsäkerhet används som övergripande begrepp som avser både patienter och klienter, oavsett om det är frågan om tjänster inom primärvården, socialvården eller den specialiserade sjukvården.

För att främja klient- och patientsäkerheten behövs kontaktpersoner på enheterna som kan föra fram aktuell information om risker, nya arbetssätt och uppmuntra kollegorna i avvikelserapporteringen för att uppnå en säkerhetskultur där en ständig utveckling mot en tryggare och säkrare vård och service sker. Under året har två träffar för kontaktpersoner för klient- och patientsäkerhet ordnats där aktuell information delats. I slutet av året togs beslut om att i fortsättningen sammanföra denna ansvarsuppgift till kontaktpersoner för kvalitet och säkerhet där enheterna utser ett arbetspar som främjar frågor som gäller både klient- och patientsäkerhet, kvalitetsarbete och allmän säkerhet både för klienter och personal.

Patientsäkerhetskoordinator verksamheten har under året fortsatt främst inom specialsjukvården. Planeringen av utvidgning eller omformning av verksamheten pågår. De sex patientsäkerhetskoordinatorerna har varannan vecka haft en arbetsdag till förfogande för uppdraget och fokus har varit på HaiPro uppföljning inom eget ansvarsområde, deltagande i utredning av allvarliga händelser samt utförande av GTT.

GTT = Global Trigger Tool metoden innebär en retrospektiv granskning av ett slumpmässigt urval av patientjournaler med hjälp av "ledtrådar" eller kriterier för att upptäcka negativa händelser. Vid årets slut har totalt 130 vårdperioder inom inre medicin och kirurgi genomgått. Urvalskriteriet har varit att patienterna har inkommit via samjouren och de preliminära resultaten visar att i 35% av patientfallen har negativ händelse uppstått i form av vistelse > 6 timmar på akuten, vilket i 37 av 46 fall borde kunnat undvikas. I sju fall hade patienten erfarit negativ följd av att behöva uppsöka vården på nytt inom 30 dagar pga samma hälsoproblem. I 6 fall bedömdes detta ha kunnat förebyggas. Andra negativa händelser som drabbat patienter under vårdtiden var fallolyckor, trycksår samt sjukhusinfektioner. I bedömningen av positiva kriterier har utvecklingsöverläkaren deltagit.

### 2.1. Nationellt samarbete vid utveckling av klient- och patientsäkerhetsarbetet

Klient- och patientsäkerhetscentret har ordnat många högklassiga kurser, seminarier, workshoppar och diskussionsforum i vilka anställda och experter från välfärdsområdet har deltagit aktivt. Tack vare dessa sammankomster har den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin med olika teman blivit känd, och flera personer har varit med om att främja strategin.

### 2.2. Genomförande av klient- och patientsäkerhetsstrategin

Den nationella Klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen för 2022-2026 offentliggjordes i början av året. Kvalitetsledaren och förändringsledaren har deltagit i det

nationella implementeringsarbetet i strategiplaneringsgrupper koordinerade av Klient- och patientsäkerhetscentret.

I välfärdsområdet gjordes på hösten 2022 en bedömning av situationsbilden av klient- och patientsäkerheten genom att använda de grundläggande checklistindikatorerna i rapporten Förslag till mätaruppsättning i projektet VN-TEAS, Patient- och klientsäkerhet, situationsbild och uppföljningsmetoder (BILAGA 2). Bedömningen genomfördes med en förfrågan till cheferna. Man fick 194 svar.

Av dessa sammanlagt 32 checklistindikatorer har 14 samband med den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin. Ur strategins synvinkel har vi lyckats bäst med ibruktagningen av systemet för rapportering av farliga händelser, den interna rapporteringen av kvalitets- samt klient- och patientsäkerhet samt helheter gällande kunnande (t.ex. apparatpass, läkemedelslicenser, säkerhetsplaner som ingår i orienteringen).

Under 2022 har man i den Nationella nivåmätningsgruppen vidarebehandlat patient- och klientsäkerhetsindikatorer från projektet VN TEAS. Gruppen är delad in i tre undergrupper i vilkas arbete en förändringsledare och en utvecklingsöverläkare har deltagit.

### 2.3. Anmälningar om farliga händelser

Anmälan om farliga händelser eller nära ögat tillbud är en viktig del av egenkontrollen och satsningar har gjorts för att alla enheter, även inom socialvården, aktivt ska börja göra anmälningar via det gemensamma anmälningsprogrammet för olika säkerhetstillbud. Under året har 7 HaiPro utbildningar hållits via teams för anmälare och 8 för handläggare av klient- och patientsäkerhetsanmälningar.

Under första året med gemensam statistik över anmälan av farliga händelser har 7729 rapporter inkommit gällande klient- och patientsäkerhetshändelser. Av dessa har 3117 anmälningar lämnats in i eget namn, således inte anonymt. Att 40% av anmälningarna har gjorts helt öppet vittnar om en ganska god säkerhetskultur och underlättar i många fall handläggningen av händelsen. En stöttande och öppen säkerhetskultur samt regelbunden genomgång av handläggningen och planerade åtgärder både på enhets- och organisationsnivå är en förutsättning för främjandet och upprätthållandet av en aktiv anmälningskultur.

Anmälningsaktiviteten av nära ögat tillbud kunde förbättras eftersom de endast utgör knappa 20% av alla anmälningar medan 70% är händelser som drabbat klient eller patient och 10% är övriga upptäckter och utvecklingsförslag. 19% av rapporterna från 2022 är ännu obehandlade och handläggningsprocenten verksamhetsområdesvis som framkommer vid delårsrapporteringen (BILAGA 2) har sjunkit, således har handläggningstiden blivit längre på många områden. Detta kan troligen förklaras åtminstone delvis med den stora arbetsbelastning som många närchefer haft till följd av personalbristen under året men kanske också att vissa behöver mera stöd i handläggningsprocessen.

### 2.3.1 Rapporterade händelsetyper

Rapporterade händelsetyper inom hela välfärdsområdet utgörs till största delen av olycksfall, främst fallolyckor; 36% medan händelsetyper relaterade till läkemedelsbehandling har utgjort 24% av alla anmälningar. Som tredje vanligaste händelsetyp är informationsflödes- och datahanterings-relaterade händelser; 12%. I tabellen som följer kan antal anmälningar ses verksamhetsområdesvis fördelade enligt händelsens natur och de tre vanligaste händelsetyperna samt vilken andel som medfört måttlig eller allvarlig följd eller skada åt klient eller patient.

Tabell 1: TOP 3 rapporterade händelsetyper enligt verksamhetsområde

HaiPro anmälningsstatistik 2022	ÖVPH	Kund och resurscenter	Samkommunens förvaltning	Hem- och boendeservice	Psykosocial service	Rehabilitering	Social- och hälsocentral	Sjukhus-service
<b>Antal anmälningar</b>	7729	70	158	3411	287	334	411	2754
<b>Nära ögat tillbud</b>	1468 (20%)	16 (23%)	33 (21%)	530 (16%)	80 (28%)	83 (25%)	134 (33%)	577 (21%)
<b>Händelser som drabbat klient</b>	5237 (70%)	40 (57%)	66 (42%)	2680 (77%)	169 (59%)	225 (67%)	193 (47%)	1852 (67%)
<b>Övriga upptäckter</b>	747 (10%)	14 (20%)	59 (37%)	201 (6%)	38 (13%)	26 (8%)	84 (20%)	325 (12%)
<b>TOP 1 händelsetyp</b>	<b>Olycksfall</b> 2879 (36%)	<b>Informationsrelaterade</b> 32 (39%)	<b>Övriga</b> 66(42%)	<b>Olycksfall</b> 1967 (56%)	<b>Läkemedelsrelaterade</b> 82 (27%)	<b>Olycksfall</b> 117 (31%)	<b>Informationsrelaterade</b> 141 (31%)	<b>Läkemedelsrelaterade</b> 745 (25%)
<b>TOP 2 händelsetyp</b>	<b>Läkemedelsrelaterade</b> 1873 (24%)	<b>Övriga</b> 22 (27%)	<b>Informationsrelaterade</b> 51 (32%)	<b>Läkemedelsrelaterade</b> 857 (24%)	<b>Olycksfall</b> 56 (18%)	<b>Våld</b> 72 (19%)	<b>Läkemedelsrelaterade</b> 105 (23%)	<b>Olycksfall</b> 720 (24%)
<b>TOP 3 händelsetyp</b>	<b>Informationsrelaterade</b> 919 (12%)	<b>Förknippad med annan vårdåtgärd</b> 7 (8%)	<b>Olycksfall</b> 9 (6%)	<b>Övriga (tex rymningar)</b> 290 (8%)	<b>Våld</b> 43 (14%)	<b>Läkemedelsrelaterade</b> 71 (19%)	<b>Laboratorie &amp; rtg relaterade</b> 56 (12%)	<b>Informationsrelaterade</b> 502 (17%)
<b>Måttliga följder för klient</b>	527 (7,1%)	3 (4,3%)	1 (0,6%)	202 (6%)	23 (8%)	13 (3,9%)	21 (5,1%)	264 (9,6%)
<b>Allvarliga följder för klient</b>	51 (0,7%)	2 (2,9%)	1 (0,6%)	14 (0,4%)	3 (1%)	1 (0,3%)	5 (1,2%)	25 (0,9%)

Olycksfall dominerar och arbetet med att minska antalet fallolyckor är en fortgående process i samarbete med sakkunniga i vårdarbete. En arbetsgrupp har inlett arbetet med att angripa problemet från olika synvinklar, dels med fokus på förebyggande åtgärder, dels handlingsprogram för fallolyckor och ersättande åtgärder för att minska behovet av kontrollbesök på juren efter fall. Kartläggning av fallrisk ska implementeras i hela välfärdsområdet under 2023.

Antalet informationsflödesrelaterade händelser visar på brister i skriftlig och muntlig kommunikation och dokumentation. Information om fortsatt vård till klient, anhörig och befintlig eller ny vård- och servicegivare är återkommande avvikelser som rapporteras. Uoma logistik- och rapporteringsverktygets användning har utvidgats under året och har till dels förbättrat rapporteringen till mottagande vårdenhet. Planen är att ta i bruk verktyget även inom hemvården vilket kommer underlätta information om utskrivning av hemvårdens klienter från avdelningar och akutmottagningar.

De många olika patient- och klientdataprogrammen är bakgrund till stor del på de informationsrelaterade händelserna då tillgången till uppgifter viktiga för förverkligande av vård och service är begränsade.

Våldsrelaterade händelser utgör till dels utagerande klienter som orsakar säkerhetsrisk för andra klienter och dels medför att personalen måste vidta begränsande åtgärder för att hantera situationen, vilket räknas som negativt men nödvändigt för klienten. Till viss del rapporteras även de hot- och våldssituationer som riktas mot personalen här trots att de bör rapporteras som arbetarsäkerhetsavvikelse.

Under 2022 har möjlighet att rikta anmälningar i HaiPro till externa serviceproducenter tagits i bruk liksom möjligheten för dem att göra anmälningar via www-sidorna till välfärdsområdets enheter. Säkerhetskoordinator delger sedan rapporterna till de berörda externa enheter som inte använder HaiPro programmet. Vid allvarliga händelser kopplas även tillsynen in. Även till olika stödfunktioner; måltid, rengöring och textilvård kan man rikta anmälningar som förmedlas vidare till inhouse-bolagen eller ansvarig aktör av kontaktperson för stödtjänster. Till Fimlab kan laboratorierelaterade anmälningar riktas och numera kan även enheterna se handläggningen av anmälningarna, vilket efterfrågats. Anmälningar till externa serviceproducenter är speciellt viktiga för uppföljningen av hur servicen fungerar.

### 2.3.2. Klienters och anhörigas anmälningar om farliga händelser

Från årets början har det även funnits möjlighet för klienter, patienter och anhöriga inom hela välfärdsområdet att göra anmälningar om farliga händelser via samma rapporteringsprogram som personalen använder. Elektronisk blankett finns på välfärdsområdets www-sidor och totalt har 218 anmälningar lämnats in under året. Av anmälningarna är 74% färdigt handlagda. 97 anmälningar har inlämnats av klient eller patient och 71 anmälningar av anhörig med anmälaren inte valts i 50 av anmälningarna.

104 av totala antalet anmälningar har riktats till sjukhusservice och av dessa har 74 gällt akutsjukhusverksamheten. Social- och hälsocentralerna har fått ta emot 54 anmälningar ganska jämt fördelade mellan de olika resultatområdena.

Typ av händelser fördelas enligt bilden nedan där det framkommer att de tre vanligaste händelsetyperna är relaterade till informationsflöde eller datahantering, diagnos och andra vårdåtgärder. En stor andel har även klassats som annat som inte finns på listan samt etiskt kunnande.

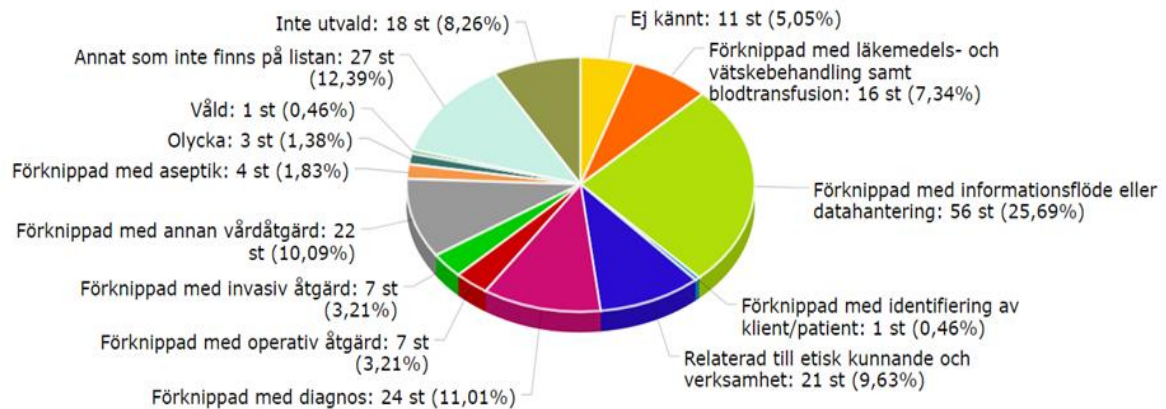


Bild 1. Fördelningen av klienters och anhörigas rapporterade händelsetyper

De informationsrelaterade händelserna utgör till största andelen brister i den muntliga informationen och kommunikationen, medan diagnosrelaterade händelser avser i huvudsak fördröjning av diagnos och händelsetyp relaterad till andra vårdåtgärder handlar om oidentifierat uppföljningsbehov eller otillräcklig uppföljning av tillstånd.

Följderna för klient eller patient har bedömts vara måttlig eller allvarlig i 15 % av de rapporterade händelserna. Utvecklingsåtgärder har planerats i 17% av anmälningarna, främst gällande ändring av verksamhetssätt eller förfaringsätt.

Handläggningen av rapporterna bör enligt organisationens direktiv ske inom två veckor och anmälaren ska kontaktas från enheten dit anmälan riktats såvida kontaktuppgifter lämnats. Från kvalitet- och tillsynsenheten har ett formellt tack-brev för anmälan skickats per e-post inom ett par dagar eller senast inom en vecka. Enheterna har dock inte alltid ansett det vara nödvändigt att kontakta anmälaren om ärendet redan diskuterats.

#### 2.4. Utredning av allvarliga farliga händelser

Allvarliga farliga händelser, som framkommer via personalens, klienter eller anhörigas Haipro anmälningar eller genom kontakt till ansvarspersoner, leder ibland till att högsta ledningen initierar en utredningsprocess om system- eller processavvikelse misstänks. Under 2022 har 3 utredningar för att finna grundläggande orsaker till allvarliga, farliga händelser inletts. En av dessa är läkemedelsrelaterad och handlar om icke identifierat riskläkemedel som administrerats i för hög dos vilket orsakade stora risker för klienten. Den andra tangerar otillräcklig identifiering av vårdbehov och vårdlinje som medförde dödsfall under oetiska omständigheter. Den tredje utredningen handlar om fördröjning av planeringen av uppföljningsbesök efter operativ åtgärd vilket medförde fördröjd åtgärd av uppkommen komplikation. I alla tre fallen har systemfel hittats och man har i de två första fallen kunnat ändra förfaringsätt för att undvika liknande händelser i fortsättningen.

Ytterligare har flera förberedande utredningar gjorts för att klarlägga händelseförloppet men där ledningen bedömt att mera omfattande utredning inte skulle ge ytterligare upplysningar

utan någon åtgärd har kunnat vidtas på basen av enklare granskning. Dessa har bl.a. handlat om misstanke om otillräcklig vårdbedömning eller uppföljning.

Tre händelser har utretts i samarbete med tillsynen där externa serviceproducenter varit inblandade.

## 2.5. Säker läkemedelshantering

Syftet med säker läkemedelshantering är att förenhetliga medicineringspraxis, utreda grundorsakerna till avvikelser i samband med medicinering och för medicineringsprocesser utveckla och implementera skydd som förebygger avvikelser, minskar sannolikheten för avvikelser eller lindrar följderna av en eventuell avvikelse. Det är också viktigt att öka medvetenheten om mänskliga faktorerens inverkan på uppkomst av fel och främja god säkerhetskultur.

Under välfärdsområdets första verksamhetsår har man i välfärdsområdet förenhetligt olika sätt att säkra medicinskt kunnande, börjat använda meddelanden om medicinsk säkerhet, börjat hålla möten med ansvariga för medicinering, börjat utarbeta en medicineringsplan för välfärdsområdet, inlett samarbete med öppna apotek, börjat utarbeta en medicineringsplan för regional förskolepedagogik och deltagit aktivt i att skaffa ett nytt patientdatasystem och då lyft fram säker läkemedelshantering ända från början. I och med ändringen av läkemedelslagen har man för serviceboende inom socialvården börjat utarbeta en medicineringsplan för avgränsade läkemedelsförråd.

För sjukhus och apotek har man gett anvisningar för enhetlig ordning av medicinskåp på vårdavdelningar med beaktande av säker läkemedelshantering. Kompletteringen av avdelningarnas läkemedelsförråd har utvidgats och ibruktagning av fast beställning av narkotiska läkemedel som en del av kompletteringstjänsten har effektiviserat kompletteringsprocessen och gjort det lättare att kontrollera konsumtionen av narkotiska läkemedel. Fusionen av läkemedelscentralen i Jakobstad till en del av sjukhusapoteket har varit en stor förändring. Praxis och anvisningar har harmoniserats, förutom urvalet av läkemedel har t.ex. anvisningarna för förgiftningsmedel och antibiotika harmoniserats i välfärdsområdet och uppdaterats enligt de riksomfattande rekommendationerna. Sjukhusapoteket har också utvidgat urvalet i sin centraliserade läkemedelstillverkning samt varit ett stöd för avdelningarna vid förberedelserna och flyttningen i samband med H-huset.

För att styra utvecklingen av säker läkemedelshantering har man startat styrgruppen Säker läkemedelsbehandling som förutom expertmedlemmar består av resurs- och sektorledare. För varje sektor grundades dessutom egna arbetsgrupper vars syfte var att koordinera förenhetligandet av praxis gällande säker läkemedelshantering inom sektorn. Arbetsgrupperna har sammanträtt 2-6 gånger under året.

För hälsovårdsarbetare som ansvarar för medicinering har man via TEAMS ordnat gemensamma kurser sammanlagt tre gånger under året.

I år var temat för WHO:s patientsäkerhetsdag säker läkemedelshantering. I Finland firas dagen som klient- och patientsäkerhetsdagen. Temat synliggjordes i välfärdsområdet genom att lysa upp H-huset och bron över Alskatvägen i Vasa. För klienter fördes temat fram med

en artikel om en medicineringslista i Hembesöket, dessutom delades material om säker medicinering ut på hälsocentraler och i Vasa centralsjukhus.

### 2.5.1 Anmälningar om farliga händelser gällande läkemedelsbehandling och vätsketerapi

År 2022 anmäldes sammanlagt 1874 farliga händelser gällande läkemedelsbehandling eller vätsketerapi. Anmälningarna omfattar även farliga händelser i samband med kontrastmedel eller indikatorämnen. Detta är ca 24 % av alla anmälda farliga händelser. 24 % av anmälningarna var 1874 tillbud, 68,8 % hände klienten och de sista 7,2 % var andra observationer eller utvecklingsförslag. De flesta av de farliga händelserna hänförde sig till administrering av läkemedel (ca 44 %). De farliga händelserna är specificerade för varje sektor i tabell 2.

Tabell 2. Medicineringsavvikelser för varje sektor

Läkemedelsrelaterade anmälningar 2022	ÖVPH	Kund och resurscenter	Samkommunen s förvaltning	Hem- och boendeservice	Psykosocial service	Rehabilitering	Social- och hälsocentral	Sjukhus-service
<b>Antal anmälningar</b>	1874	5 (0,3%)	7 (0,4%)	858 (45,8%)	82 (4,4%)	71 (3,8%)	105 (5,36%)	745 (39,8%)
<b>Färdigt handlaggat (%)</b>	86	60	14	85	79	69	74	91
<b>Nära ögat tillbud</b>	449 (24 %)	0	3 (42,9%)	126 (14,7%)	37 (45,1%)	10 (14,1%)	46 (43,8%)	227 (30,5%)
<b>Händelser som drabbat klient</b>	1289 (68,8%)	5 (100%)	3 (42,9%)	676 (78,8%)	37 (45,1%)	54 (76,1%)	43 (41%)	470 (63,1%)
<b>Övriga upptäckter</b>	136 (7,3%)	0	1 (14,3%)	56 (6,5%)	8 (9,8%)	7 (9,9%)	16 (15,2%)	48 (6,4%)
<b>TOP 1 händelsetyp</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>830 (43,5%)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>2 (40 %)</b>	<b>Utredning/dokumentation av hemmedicinering</b> <b>3 (42,9%)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>494 (56,9%)</b>	<b>Utdelningsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>30 (36,6%)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>43 (60,6%)</b>	<b>Ordinationsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>68 (60,7%)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>262 (33,9%)</b>
<b>TOP 2 händelsetyp</b>	<b>Utdelningsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>421 (22,1%)</b>	<b>Ej känt</b> <b>2 (40 %)</b>	<b>Leveransfel</b> (inkl.dokumentation) <b>2 (28,6%)</b>	<b>Utdelningsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>229 (26,4%)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>16 (19,5%)</b>	<b>Utdelningsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>12 (16,9%)</b>	<b>Utredning/dokumentation av hemmedicinering</b> <b>11 (9,8%)</b>	<b>Ordinationsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>156 (20,8%)</b>
<b>TOP 3 händelsetyp</b>	<b>Ordinationsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>256 (13,4%)</b>	<b>Utdelningsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>1 (20 %)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>1 (14,3%)</b>	<b>Fel i övervakningen av läkemedelsbehandling</b> <b>41 (4,7%)</b>	<b>Ordinationsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>13 (15,85%)</b>	<b>Ej känt 5 (7 %)</b>	<b>Administreringsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>11 (9,8%)</b>	<b>Utdelningsfel</b> (inkl.dokumentation) <b>156 (20,2%)</b>
<b>Måttliga följder för klient</b>	126 (6,7%)	1 (20%)	0	46 (5,4%)	1 (1,2%)	1 (1,4%)	6 (5,7%)	71 (9,5%)
<b>Allvarliga följder för klient</b>	4 (0,2%)	0	0	1 (0,1%)	0	0	0	3 (0,4%)

Vid administreringsfel har den vanligaste avvikelse typen varit läkemedel som inte administrerats, ca 42 %). I 64,8 % av de farliga händelserna har klienten inte känt skada eller skadan har varit lindrig. Allvarlig skada har rapporterats för fyra klienter (0,2 %), måttlig skada kände 126 klienter (6,7 %) och för 28,3 % var skadan av okänd grad eller den valdes inte. Av ett fall där patienten hade känt allvarlig skada har man gjort en noggrannare undersökning enligt vilken organisationen har fått rekommendationer om utveckling. Den farliga händelsen gällde ett högriskläkemedel som hade doserats att tas en gång per dag i stället för den rätta doseringen som var en gång i veckan. Av händelsen gjordes en grundorsaksanalys enligt vilken organisationen fick anvisningar, bl.a. för olika yrkesfolks behörighet gällande datasystem, användning av patientdatasystem som informationskälla för

medicinering, kontroll av kunnande, arbetsfördelning, kurser, markering av riskläkemedel och beaktande av dem vid planering av läkemedelsbehandling samt ibruktagning av dosutdelning.

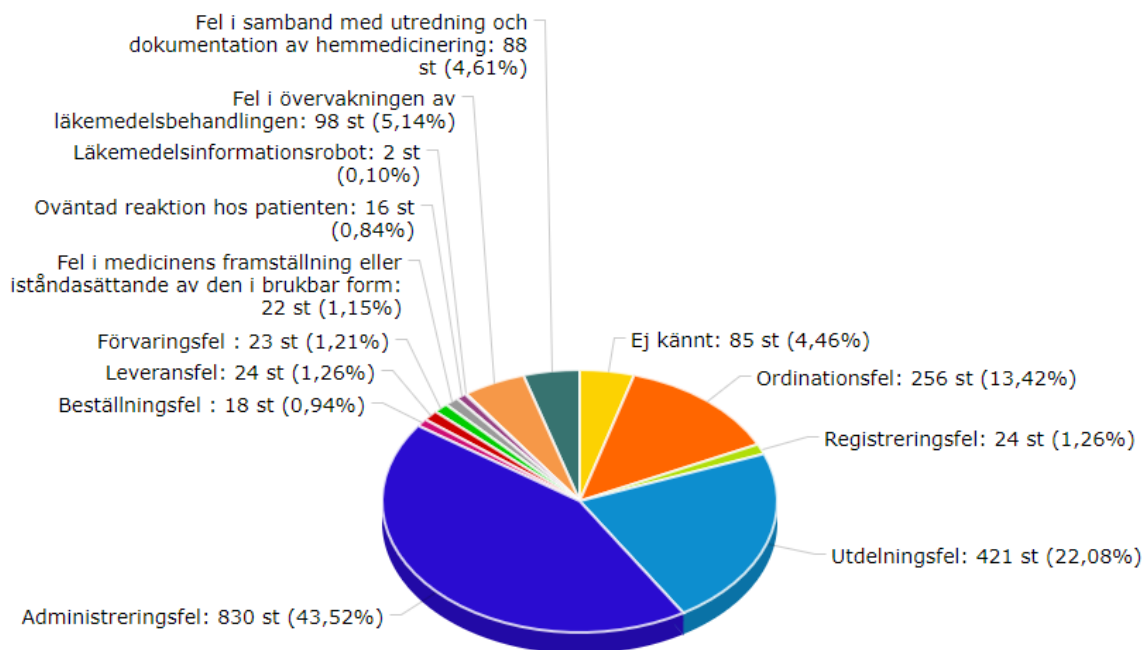


Bild 2. Anmälningar från välfärdsområdet om farliga händelser gällande läkemedelsbehandling, vätsketerapi, kontrastmedel eller indikatorämnen samt händelsetyperna

Välfärdsområdet har varit med om att testa ibruktagning av anmälningar om farliga händelser i öppna apotek. Detta har gjort det möjligt att göra anmälningar om farliga händelser från apotek till välfärdsområdets enheter och omvänt. Detta syns i synnerhet i anmälningar till social- och hälsocentralssektorn.

## 2.6 Säkerställande av medicinskt kunnande

Praxis för säkerställande av medicinskt kunnande förenhetligades under 2022 i hela välfärdsområdet. För olika sektorer upprättades anspråksnivåer som fastställdes i enlighet med enheternas verksamhet. Teoretiskt medicinskt kunnande säkerställs med hjälp av LOVE-utbildningen och praktiskt kunnande med hjälp av upprepad bevisning. För att säkerställa medicinskt kunnande utarbetade man gemensamma anvisningar och ordnade kurser. År 2022 startades en för bevisningsmottagare avsedd webbkurs som stödjer arbetet som bevisningsmottagare och användningen av gemensamma grunder för bedömning av bevisning. Eftersom hela processen alltså är förenhetligad är säkerställandet av medicinskt kunnande också enhetligt och detta bidrar även till bättre klient- och patientsäkerhet.

Under 2022 fortsattes Kvalitetsportens digitala projekt gällande läkemedelslicenser inom specialiserad sjukvård. I 30 enheter har registreringen av de anställdas medicinska kunnande överförs till ett elektroniskt program som ger en klar överblick över



läkemedelslicenser och gör det lätt att kontrollera dem. I framtiden kommer läkemedelslicenser att förnyas via en portal så att tentresultat, avläggande av bevisning och beviljande av läkemedelslicenser sker digitalt. Under 2023 kommer även alla andra enheter att använda elektronisk registrering av läkemedelslicenser i Kvalitetsporten.

## 2.7. Apparatsäkerhet

Apparatsäkerhet avser både att vi har en säker apparatur i användning inom alla social- och hälsovårdsenheter och att personalen har tillräckligt kunnande för att använda all apparatur på ett sätt som tryggar säkerheten både för klienter och personal. Till apparatur räknas enligt lagen om medicinteknisk utrustning (791/2021 §34) allt från avancerad vård- och behandlingsapparatur och instrument till hjälpmedel och programvaror som används i vården av eller serviceutövandet åt patienter och klienter.

Inom välfärdsområdet sker ett samarbete mellan tekniska enheten och kvalitetsenheten i planerandet av apparatsäkerheten. Under 2022 har arbetet inletts med att alla enheter, som inte har från tidigare, ska utse egna apparatansvariga som tillsammans med förmannen ska främja apparatsäkerheten på den egna enheten. Till det arbetet hör kartläggning av den egna utrustningen som enligt lag ska vara registrerad i elektroniskt register för att den lagstadgade servicen och reparationer ska kunna förverkligas och spårbarheten vara möjlig.

Ytterligare ska alla enheter, med hjälp av apparatpass, följa upp att introduktion i användningen av apparater förverkligas på enheterna. Arbetstagarna har ett eget ansvar att sörja för att introduktionen förverkligas och att upprätthålla sina kunskaper. Apparatpasset stöder detta och tre olika anpassade modell-bottnar för apparatpass finns som kan anpassas till enheternas behov.

På centralsjukhuset har digitalisering av apparatpass testats under 2021 men på grund av stor belastning på enheterna och en prioritering av digitalisering av läkemedelslov så har detta projekt varit till dels på paus. Förberedande arbete av en enklare modell för registrering av apparatpass elektroniskt pågår dock i samarbete med programleverantören liksom arbete med tvåspråkiga, strukturerade apparatskolningsprogram för de digitala apparatpassen.

Under året har två utbildningstillfällen, ett på våren och ett på hösten, ordnats för apparatansvariga. I december inledde även arbetsgruppen för apparatsäkerhet sitt arbete med första möte och i januari 2023 har styrgruppen för apparatsäkerhet sitt första möte. Arbetsgrupperna behövs för att göra viktiga linjedragningar och göra upp en organisationsspecifik plan för apparatsäkerhet under år 2023 på basen av den nationella guiden för säkerställande av apparatkompetens som hälsovårdsministeriet förväntas godkänna under vårvintern.

## 2.8. SPro

SPro rapportering avser personalens rapportering av missförhållanden eller direkta hot om missförhållanden som uppstår i utförandet av socialvård. Personal inom socialvården har sedan 2016 anmälningsplikt gällande dessa händelser enligt socialvårdslagens §48. SPro programmet är uppbyggt enligt samma struktur som HaiPro och även dessa anmälningar handläggs av närmaste ansvarig/förman på enheten dit anmälan riktas. Enligt

socialvårdslagen skall man genast vidta åtgärder för att undanröja missförhållande eller hot om missförhållande och därmed ska handläggningen påbörjas inom två veckor.

Under året har linjedragningar, justeringar av anmälningsblanketten och utbildningsmaterial färdigställts och i början av 2023 inleds utbildningar för förmän. Möjligheten att göra anmälningar har funnits sedan början av 2022 och även handläggare av anmälningarna har tillsatts i programmet. Under årets sista månad har socialvården börjat göra SPro anmälningar så att totalt 9 st finns registrerade i rapporteringsprogrammet.

Både SPro och HaiPro tas i bruk inom hela välfärdsområdet så att även hälsovårdens personal kan rikta anmälningar om upptäckt missförhållande till klientens socialvårdsenhet. Avsikten både gällande HaiPro och SPro anmälningar är att föra fram avvikelser, farliga situationer och missförhållanden för att verksamhet och förfaringssätt kontinuerligt ska kunna utvecklas och förbättras.

## 2.9. Klient- och patientsäkerhetsarbetets målsättningar för 2023

I början av 2022 offentliggjordes den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin.

Under de fyra spetsarna i strategin definieras de centrala målsättningar och mätare med vilka klient- och patientsäkerhet utvecklas på nationell nivå. Bild 3 visar de strategiska spetsarna och målsättningarna. Under varje målsättning finns egna åtgärdsprogram med vilka spetsarna kan uppnås. I Österbottens välfärdsområde har strategin under 2022 förts framåt för varje spets. Noggrannare tabeller över åtgärderna finns i BILAGA 4.

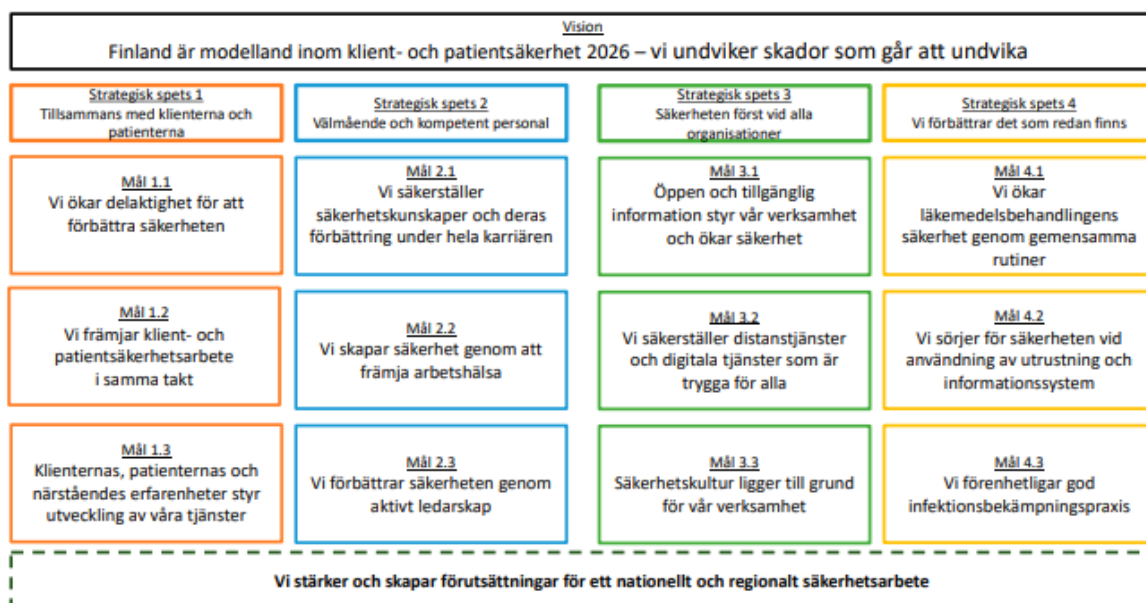


Bild 3. Den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin

## 3 Patient- och socialombudsmän

### 3.1. Kontakt med patientombudsmän, orsaker och antal gånger

Under 2022 kontaktades patientombudsmän sammanlagt 908 gånger. Några gånger kontaktades de från utanför Österbottens välfärdsområde, men klienterna fick våra tjänster som alla andra. De flesta kontakter patientombudsmän per telefon, men man kan också kontakta oss per e-post. Vi betjänar våra klienter i hela Österbottens välfärdsområde, vid behov kommer vi alltså närmare klienten. Under det första verksamhetsåret gjorde vi endast några få besök i de norra och södra områdena. Vi betjänar och handleder oftast per telefon.

En patientombudsman ger råd och handledning, informerar om och arbetar för att främja patientens rättigheter. Patientombudsmannen hjälper klienter med att klara upp besvikelser i samband med vården. Med utredning som utgår ifrån enheten får klienten den bästa och snabbaste hjälpen. Vi hjälper också klienter med olika klagomålsförfaranden och eventuella skadeanmälningar.

Enligt statistiken var de främsta orsakerna till kontakttagning år 2022 vård, negativ behandling och säkerhet. En statistikföring kan omfatta flera kontakter, detta framgår inte som siffror i statistiken. En uppringning kan alstra flera orsaker som ska statistikföras.

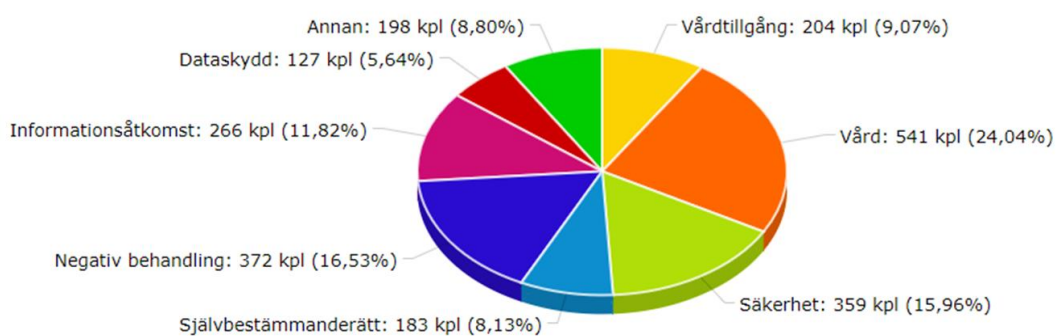


Bild 4. Kontakt med patientombudsmän, orsaker och antal gånger

### 3.2. Kontakt med socialombudsmän, orsaker och antal gånger

En socialombudsman har en opartisk och rådgivande roll. Man kontaktar en socialombudsman när man är missnöjd med det bemötande eller den service man fått på socialvården eller man behöver råd om vilka rättigheter man har där. Socialombudsmannen fattar inga socialvårdsbeslut och beviljar inga förmåner, utan ger råd bl.a. om hur man gör en anmärkning för socialtjänster eller ett klagomål över ett beslut. Socialombudsmannen kan inte ändra myndighetsbeslut. I uppgifterna ingår offentliga och privata socialvårdstjänster samt småbarnspedagogik. Tjänsterna är avgiftsfria för klienter.

Under 2022 kontaktades socialombudsmän 297 gånger (på grund av tekniska problem registrerades inte alla uppringningar eller meddelanden i statistikföringsprogrammet). De flesta kontakter socialombudsmän per telefon, men enstaka gånger görs det per e-post. Vid behov kommer vi överens om ett möte med klienten, men det räcker i allmänhet med handledning och rådgivning per telefon. Vårt verksamhetsområde är hela Österbottens välfärdsområde.

Klienter har kontaktat oss med allmänna frågor och velat veta vad man ska göra om man är missnöjd med något (anmärkningsrådgivning, klagomål, överklagande). Viktiga ämnen är bl.a. familjerättsfrågor, barnskydd, funktionsnedsättning, vuxensocialarbete och arbetares anträffbarhet i allmänhet. Även anställda tar kontakt gällande rådgivning. Orsakerna till att man tar kontakt kan indelas i tre huvudgrupper: Informationsbehov (ca 24 %), beslut / avtal (ca 15 %) och bemötande (ca 16 %).

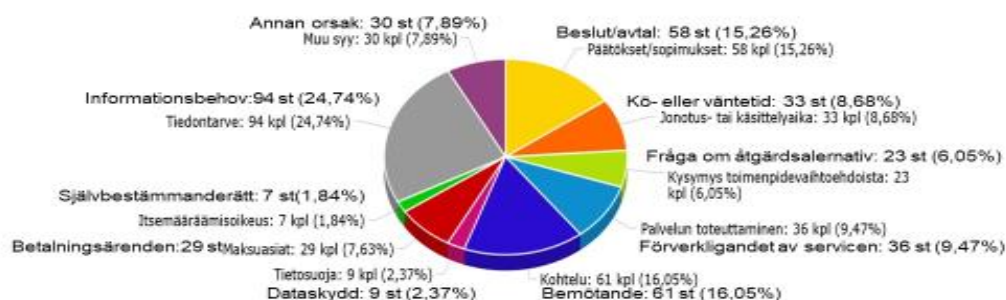


Bild 5. Kontakt med socialombudsmän, orsaker och antal gånger.

## 4 Klientrespons

### 4.1. Kommentarer från klienter

I början av 2022 började man i hela välfärdsområdet använda ett av Roidu producerat klientresponssystem. Man kunde ge klientrespons till alla välfärdsområdets enheter via webbsidor. Under årets lopp fick enheterna så småningom tabletter med vilka man kan ge kommentarer i själva enheterna. I vissa enheter började man använda QR-koder för att göra det lättare att samla in kommentarer. Under året blev det allt större mängder respons och under hela året fick välfärdsområdet sammanlagt 19 975 kommentarer.

Klienters villighet att rekommendera vård eller service mäts med ett NPS-värde som placerar sig mellan -100 och 100. Om NPS-talet är över 50 är det ett bra värde. Man får NPS-talet genom att fråga "Hur sannolikt skulle du rekommendera servicen för en anhörig eller en vän?" Man svarar på frågan i en skala från 0 till 10. De som ger 0-6 är kritiker, ger man 7-8 är man passiv och 9-10 betyder att man rekommenderar. År 2022 fick Österbottens välfärdsområde NPS-värdet 65. Vi fick 18 850 svar på frågan. Av deltagarna var 12,8 % alltså kritiker, 9,4 % var passiva och 77,8 % rekommenderade.

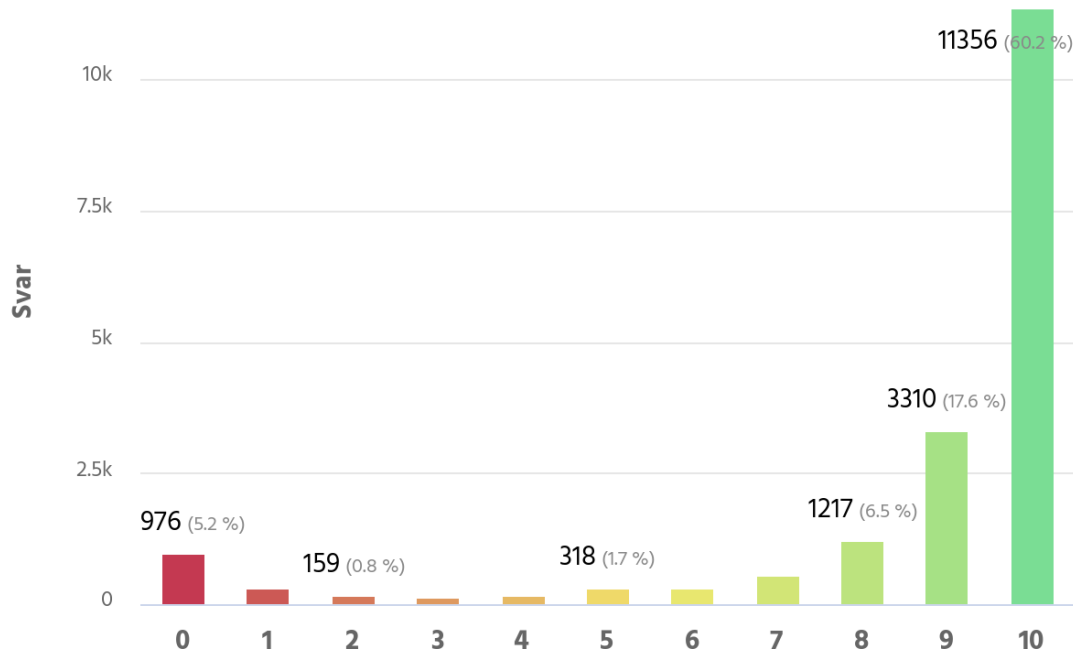


Bild 6 Antalen svar på NPS-frågan: Hur sannolikt skulle du rekommendera servicen för en anhörig eller en vän.

Förutom NPS-värdet mäts klienters nöjdhet med åtta frågor som THL:s arbetsgrupp för klientrespons rekommenderar för nationell användning. Man svarar på frågorna i skalan 1-5 där 1 = inte alls överens och 5 = helt överens.

Klientresponsfrågorna:

Jag fick hjälp när jag behövde den	2956 deltagare • Medeltal 4,30
Jag upplevde att man brydde sig om mig på ett helhetsmässigt sätt	2965 deltagare • Medeltal 4,35
Besluten i anslutning till min vård/mitt ärende fattades i samråd med mig	2984 deltagare • Medeltal 4,35
Jag kände mig trygg under vården / betjäningen	3554 deltagare • Medeltal 4,44
Jag vet hur min vård/mina tjänster kommer att fortsätta	3455 deltagare • Medeltal 4,36
Informationen som jag fick om vården / betjäningen var förståelig	3472 deltagare • Medeltal 4,38
Jag tyckte att den betjäning jag fick var nyttig	3404 deltagare • Medeltal 4,41
Jag fick vård och service på mitt modersmål	17235 deltagare • Medeltal 4,65

Medeltalet av svaren på alla åtta klientresponsfrågor var i hela välfärdsområdet år 2022 4,41.

#### 4.1.1 Behandling av kommentarerna

Kommentarerna behandlas av enheternas handläggare. Det är oftast chefen som behandlar kommentarerna till enheten. Respons ges i allmänhet anonymt, men som klient har man möjlighet att skriva sitt namn och sina kontaktuppgifter om man önskar kontakt i samband med en kommentar. Det är handläggarens uppgift att vid behov ta kontakt med den som gett responsen. Enhetens handläggare har möjlighet att vid behov flytta upp kommentarer på en högre chefsnivå.

Inte alla kommentarer behöver åtgärdas, men det rekommenderas att kommentarer behandlas regelbundet av enhetens personal. Enhetens handläggare har till uppgift att regelbundet förmedla alla kommentarer till hela personalen. Positiv respons ger de anställda mera motivation och uppmuntrar dem att fortsätta med sitt goda arbete. Negativ respons bör ses som tankeställare som får en att arbeta bättre.

#### 4.2. Anmärkningar och klagomål

Under 2022 fick Österbottens välfärdsområde 134 anmärkningar och klagomål. Av dessa gick 113 till hälsovården och 19 var klagomålsbeslut som regionförvaltningsverket eller Valvira har skickat. Några av anmärkningarna eller klagomålen till hälsovården handlade om att klienter hade fått service i en socialvårdsenhet där hälsovårdsverksamheten hade gett anledning till anmärkningar eller klagomål.

## **Anmärkningar och klagomål till hälsovårdens sektorer**

<b>Klient- och resurscentral</b> sammanlagt	1
• Läkare-, tandläkar- och specialisttjänster	1
<b>Psykosociala tjänster</b> sammanlagt	20
• Psykiatriska tjänster för barn och unga	5
• Öppenvård, psykiatriska och missbrukartjänster	5
• Vårdavdelningar, psykiatriska och missbrukartjänster	10
<b>Sjukhustjänster</b> sammanlagt	50
• Akutsjukhus	38
• Vårdavdelningar	11
• Diagnostik och stödtjänster	1
<b>Social- och hälsocentral</b> sammanlagt	43
• Öppenvårdstjänster inom social- och hälsovård	14
• Tjänster för barn och familjer	6
• Tandvård	7
• Öppenvårdstjänster inom specialistsjukvård	16
<b>Hem- och boendetjänster</b> sammanlagt	6
• Tjänster till hemmet	1
• Boendetjänster	5
<b>Rehabilitering</b> sammanlagt	5
• Öppen rehabilitering	5

## **De vanligaste orsakerna till anmärkningar och klagomål gällande hälsovård**

### **Tillträde till vård**

- Fördröjning av vården 14 %
- Tillgänglighet 8 %
- Tillträde till läkare 8 %

### **Vården**

- Missnöje med vården 30 %
- Otillräcklig eller felaktig undersökning eller vård 21 %
- Tjänstens smidighet 13 %

### **Trygghet**

- Känsla och upplevelse av otrygghet 9 %

### **Självbestämmanderätt och deltagande i vården**

- Patientens eller den anhörigas upplevelse av att bli hörd och tagen på allvar 16 %

#### **Negativt eller olämpligt bemötande**

- Upplevt av patienten 22%
- Upplevt av den anhöriga 7 %
- Läkarens fel 19 %
- Vårdpersonalens fel 13 %

#### **Tillgång till information**

- Gällande behandlingar 7 %

#### **Skador**

- Misstanke om patientskada 10 %

#### **Annat**

- Språk 7 %
- Frågor om betalning 6 %

Beslut om anmärkningar bör enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) §10 framställas inom skälig tid, dvs. 1-1,5 månader. Några svar på anmärkningar har dröjt länge, och detta kan ha lett till en ny anmärkning eller ett nytt klagomål som regionförvaltningsverket har skickat till välfärdsområdet för att behandlas som en anmärkning. Regionförvaltningsverket har gett välfärdsområdet påpekanden om att svaren på anmärkningarna hade dröjt länge.

Kommentarer på anmärkningar och klagomål ska användas för att utveckla verksamheten i hela organisationen.



## 5 Delaktighetsarbete

### 5.1. Påverkansorgan

I lagen om välfärdsområden (611/2021) bestäms (32 § Välfärdsområdets påverkansorgan) att välfärdsområdesstyrelsen ska inrätta ett ungdomsfullmäktige för välfärdsområdet eller en motsvarande påverkansgrupp för unga för att garantera den unga befolkningens möjligheter att delta och påverka, ett äldreråd för välfärdsområdet för att garantera den äldre befolkningens möjligheter att delta och påverka och ett råd för personer med funktionsnedsättning för välfärdsområdet för att garantera möjligheterna för personer med funktionsnedsättning att delta och påverka.

Ungdomsfullmäktige, äldreråd och råd för personer med funktionsnedsättning är påverkansorgan.

Medlemmarna valdes bland de motsvarande medlemmarna i påverkansorganen i välfärdssamkommunens kommuner så att man från varje kommuns påverkansorgan valde en ordinarie medlem och en suppleant. Medlemmarna har förmedlat information till sin egen kommun och därifrån till välfärdssamkommunens påverkansorgan. 2022 års påverkansorgan hade alltså 13 medlemmar, och till höstens sammanträden utsågs även representanterna för Kronoby med suppleanter. Olika organisationsrepresentanter och sektorchefer har fungerat som specialistmedlemmar.

Till välfärdsområdets påverkansorgan kommer man via kommunernas påverkansorgan med saker som har samband med välfärdsområdets verksamhet, och på så sätt bekräftas även en regional klientsynvinkel på ledning av sektorer och verksamhetsområden. Initiativ från kommunernas påverkansorgan skickas till välfärdsområdets motsvarande påverkansorgan och därifrån vid behov till välfärdsområdesstyrelsen. Välfärdsområdesstyrelsen kan skicka saken till vidare utredning eller fatta beslut i saken. Det är viktigt att välfärdsområdets motsvarande påverkansorgan förblir delaktigt i det som behandlas i ett initiativ och därför kan ta ställning till saken ur påverkansorganets synvinkel som representerar hela välfärdsområdet.

I påverkansorganens roll ingår till exempel att ta initiativ, avge utlåtanden och ta ställning. Till påverkansorganen bör man ge tillräcklig information bland annat om aktuella projekt och möjlighet att påverka vid beslutsfattande. De bör också ha möjlighet att delta i utarbetandet av den regionala välfärdsberättelse som avses i 7 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Påverkansorganens protokoll finns på Österbottens välfärdsområdes webbsidor <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/tietoa-meista/organisaatio-ja-paatoksenteke/esityslistat-ja-poytakirjat/>

#### 5.1.1. Äldrerådet

Äldrerådets uppgift är att behandla och föra fram saker som har att göra med tjänster för äldre människor och vara med om att planera, bedöma och utveckla dessa tjänster.

År 2022 sammanträdde äldrerådet fyra gånger och behandlade bl.a. sju omfattande helheter:

- Servicestrategin för Österbottens välfärdsområde: en workshop som ledde till att äldrerådet konstaterade att de betonar att det ska vara lättare att få kontakt (principen om en lucka), att nå och få tjänster samt att väntetiderna ska förkortas
- äldrerådet avgav ett utlåtande om tandvården i Kaskö
- satte sig in i Österbottens välfärdssamkommuns utstakning om tjänster för äldre för 2022 och diskuterade utstakningarna, servicebehoven, tjänsterna och servicestrategins målsättningar för 2025 och konstaterade enhälligt att målen kan nås och det förebyggande arbetet kräver resurser samt att aktörerna samarbetar och var och en deltar aktivt.
- granskade flera gånger aktuella saker gällande hem- och boendetjänster, t.ex. nuläget, olika nyckeltal samt verksamheten och budgeten för 2023
- kom med förslag och idéer om att göra den Digitala servicecentralen och telefonväxeln äldrevänligare
- satte sig in i projektet TulKoti och påpekade att man bör ge äldre människor och deras anhöriga information och möjlighet att bekanta sig med olika teknologiska lösningar som kan göra det möjligt att bo hemma längre.
- bekantade sig med en utredning från seniorrådgivningen och konstaterade att äldrerådet även i fortsättningen vill höra om hur projektet och handledningen gällande levnadssätt framskrider och vill vara med om att bedöma saken innan beslut fattas. Till seniorrådgivningens styrgrupp gav man en modell av den seniorrådgivning som används i Närpes enligt en skrivelse från äldrerådet i Närpes.

Dessutom fick medlemmarna av äldrerådet delta i en av NHG ordnad workshop "Förebyggande tjänster för äldre" som ledde till att man beslutade att vidareutveckla för det första Seniorrådgivningen, för det andra principen om alla tjänster över en disk och för det tredje gemenskapsboendet.

### 5.1.2. Rådet för personer med funktionsnedsättning

Rådet för personer med funktionsnedsättning är ett påverkansorgan för funktionsnedsatta, långtidssjuka personer och deras anhöriga. Påverkansorganet följer upp och främjar funktionshinderarbetet och de funktionsnedsattas ställning i Österbotten. Rådet för personer med funktionsnedsättning har till uppgift att öka och förbättra möjligheterna för unga, äldre samt funktionsnedsatta och långtidssjuka samt deras anhöriga att delta, påverka och agera. Möten har hållits som hybridmöten. Under år 2022 hölls fyra möten med rådet för personer med funktionsnedsättning. Påverkansorganet behandlade bland annat sex stora ärenden: tillämpningsdirektiven för beviljande av färdtjänst och service som stöder rörligheten, tillämpningsdirektiv för servicesedlar från och med 1.1.2023, regional välfärdsberättelse och välfärdsplan, strategiarbetet för Österbottens välfärdsområde, utveckling av digitalt kundservicecenter och telefonväxel samt Kaskö munhälsovårds fysiska placering. Påverkansorganet hade också en representant med i beredningsarbetet att förenhetliga

organiseringen av färdtjänster. En medlem lämnade in en motion gällande kartläggning av tolkningsbehov. Tillämpningsdirektiven för beviljande av färdtjänst och service som stöder rörligheten diskuterades mycket och ansågs vara ett av de viktigaste ärenden som togs upp under 2022. Påverkansorganet betonar vikten av att tillämpningsdirektiv uppdateras en gång per år och att användarna får vara delaktiga i processen.

### 5.1.3. Ungdomsfullmäktige

Ungdomsfullmäktige har haft till uppgift att fungera som ungdomens röst i allt beslutsfattande i samband med Österbottens välfärdssamkommuns verksamhet. Under 2022 har ungdomsfullmäktige i Österbottens välfärdssamkommun haft fyra sammanträden. Ungdomsfullmäktige behandlade 11 helheter år 2022. Ungdomsfullmäktige har till exempel tagit ställning till utarbetande av den regionala välfärdsplanen, välfärdsplanen för barn och unga samt den regionala elevvårdsplanen. Dessutom har ungdomsfullmäktige varit med om att göra upp servicestrategin för Österbottens välfärdsområde samt utveckla digitala kundtjänster och telefon-tjänster. Man har även bett dem om ett utlåtande om att ordna tandvård för kasköbor. Under hösten 2022 valdes faddermedlemmar till ungdomsfullmäktige, både från fullmäktige och styrelsen. Faddermedlemmarna har haft till uppgift att delta i ungdomsfullmäktiges sammanträden och fungera som ungdomens röst även i de beslutsfattande organ som de representerar och vars medlemmar har valts med politiskt valförfarande och i vilka unga människor därför inte har haft möjlighet att delta.

### 5.2. Klientråd

I Österbottens välfärdsområdes samkommun tillsattes år 2022 tre klientråd, ett för barn, unga och familjer, ett för personer i arbetsför ålder och ett för äldre personer. För klientråden sökte man medlemmar i lokaltidningar och i sociala medier. Syftet var att få lika stora antal kvinnor och män samt svensk- och finskspråkiga med i råden. Dessutom ville man att varje råd skulle vara regionalt jämnt representerat. Man ville att klientråden skulle bestå av människor med olika synvinklar som kunde bidra till att utveckla bättre tjänster i en positiv anda. Invånare i Österbottens välfärdsområde som fyllt 16 år fick skicka in ansökningar. Klientråden är tvåspråkiga.

Varje klientråds verksamhet har fått stöd av en klientrådsarbetsgrupp som består av en sektorchef (ordförande för klientrådet), klientrådets sekreterare samt representanter för läkare, vårdarbete och socialarbete. Klientrådsarbetsgruppen har till uppgift att planera och utveckla klientrådets verksamhet. Dessutom ska klientrådsarbetsgruppen förse klientrådet med information om resurslinjen och tjänster samt ge klientrådets åsikter vidare till serviceansvariga. Klientrådsarbetsgruppen deltar i klientrådets sammanträden.

Om klientrådets sammanträden skrivs resolutioner som varje klientrådsmedlem godkänner. Resolutionerna har lämnats till ifrågavarande samarbetsorgan samt ifrågavarande sektors styrgrupp och vid behov till styrelsen. Alla resolutionerna kan läsas på välfärdsområdets

webbsidor <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/tietoa-meista/organisaatio-ja-paatoksenteke/esityslislat-ja-poytakirjat/>

### 5.2.1. Klientrådet för barn, unga och familjer

I klientrådet för barn, unga och familjer ingick 10 medlemmar. Under året hölls tre möten (i maj, augusti och november). Rådets arbete utgick från medlemmarnas önskemål och prioriteringar. Vid första mötet fördes en allmän diskussion om barns, ungas och familjers situation i samhället och de utmaningar som den specifika gruppen möter i vardagen. Därefter enades rådets medlemmar om vilka serviceformer och verksamheter man önskade diskutera vid de följande mötena. Vid mötet i augusti gavs information om de psykosociala tjänsterna inom välfärdsområdet med fokus på barn, unga och familjer. Därtill fick rådet i augusti också ta del av information om och svara på frågor från resurs- och kundservicecentralen samt kommunikationsenheten. Vid mötet i november gavs information om stöd för närståendevård, tillgången till avlastning i anslutning till närståendevården samt vilket stöd familjer med barn med funktionsvariation har möjlighet att få.

### 5.2.2. Klientrådet för personer i arbetsför ålder

I klientrådet för personer i arbetsför ålder började på våren 11 medlemmar av vilka två slutade lite senare. Under året hölls fyra möten.

9.5.22 Inledningsmötet där Marina Kinnunen, ledare för välfärdsområdet, hälsade alla välkomna. Genomgång av reglerna och principerna för klientrådet. Dessutom fick klientrådet berätta vad de önskade att mötena skulle handla om i verksamhetsperioden.

8.6.2022 Man fortsatte diskussionen om idéer kring klientrådets verksamhet. Sektordirektör Erkki Penttinen gav en utredning om hur Österbotten mår. Klientrådet var med om att uppdatera välfärdsområdets strategi.

23.8.2022 Klientrådet tog ställning till flyttning av tandvården från Kaskö till Närpes. Kommunikationsdirektör Petra Fager berättade om kommunikation i välfärdsområdet. Kathy Guss, överskötare för klient- och servicehandledningen, bad om klientrådets åsikter om rutiner vid telefonväxeln och den digitala klientservicecentralen.

28.11.2022 Man utvecklar klient- och patientsäkerheten tillsammans, saken inleddes av Tarja Pajunen, specialist vid klient- och patientsäkerhetscentralen. Klientbetjäningsschef Sari West berättade om klientresponssystemet och kommentarer från Österbottens välfärdsområde. En översikt över det gångna årets verksamhet.

### 5.2.3. Klientrådet för äldre personer

Klientrådet för äldre personer hade 13 medlemmar. Det blev två (2) möten av vilka det första hölls i maj och det andra i september. Vid mötet i maj listades saker som medlemmarna av klientrådet ville behandla vid de nästa mötena. Som en av de viktigaste sakerna upplevde de tillgång till information (att ta kontakt och söka tjänster) eftersom det gällde en helt ny organisation som hade grundats 1.1.2022. Vid mötet i september kommenterade medlemmarna och tog bl.a. ställning till mötesförslag och begäran om kommentarer gällande resurs- och klientservicecentralen. Förutom mötena deltog några av medlemmarna i en av NHG ordnad workshop i oktober. Workshopen handlade om utveckling av tjänster för äldre personer.

### 5.3. Organisationssamarbete

Organisationskoordinatören började i samkommunen i början av 2022 och har under hela verksamhetsåret arbetat på deltid. Verksamheten med erfarenhetsexperter har man åter börjat sätta i gång och förstärka i samarbete med organisationerna och projektet En röst åt erfarenhetsexpertisen (ÄK-projektet). I välfärdsområdets register över erfarenhetsexperter har vi rekryterat (utarbetat arbetsavtal för) och intervjuat tio nya, ivriga och utbildade erfarenhetsexperter. Deras kunskande har i välfärdsområdet utnyttjats bl.a. vid tillställningarna Ett liv med ADHD och Ett liv med nedsatt syn, projektet Familjecentret, en workshop om vuxensocialarbete och ekonomisocialarbete och tillställningen Virtuellt morgonkaffe. I december rekryterade vi för varje verksamhetsområde en erfarenhetsexpert till arbetsgrupper kring resultatrisk verksamhet och anpassning. Välfärdsområdets erfarenhetsverksamhet och organisationssamarbete har behandlats bl.a. vid ÄK-projektets föreläsning om delad expertis och andra tillställningar samt Psykosociala förbundet rf:s och Österbottens Föreningar rf:s årsmöten.

I augusti ordnade vi den första diskussionen om partnerskapsbord för varje sektor och med organisationerna och kommunerna. Avsikten är att fortsätta diskussionerna om partnerskapsbord i resultatområdena och resultatenheter för att fördjupa det konkreta samarbetet. Under ledning av projektledaren Johanna Björkman har vi dryftat projekt- och organisationssamarbete samt olika aktörers roll två gånger vid de gemensamma mötena. Med Kirsi Ala-Jaakkola, organisationssakkunnig på SOSTE Finlands social och hälsa rf (Sote-omställningsstöd), har vi samarbetat aktivt och utnyttjat expertis på riksnivå bl.a. i organisationsdelegationen, arbetsgruppen Österbottens organisationer i social- och hälsovård samt organisationsbiståndsärenden. Organisationskoordinatören är ansvarig för koordinationen och har deltagit i underarbetsgruppen Organisationsbistånds arbete. Dessutom är organisationskoordinatören expert vid HYTE (främjande av välfärd och hälsa).

## 6 Riskhantering

### 6.1. Riskbedömning

I organisationen görs riskbedömning både regelbundet och i samband med större förändringar i verksamheten. Målet med riskbedömningen är att hantera de risker som finns i organisationen så att riskerna hålls på en acceptabel nivå. Riskbedömningen inleds med att begränsa området till en enhet, en process eller ett problem. Teamet som deltar i riskbedömningarna är multiprofessionellt både för att underlätta riskidentifieringen samt för att bättre kunna hantera riskerna. Riskerna klassificeras på basen av sannolikhet, allvarlighetsgrad samt skyddsmekanismer och dokumenteras i Laatuportti. Enheterna själva ansvarar för hanteringen av riskerna och delegerar vid behov till stödtjänster. Ifall risken inte är hanterbar inom enheten förs den vidare till nästa nivå i organisationen. Stora eller övergripande risker rapporteras vidare till sektionen för inre kontroll och riskhantering samt ledningen där riskerna också vid behov hanteras på en organisationsnivå.

Under året har riskbedömningen sökt sin form i organisationen. Riskhantering som ett vidare begrepp som förutsätter aktiv handling har varit ett relativt nytt tankesätt för flera enheter. Målet har varit att skapa en god grund för en bra säkerhetskultur och att vi till en större grad hanterar risker proaktivt än rättar till misstag i efterhand.

### 6.2. Regelbunden riskbedömning

Regelbundna riskbedömningar har tidigare skett på varierade sätt på enheterna. Under året har man försökt skapa en grund för gemensamma, systematiska riskbedömningar. Dels görs riskbedömningar i samband med behandlingen av klient-/patientsäkerhetsanmälningar. Nytt för i år är att man på resultatnivå har sammanfattat enhetens tre största risker och hanteringsmetoder i samband med verksamhetsplanen. På verksamhetsområdesnivå görs årliga riskbedömningar som dokumenteras i Laatuportti. Målet är att enheternas riskbedömningar ska ligga som grund för verksamhetsområdenas riskbedömningar i framtiden.

### 6.3. Riskbedömning vid förändringar

I samband med förändringar strävar man efter att göra riskbedömningar för att undvika misstag och minska riskerna i och med förändringen. Förändringen kan vara en yttre förändring (världsläget, lagar, strejker) eller en inre förändring (organisationsförändringar, flytt av verksamheten). Riskbedömningen sker i första hand proaktivt som en påverkansbedömning men kan också ske reaktivt där fokus främst ligger på att hantera riskerna.

Under året har fokus för riskbedömningarna i samband med förändring legat på ibrukttagandet av det nya H-huset, de organisationsförändringar som sker vid årsskiftet 2023/2024 samt de varierande utmaningar som världsläget har fört med sig.

## 7 RAI nyckeltal

### 7.1 Bakgrund

RAI är ett internationellt känt och pålitligt verktyg för övergripande bedömning av funktionsförmåga, omgivning, hälsotillstånd och servicebehov. Utifrån bedömningsuppgifter för varje klient är det möjligt att samla ihop information på enhetsnivå och undersöka till exempel vårdens eller servicens kvalitet (RAI kvalitetsindikatorer) och klienters resurskrav (RUG klassificering) på enhets- eller organisationsnivå ([www.thl.fi/RAI](http://www.thl.fi/RAI)).

Enligt 15a § i lagen om tjänster för äldre (9.7.2020/565) ska bedömningsverktyget RAI från och med 1.4.2023 användas vid bedömning av en äldre persons funktionsförmåga om personen enligt en preliminär bedömning behöver regelbunden socialservice för tryggheten av sin vård och omsorg och också när personens servicebehov eller omständigheter förändras avsevärt. I Österbottens välfärdsområde betyder detta att bedömningsverktyget RAI lagenligt används i klient- och resurscentraler, vid hemvård och boendetjänster. Bedömningsdata från RAI bör utnyttjas vid klient- och vårdplanering. I processerna för sökning av tjänster har man beskrivit användning och utnyttjande av data från RAI. Dessa data utgör även referensramen för sökning av tjänster i kriterierna för 2023.

### 7.2 RAI kvalitetsindikatorer

RAI kvalitetsindikatorerna beskriver missförhållanden i vårdens eller servicens kvalitet på enhets- eller regional nivå. Med hjälp av kvalitetsindikatorer är det möjligt att i vård eller service upptäcka eventuella problem som man kan åtgärda och därigenom förbättra den kliniska kvaliteten. För att undersöka detta måste bedömningarna på klientnivå vara uppdaterade samt gjorda pålitligt och heltäckande. Institutet för hälsa och välfärd (THL) ansvarar för att producera RAI kvalitetsindikatordata ([www.thl.fi/RAI](http://www.thl.fi/RAI)). Dessa data uppdateras i THL:s register halvårsvis. I registret är hemvård och serviceboende grupperade separat. Båda har egna beskrivningar av klientstruktur, tjänster och missförhållanden i kvalitet.

I denna rapport har vi samlat in RAI data producerade av THL på hösten 2022 (2022\_2) gällande hemvård och serviceboende dygnet runt. Det finns ett sammandrag av klientstrukturen och för undersökning av missförhållanden har vi valt saker som behöver utvecklas i Österbottens välfärdsområde (liggsår, fall och övermedicinering). Dessutom har vi valt två indikatorer som beskriver hur man kan främja rehabilitering vid serviceboende dygnet runt.

Kvalitetsnivån framgår av medeltal och procenttal gällande Österbotten. Som jämförelsevärden har vi använt motsvarande tal gällande Finland.

Tabell 3: De förklaringar till RAI indikatorer som används i Kvalitetsrapporten

<i>Tema</i>	<i>Innehållsbeskrivning</i>	<i>Mätare</i>
Klientstruktur	RAI bedömda klienter	Antal klienter
	Åldersgrupper	Medeltal, fördelning (%)
	Förmåga att klara sig i vardagen, ADLH 0-6 (röra sig, äta, tvätta sig, gå på wc; självständig = 0)	Medeltal, självständig ADLH (%)
	Kognition, CPS 0-6 (närminne, fatta dagliga beslut, bli förstådd, självständig = 0)	Medeltal, självständig kognition (%)
	Demensdiagnos	Andel klienter (%) med demensdiagnos
Kvalitetsindikatorer	Övermedicinering (hemvård / boende)	Andel klienter (%) som tar minst nio läkemedel
	Medicinering, sömnmedel (hemvård / boende)	Andel klienter (%) som tar sömnmedel
	Hud: liggsår (boende)	Andel klienter (%) med 1-4 graders liggsår
	Nya liggsår (boende)	Andel klienter med liggsår (%) av de klienter som vid föregående bedömning inte hade liggsår.
	Sår som inte läkts (hemvård)	Andel klienter (%) med sår som inte läkts i jämförelse med föregående bedömning.
	Säkerhet: fall (boende)	Andel klienter (%) som fallit under de senaste 30 dyggen
	Säkerhet: fall (hemvård)	Andel klienter (%) som fallit under de senaste 90 dyggen
	Säkerhet, en skada (hemvård / boende)	Andel klienter (%) som fått en skada (höftbrott, skråma, blåmärke, brännskada)
	Delaktighet: rörelsehindrade dagligen (boende)	Andel klienter (%) som är rörelsehindrade dagligen
	Rehabilitering: föga aktiverande vårdarbete för rörelsehindrade (boende)	Andel rörelsehindrade klienter (%) som inte får professionell rehabiliterande eller upprätthållande vård

### 7.3 Hemvård och serviceboende dygnet runt – klientstrukturen

Klienter i Österbotten som åtnjuter hemvård och serviceboende dygnet runt är i medeltal äldre i jämförelse med hela landet. I Österbotten har klienterna mera sällan demensdiagnos. I Österbotten är förmågan att självständigt klara sig i vardagen och kognitionen lite bättre än i hela landet.

Tabell 4: Klientstrukturen i Österbotten gällande hemvård och serviceboende dygnet runt, hösten 2022



Klientstruktur, hösten 2022	Hemvård Österbotte n, n=1541	Hemvård Finland, n=32896	Serviceboen de dygnet runt Österbotten, n=1479	Serviceboe nde dygnet runt Finland, n=29331
Ålder, medeltal	83,3	81,9	85,6	84,1
65-74 år, %	14	15	9	12
75-84 år, %	28	34	30	33
85-90 år, %	31	28	30	29
över 90 år	23	18	30	24
Demensdiagnos %	39	43	72	76
Förmåga att klara sig i vardagen (ADLH 0-6), mt	0,8	0,9	3,4	3,5
Förmåga att klara sig i vardagen, självständig ADLH=0, (%)	29	26	5	5
Kognition (CPS 0-6), mt	1,4	1,5	3,4	3,5
Kognitionsnivå, självständig (CPS=0), %	29	26	5	5

#### 7.4 Kvalitetsbrister vid hemvård och serviceboende dygnet runt

Tabell 5 visar data producerade av RAI kvalitetsindikatorer. När man jämför kvalitetsnivån med hela landets nivå finns problem med användning av sömnmedel och främjande av rehabilitering. Å andra sidan får över hälften av klienterna i Österbotten övermedicinering (minst nio läkemedel). Av hemvårdsklienterna får 62 procent övermedicinering och av dem som bor i serviceboende är det 55 procent. Av hemvårdsklienterna har nästan var tredje fallit under de senaste 90 dyggen. Av dem som bor i serviceboende dygnet runt har ca var tionde fallit under den senaste månaden. Klienterna i Österbotten råkar ut för färre olyckor än dem i hela landet.

Tabell 5. Kvalitetsbrister vid hemvård och serviceboende 24/7, hösten 2022

RAI kvalitetsindikatorer, hösten 2022	Hemvård Österbotte n, n=1541	Hemvård Finland, n=32896	Serviceboende dygnet runt Österbotten, n=1479	Serviceboende dygnet runt Finland, n=29331
<i>Hemvård och boende 24/7 – medicinering och fall</i>				
- Övermedicinering, %	62	68	55	56
- Medicinering, sömnmedel, %	39	35	39	37

- Fall, % (30 dygn boende och 90 dygn hemvård)	27	25	11	11
- Någon skada, %	9	8	19	27
<i>Liggsår</i>				
- Sår som inte läkts, % (hemvård)	5	4		
- Liggsår, % (boende 24/7)			8	8
- Nya liggsår, % (boende 24/7)			5	5
<i>Rehabilitering (boende 24/7)</i>				
- Rörelsehindrade dagligen, %			17	17
- Föga aktiverande vårdarbete, %			43	22

## 7.5 Funderingar

I denna kvalitetsrapport har vi för första gången använt RAI data för att beskriva kvalitetsbrister. Eftersom RAI data från 2022 gäller enskilda kommuner och ännu inte har blivit helt tillförlitliga har vi stannat för att i denna rapport behandla resultaten av RAI data på regional nivå. Nyckeltalen har jämförts med hela landets medeltal. För att framöver identifiera kvalitetsbrister på enhetsnivå är det viktigt att utveckla en egenkontroll och förena den med RAI data på enhetsnivå.

Ur Österbottens synvinkel kan vi konstatera att de klienter som åtnjuter hemvård och serviceboende dygnet runt i medeltal är äldre och klienternas förmåga att klara sig i vardagen är lite bättre än i hela landet. Vid utveckling av klinisk kvalitet bör man fästa uppmärksamhet på övermedicinering och förebyggande av fallolyckor. Å andra sidan vidtas betydligt färre åtgärder för främjande av rehabilitering vid serviceboende dygnet runt i Österbotten än i hela landet. Vid serviceboende är nästan var femte klient rörelsehindrad dagligen.

## 8 Säkerhet, beredskap och förberedelse

Säkerhet består av säkerhetsmedvetenhet, yrkesskicklighet, goda arbetssätt samt uppmärksamhet, initiativkraft och förmåga att upptäcka och avlägsna faktorer som försämrar säkerheten. Säkerheten förbättras bland annat med upplysning, rådgivning och säkerhetsledning.

Ett gott säkerhetsarbete minskar antalet olycksfall och störningar samt gör det lättare att orka med arbetet. Ett gott säkerhetsarbete består av små vardagliga saker och val. Man kan främja säkerhetsarbetet bl.a. genom att betona kommunikationens betydelse, regelbundet kontrollera sitt säkerhetskunnande samt fostra och stödja en för arbetsplatsens säkerhet positiv gemenskap. Vid identifiering och bedömning av risker utnyttjar man personalens omfattande kunskaper samt samarbete med myndigheter och intressenter.

Vid säkerhetsarbetet har man koncentrerat sig på att utveckla de anställdas säkerhetskunnande, skapa nya verksamhetsmodeller och förbereda säkerhetsplaner samt utveckla en säkerhets- och räddningsplan för den nya fastigheten.

Det nya H-huset mottogs i augusti. Det har varit på säkerhetsenhetens ansvar att organisera och ordna säkerhetspromenader för inflyttande enheter, göra beräkningar av utrymningstider och utredningar av utrymningssäkerheten samt hjälpa med att göra upp en säkerhetsplan för enheten. Under 2022 ordnades i H-huset sammanlagt 28 entimmes säkerhetspromenader. De fortsätter in i 2023.

I Österbotten grundades på välfärdsområdets initiativ Österbottens säkerhetsforum. Österbottens säkerhetsforum fungerar som landskapets högsta lednings planerings- och informationsutbytesforum för säkerhets- och beredskapsärenden. Säkerhetsforumet delar en gemensam situationsbild bland myndigheterna samt bestämmer tyngdpunkter, resurser och gemensamma målsättningar för landskapets beredskapsplanering. Verksamheten grundar sig på den högsta ledningens inbördes avtal, Österbottens säkerhetsforum har ingen beslutanderätt.

### 8.1. Säkerhetsutbildning

I Österbottens välfärdsområde ordnas säkerhetsutbildning centraliserat av säkerhetsenheten. Det nya konceptet utvecklades i början av 2022, och sedan senvåren har vi ordnat säkerhetsdagskurser i hela välfärdsområdets verksamhetsområde ungefär två gånger i veckan.

Säkerhetspromenader, skraddarsydda säkerhetsavdelningslektioner, övningar i beräkning av utrymningstid och förstahandssläckning har ordnats på beställning av enheterna.

<b>Säkerhetsdag</b>	38 tillställningar och 635 deltagare
<b>Säkerhetspromenad (inte H-hus)</b>	7 tillställningar och 59 deltagare

## 8.2. Beredskap och planering

Beredskapsplaneringsprocessen för välfärdsområdet godkändes på hösten.

Välfärdsområdets beredskapsplan kommer att bestå av en allmän del och förvaltnings- och stödtjänsternas samt sektorernas beredskapsplaner. Beredskapsplanen kompletteras av planer och handlingskort som har samband med resultatområdenas och resultatenheterens beredskap och säkerhet.

Kring säkerhet, beredskap och förberedelse har man i Västra Finlands samarbetsområde samarbetat med säkerhets- och beredskapspersoner. Man har börjat planera en enhetlig situationsbild samt informationsförmedling och verksamhetsmodeller.

Vi deltog i en av Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland ordnad övning i Österbotten 8.–9.9.2022. Syftet var att testa samhällets förmåga att skydda befolkningen vid ett militärt hot.

## 9 Dataskydd

Vid behandling av personuppgifter håller vi oss till dataskyddslagstiftningen. Eftersom behandling av personuppgifter ska regleras övergripande och mångdimensionellt kan det vara utmanande att tillämpa lagstiftningen och gestalta helheterna. Behandling av personuppgifter ingår i social- och hälsovårdens verksamhet. Vid dataskydd fäster man uppmärksamhet på föregripande verksamhet – frågor om dataskydd måste beaktas redan vid ändring och planering. Risker i samband med personuppgifter bör bedömas, behandlas och registreras.

### 9.1. Genomförande av dataskydd i Österbottens välfärdsområde

Ansvarsskyldigheten är en central princip i dataskyddsförordningen. I välfärdsområdet gör man allt för att identifiera risker i samband med dataskydd. För att skydda personuppgifter har vi börjat vidta nödvändiga åtgärder. Syftet med ansvarsskyldigheten är att öka förtroendet och visa hur man respekterar dataskyddet för de personer vars uppgifter behandlas.

I Österbottens välfärdsområde används systemet Datasäkerhet HaiPro för registrering och uppföljning av avvikelser i datasäkerheten. Under verksamhetsåret gjordes 174 anmälningar. Antalet anmälningar säger inte hela sanningen om hur behandlingen av personuppgifter fungerar.

Vid spontan driftsövervakning kontrollerade man om det fanns en vårdrelation eller en annan saklig grund. Med hjälp av den automatiserade loggkontrollappen LogMonitor kontrollerade man användningen av patient- och klientuppgiftssystemen samt övriga system som ska kontrolleras. Användningslogguppgifter för patientuppgifter följdes och kontrollerades i enlighet med ett efterhandskontrollförfarande.

Välfärdsområdets största dataskyddsrisk kommer från själva organisationen och gäller printning av dokument. Ungefär hälften av alla HaiPro-anmälningar om datasäkerhet gällde sekretessbrott.

För Österbottens välfärdsområde har man uppdaterat en säkerhetsplan för datasäkerhet och dataskydd. Det är välfärdsområdets direktör som ansvarar för att säkerhetsplanen följs. Via de olika sektorerna i datasäkerhets- och dataskyddskontrollen kan man kontrollera i synnerhet risker i samband med datasäkerhet. Det centrala målet är att de yrkesfolk som levererar tjänsterna ska känna till och beakta förfarandena gällande dataskydd och datasäkerhet vid behandling av klient- och patientuppgifter. Egenkontroll av datasäkerhet och dataskydd har också samband med certifiering av och väsentliga krav gällande datasystem och förmedlingsservicen Kanta. Några av datasäkerhets- och dataskyddskraven har samband med användningen av den riksomfattande Kanta-servicen (THL).

## 9.2. Den registrerades rättigheter och hur de tillgodoses

Enligt artikel 15 i EU:s dataskyddsförordning har den registrerade rätt att få tillgång till sina uppgifter. En undertecknad kontrollbegäran ska skickas till Österbottens välfärdsområdes registratorskontor. Enligt artikel 5 i dataskyddsförordningen ska personuppgifterna vara korrekta och vid behov uppdaterade. Den personuppgiftsansvariga ska vidta alla rimliga åtgärder som kan vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är inexakta och felaktiga med tanke på behandlingens ändamål genast stryks eller rättas.

Den registrerade har rätt att få den personuppgiftsansvariga att stryka personuppgifter som handlar om den registrerade till exempel ifall ifrågavarande uppgifter inte längre behövs för det ursprungliga ändamålet. En sådan rätt har man emellertid inte ifall den personuppgiftsansvariga har en lagstadgad skyldighet att utföra en uppgift som kräver behandling av personuppgifter eller om behandlingen är ett led i en myndighetsutövning som åligger den personuppgiftsansvariga. I Österbottens välfärdsområdes verksamhet kan rätten att bli bortglömd till exempel gälla en person som deltagit i frivilligarbete. EU:s dataskyddsförordning tillämpas inte på uppgifter om avlidna personer.

## 9.3. Uppföljning och mätning

Med tanke på datasäkerhet och dataskydd bör logguppgifter skyddas, uppföljas och förvaras regelbundet och planmässigt. Då möjliggör logguppgifterna och en tillförlitlig loggmiljö en sammanhängande registrering av ett händelseförlopp och autentisering av händelserna. På grund av organisationens klientregisters storlek, antalet datasystem, antalet användare och antalet transaktioner var det en mycket stor och krävande process att hantera logguppgifterna.

Som personuppgiftsansvariga ansvarar Österbottens välfärdsområde för verksamhetens lagenlighet. Några dataskyddsansvariga fungerar som sakkunniga och hjälper ledningen och personalen i ärenden som gäller dataskydd. De dataskyddsansvariga genomförde loggövervakning i enlighet med en övervakningsplan godkänd av arbetsgruppen för dataskydd. Förvaltningsöverläkaren var ordförande för arbetsgruppen för dataskydd. Arbetsgruppen sammanträdde fyra gånger år 2022.

Vid spontan driftsövervakning kontrollerade man om det fanns en vårdrelation eller en annan saklig grund med hjälp av den vid databehandling automatiserade loggkontrollappen LogMonitor. Avvikelse rapporterna kördes från sökande av uppgifter om anhöriga. I vår organisation är det förbjudet att läsa uppgifter om både sig själv och anhöriga.

En lyckad kontroll förutsätter att användarbehörigheten kontrolleras. Personer i överordnade ställningar var skyldiga att följa upp användningen av patientuppgifter och anmäla eventuella dataskyddsrisiker. År 2022 inkom 45 begäranden från klienter om utredning av användningslogguppgifter i patientregistret. Utifrån dessa begäranden tog man retroaktivt ut högst två år gamla logguppgifter. En enda begäran om utredning gällde misstankar om olovlig användning av uppgifter. De dataskyddsansvariga granskade de begärda logguppgifterna och de eventuella misstankarna om missbruk överlämnades till chefen för

vidare utredning samt till chefsöversköterskan, chefsöverläkaren och sjukvårdsdistriktets direktör. Klienten fick ett sammandrag av resultatet av utredningen. En begäran om uppgifter kom från polisen. Nio anmälningar kom till dataskyddsombudets kontor.

#### 9.4. Bedömning och utveckling av dataskyddet

För rapportering och uppföljning av avvikelser i datasäkerheten användes systemet Datasäkerhet HaiPro. Samkommunen för Österbottens välfärdsområde ska som personuppgiftsansvariga dokumentera alla brott mot personuppgifters datasäkerhet, orsakerna till dem, beskrivningar av händelserna, vilka personuppgifter ett brott påverkade, övriga verkningar och vidtagna korrigerande åtgärder. Med hjälp av dokumentationen kan tillsynsmyndigheten kontrollera att dataskyddsförordningen har följts. I slutet av verksamhetsåret började man använda ett dataskyddsverktyg för att göra det lättare att dokumentera.

I samkommunen för Österbottens välfärdsområde arbetar över 7000 personer, så det finns skäl att satsa på att utbilda och informera de anställda.

## 10 Hygien

Hygienrutiner är ett multiprofessionellt samarbete där bland andra infektionsläkare, hygienkötare, infektionsläkare och infektionssjukskötare är involverade. Också enheternas hygienkontaktpersoner hjälper till. För att bekämpa infektioner måste olika aktörer samarbeta tätt och under det gångna året har man bedrivit ett intensivt samarbete i hela Österbotten.

### 10.1. Anmälan om infektioner

Tabell 6. Anmälan om infektioner vid Vasa centralsjukhus 2022

År 2022	Infektioner	Vårddygn	Inf./1000 vd
Vårdrelaterade infektioner	1145	70803	16,17
Samhällsrelaterade infektioner	11514	70803	162,62

I genomsnitt anmäldes 95 vårdrelaterade infektioner per månad. Både antalet vårdrelaterade och samhällsrelaterade infektioner ökade jämfört med år 2021.

Tabell 7. Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner	2021 antal	2022
Infektioner i operationssår Ytlig, djup, operationsområde/organinfektion	189	154
Infektioner i mag-tarmkanalen	119	152
Urinvägsinfektioner	139	164
Lunginflammation	131	112
Övriga infektioner i de övre och nedre luftvägarna	40	88
Blododlingspositiv sepsis	65	69
Klinisk sepsis	15	17
Eventuell sepsis hos nyfödd	68	53
Infektion NAS	69	94
Annan infektion	32	58
Infektioner i könsorganen	46	25
Infektioner i hud och mjukvävnad	32	44
Infektioner i öga, öra, näsa och munhåla	86	85
Blodkärlskanylinfektioner	11	15



Hjärt- och blodkärlsinfektioner	2	10
Infektioner i centrala nervsystemet	1	3

Urinvägsinfektioner blev den största gruppen av vårdrelaterade infektioner. Antalet infektioner i operationssår och fallen av lunginflammation sjönk i jämförelse med året innan. Antalet infektioner i mag-tarmkanalen var å andra sidan märkbart fler.

Tabell 8. Infektioner vid insättning av konstgjord led (elektiva operationer)

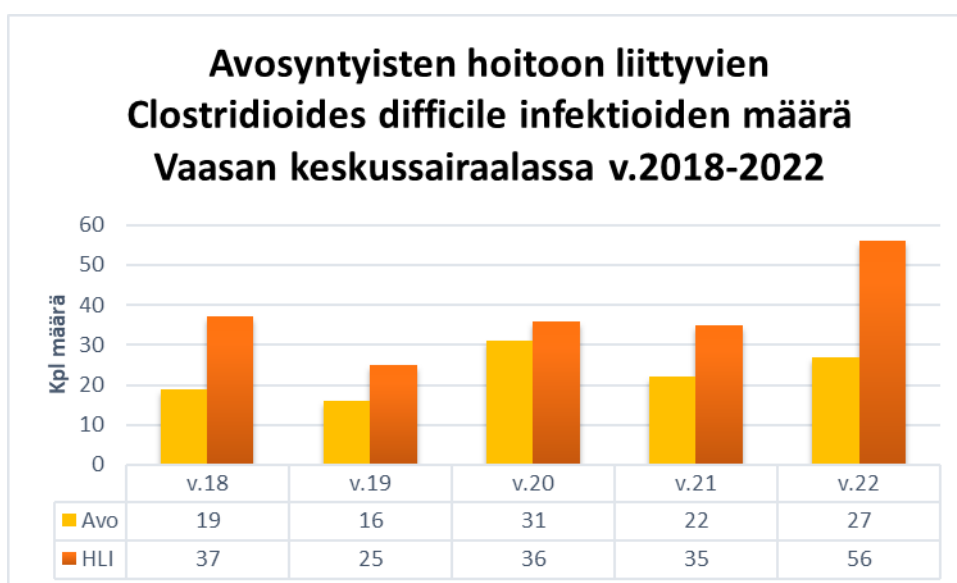
Infektioner i konstgjord led	2021 %	2022 %
Totalprotes i höft		
-ytlig infektion	0	0
-djup infektion	0	0
-infektion i operationssår/organ	0,8	1,02
Totalprotes i knä		
-ytlig infektion	1,5	0
-djup infektion	0	0
-infektion i operationssår/organ	1,1	0,96

Antalet infektioner vid elektiv operation för insättning av konstgjord led har hållits på en låg och acceptabel nivå.



Figur 7. Blododlingspositiv sepsis

Jämfört med antalet vård dygn har fallen av blododlingspositiv sepsis hållits på samma nivå som förut i fråga om både vårdrelaterad (HLI) och samhällsrelaterad sepsis (Avo). De flesta vårdrelaterade sepsisfallen har orsakats av *E coli* (21 st), följt av *Staphylococcus aureus* (13 st) och *Enterococcus faecalis* (6 st). Av andra mikrober har man hittat endast enstaka fall eller några av samma slag (1-5 st).



Figur 8. Antalet samhällsrelaterade infektioner orsakade av Clostridioides difficile i samband med vård

*Clostridioides difficile* är en bakterie som förut kallades *Costridium difficile*, och är den främsta orsaken till antibiotisk diarré. Sjukdomen återkommer lätt och kan leda till sjukhus- eller institutionsepidemier.

Antalet samhällsrelaterade infektioner (Avo) orsakade av *Clostridioides difficile* ökade med några fall och antalet vårdrelaterade infektioner (HLI) har stigit kraftigt jämfört med året innan. Fallen beror dock inte på epidemier, och bland dem har det inte funnits en enda hypervirulent stam. Användningen av antimikrobiella läkemedel påverkar förekomsten av *Clostridioides difficile*. Användningen av antimikrobiella läkemedel minskade under covid-19 pandemin, men ökade igen år 2022 och detta kan ha inverkat på förekomsten av *Clostridioides difficile*. Det är typiskt för mikroben att dess förekomst går i vågor och incidensen kan också påverkas av hur aktivt det tas prover.

Avdelningarna för somatisk specialiserad sjukvård och psykiatrins bäddavdelning (Vasa) deltog i en infektionsprevalensundersökning inom specialiserad sjukvård organiserad av ECDC och THL i november. I undersökningen deltog 247 patienter. Välfärdsområdets hygienskötare organiserade undersökningen på enheterna.

Hygienskötaren har inte haft ansvar för en separat statistikföring av corona i realtid, men i uppföljningssystemet för infektioner (SAI) har man under 2022 antecknat 216 infektioner i övre luftvägarna orsakade av covid och 387 fall av lunginflammation (vuxna och barn) i samband med covid på centralsjukhusets somatiska avdelningar. TeVa-avdelningen har antecknat 4 infektioner i övre luftvägarna orsakade av covid och 19 fall av lunginflammation orsakade av covid.

Covid-pandemin har fortsättningsvis spelat en stor roll i hygienskötarnas arbete under år 2022. Hygienskötarna och infektionsöverläkaren har deltagit i utarbetandet och uppdateringen av covid-19- anvisningar och deltagit i samarbetsmöten med bl.a. THL. Aktuella anvisningar för verksamheten gällande covid har garanterat klient-, patient- och personalsäkerheten. Man har också organiserat utbildning om användningen av skyddsutrustning och bidragit med kunskaper vid anskaffningen av skyddsutrustning. Olika typer av coronakonsultationer har förekommit ofta. Hygienskötarna har varit representerade i ÖVPH:s pandemiledningsgrupp och i den regionala pandemiarbetsgruppen har alla hygienskötare deltagit.

#### Anmälan om infektioner på andra platser i välfärdsområdet

På Vasas och Laihelas område har man inget systematiskt anmälningsystem för infektioner. En gång om året görs en prevalensundersökning på YLE-avdelningarna och på enheterna för effektiviserat serviceboende för åldringar. Under 2022 gjordes prevalensundersökningen den 16 november. I undersökningen deltar också områdets privata serviceproducenter. Rapportresultaten har delgivits särskilt. Om den aktuella undersökningen fram till den 16 november kan sägas att urinvägsinfektioner, pneumonin och covid-19 varit de vanligaste infektionerna. Av prevalensundersökningen framgår det inte om det är fråga om samhällsrelaterad infektion eller om infektionen är relaterad till sjukhus-/effektiviserat serviceboende.

Inom Övph norra del (Vörå, Nykarleby, Pedersöre, Jakobstad, Larsmo) registreras och uppföljs vårdrelaterade infektioner via infektionsuppföljningsprogrammet SAI. SAI används på vårdavdelningarna på Malmska, ÖVPH äldreomsorgens boenden samt boenden inom psykisk hälsa och beroendevård. Manuell registrering på boende för funktionsnedsatta. Avdelning och

boenden i Vörå har under år 2022 inte systematiskt registrerat vårdrelaterade infektioner. Under år 2022 har vårdrelaterade infektioner ökat på vårdavdelningarna räknat per 1000vård dagar. På vårdavdelningarna har förekommit ökad mängd magtarmkanalens infektioner (Norovirus, ClostridiumDifficile) och coronavirusrelaterade infektioner och andra luftvägsinfektioner. Urinvägsinfektioner är vanligt förekommande. Dessa dock minskat i antal och största delen är inte relaterade till främmande material eller ingrepp. Blododlingspositiv sepsis på samma nivå som tidigare år.

År 2022	Infektioner (n)	Vård dagar totalt	Infektioner/ 1000 vård dagar	2021
Norra				
Vårdrelaterade infektioner	235	30 299	7.8	5.9

På äldreomsorgens boenden inom ÖVPH norra del har vårdrelaterade infektioner ökat jämfört med tidigare år. Urinvägsinfektioner är den vanligaste vårdrelaterade infektionen inom äldreomsorgen. Urinvägsinfektionerna inte relaterade till främmande material eller ingrepp. På många boenden har under året förekommit kluster av Covid-19 infektioner samt även diarréinfektioner förorsakade av Norovirus.

År 2022	Infektioner (n)	Vård dagar totalt	Infektioner/ 1000vård dagar	2021
Norra				
Vårdrelaterade infektioner inom Äldreomsorgen (exkl Vörå)	263	85 686	3.1	2.1

På vissa boenden inom psykisk ohälsa och beroendevård samt boenden för funktionsnedsatta har även Covid-19 klienter vårdats vilket även visar en ökad mängd vårdrelaterade infektioner under detta år.

Registrering och granskning av vårdrelaterade infektioner försvåras och fördröjs allmänt på grund av tidsbrist bland SAI registreringsansvariga. Ett enhetligt system för uppföljning av vårdrelaterade infektioner på alla ÖVPH enheter är önskvärt.

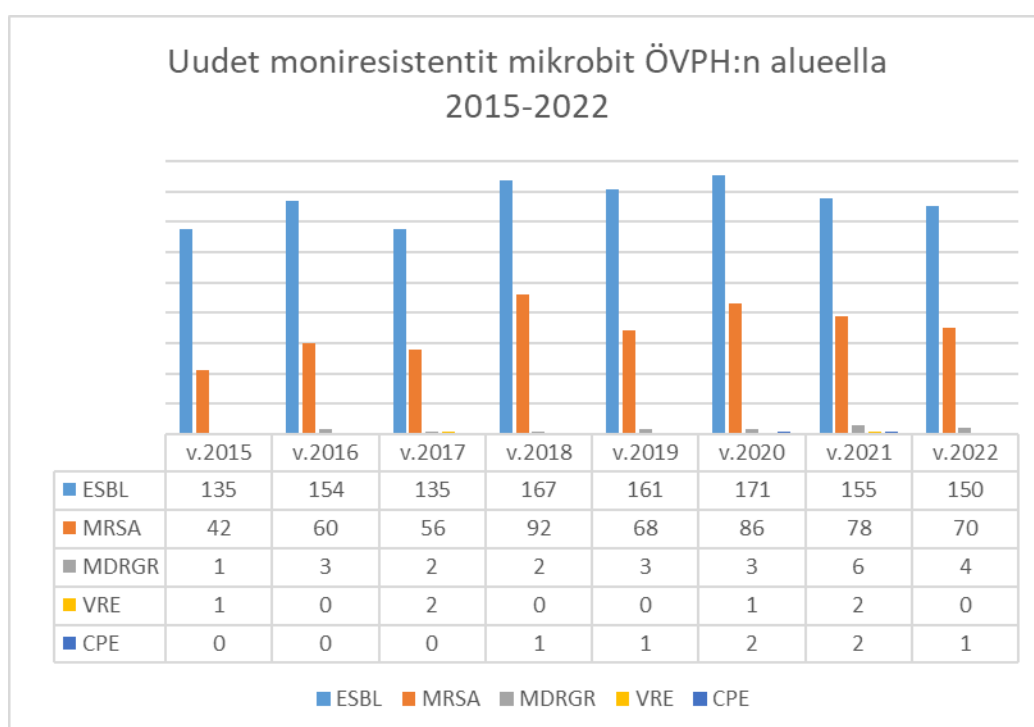
## 10.2. Multiresistenta mikrober

Det är mycket viktigt att bekämpa multiresistenta mikrober (dvs. mikrober som är antibiotikaresistenta). Fynd av multiresistenta mikrober antecknas av hygienskötarna (VKS) i MMKR-registret, vilket lagen om smittsamma sjukdomar förutsätter. Dessutom gör hygienskötarna en riskinformationsanteckning i ESKO-patientdatasystemet som används på Vasa centralsjukhus. Anmälan om fyndet görs också till patientens hemkommun, där uppgiften om smittbäraren antecknas i kommunens eget patientdatasystem. I praktiken är det regionens hygienskötare som får anmälan och som informerar den vårdande instansen om fyndet. Patienten får information och föreskrifter gällande fyndet via den enhet som tagit provet. Föreskrifterna finns i ÖVPH:s Intra och på privata serviceproducenters helpdesksidor i Sharepoint på tre språk (finska, svenska, engelska). Under år 2022 har man utarbetat nya

anvisningar och uppdaterat gamla gällande multiresistenta mikrober som hela ÖVPH och också privata serviceproducenter i regionen ska följa.

I år har det inte förekommit epidemier av multiresistenta mikrober på universitetssjukhusen, vilket skulle ha lett till omfattande sållningar av ÖVPH:s patienter. Multiresistenta bakterier sållas bland patienter som kommer till sjukhusvård enligt ÖVPH:s eget protokoll, eftersom turism, invandring och sjukhusvård utomlands fortsätter öka. ÖVPH:s anvisning för sållning av multiresistenta mikrober (också rådgivningens egen anvisning) uppdaterades senast under senare delen av år 2022 liksom också MDR-processschemat för anmälning av multiresistenta mikrober.

### 10.2.1 MMKR-statistik



Figur 9. Nya multiresistenta mikrober på ÖVPH:s område 2015-2022

Det har förekommit en aning färre fynd av nya ESBL och MRSA år 2022 jämfört med året innan. Man har registrerat 4 fynd av multiresistenta gram-negativa baciller som hör till gruppen MDRGR. Ett fynd av CPE har antecknats för år 2022. Inga VRE-fynd upptäcktes. Antalet bärare av multiresistenta mikrober är omkring 1895 personer på vårt sjukvårdsdistrikt just nu.

En stor del av bärarna av multiresistenta mikrober upptäcks i samband med rutinsållningar. Av de bärare av multiresistenta mikrober som hittades på t.ex. Vasas och Laihelas område år 2022 upptäcktes 28 % (21 st) på mödra- och barnrådgivningen i samband med rutinsållningar.

### 10.3. Influensavaccineringar

Lagen om smittsamma sjukdomar ålägger arbetsgivare och chefer att se till att den vårdpersonal som sköter riskpatienter årligen vaccineras mot säsonginfluensa. Influensavaccinet främjar patientsäkerheten, god vård och förhindrar sjukdomar hos vårdpersonalen och dessas anhöriga.

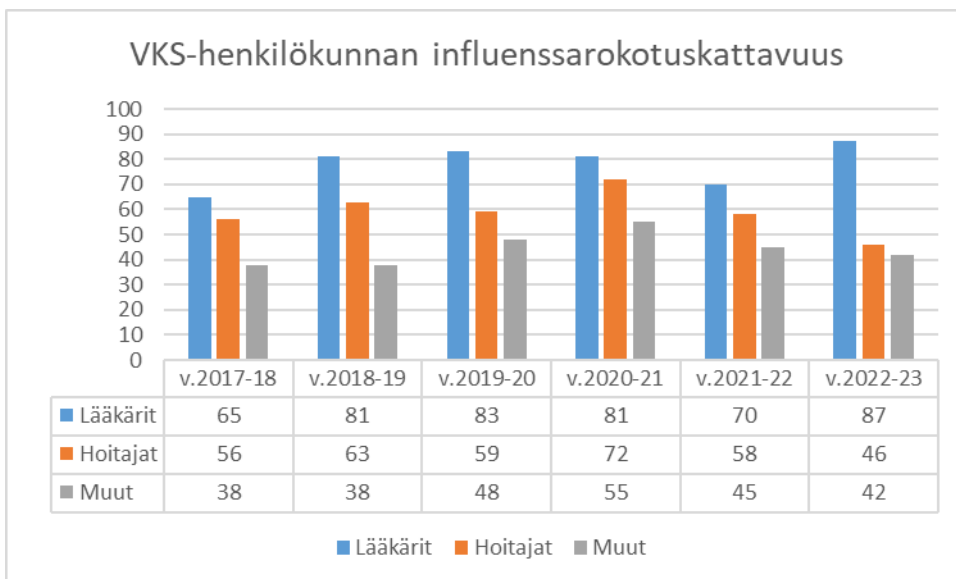
På Intra informerar infektionsläkaren om vikten av vaccineringarna bl.a. med hjälp av videor (3 st) som producerats av ÖVPH. I sjukhusets allmänna utrymmen och utrymmen som används av personalen har också THL haft influensavaccineringsaffischer under hösten 2022. Det har varit möjligt att beställa/printa material om THL:s influensavaccinering till Österbottens välfärdsområdes egna enheter via THL:s hemsida.

#### 10.3.1. ePiikki och Vasa centralsjukhus' influensavaccinationer



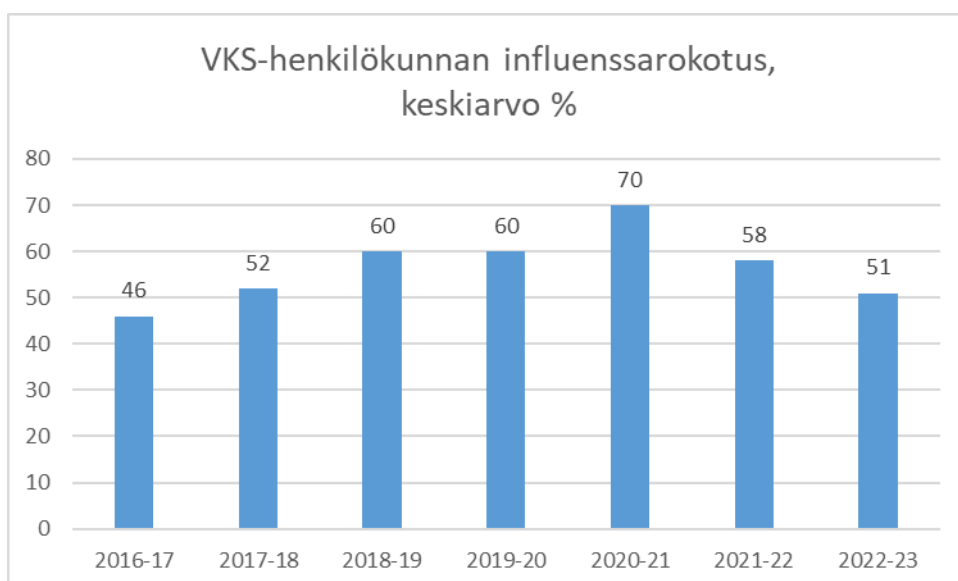
Vi rekommenderar vaccinering via företagshälsovården för att vaccineringarna ska kunna statistikföras i ePiikki. THL frågar årligen hur täckande vaccineringarna är inom specialiserade sjukvården och därför har statistik redan förts under flera år. Målet är att 90 % av personalen på VCS ska ha fått influensavaccin. I programmet Flowmedicin ePiikki på Intra och på TV:n i personalmatsalen i Sandviken kan man följa med hur vaccineringarna framskrider. Anteckningar om vaccineringarna i ePiikki-programmet görs av företagshälsovårdarna i samband med vaccineringarna.

Under oktober-december har man haft 4 allmänna vaccineringstillfällen och ett tillfälle hade man i januari 2023 på begäran av ledningsgruppen. Företagshälsovårdarna på TTBotnia har varit i direkt kontakt med VCS:s enheter och har avtalat med cheferna om vaccineringar på enheterna. TTBotnia har dessutom ordnat med allmänna vaccineringstillfällen på det egna verksamhetsstället för anställda på ÖVPH som arbetar också på andra enheter i Vasa. Vaccineringstäckningen har minskat i jämförelse med föregående år. Det kan finnas flera orsaker till att medeltalet för antalet vaccineringar sjunker. Ett slags vaccineringströtthet och coronapandemin kan vara orsak till detta. Å andra sidan har läkarna låtit vaccinera sig i större utsträckning än förr och de har slagit rekord i vaccineringar enligt statistiken.



Figur 10. Täckningen av influensavaccinering hos personalen på VCS

I nedanstående tabell visas medelvärdena för tidigare år:



Figur 11. Personalens influenssavaccineringar på VCS, medelvärde i %

### Influensavaccinering av personalen på andra ställen inom ÖVPH

Personalen fick samlad information på Intra också om kommunernas vaccineringsdagar och vaccineringsställen. Det finns ingen statistik över antalet vaccinerade från dessa tillfällen. Det har varit möjligt att få vaccineringsplatser på företagshälsovården, hälsovårdscentraler och rådgivningar. T.ex. på de tidigare sote-enheterna för primärhälsovården i Vasa stad och

Laihela fick sammanlagt 418 personer influensavaccin via företagshälsovården, vilket inte motsvarar antalet anställda.

Inom ÖVPH norra delen (Jakobstad, Pedersöre, Larsmo, Nykarleby) har influensavaccinationstillfällen ordnats i form av drop-in tillfällen vid välfärdsstationerna inom distriktets alla kommuner. Personalen har även haft möjlighet att besöka allmänna vaccinationstillfällen. Det är svårt att få fram enhetsspecifika och tillförlitliga uppgifter gällande personalens vaccinationstäckning. Ett enhetligt program kan motiveras för att förbättra uppföljning av personalens influensavaccinationer. Trots saknad av tillförlitlig uppföljning har det lagts märke till att personalens vaccinationsaktivitet under år 2022 har varit lägre.

I fortsättningen ska man försöka skapa en enhetlig uppföljning av influensavaccinationstäckningen med hjälp av ePliikki via företagshälsovården.

#### 10.4 Observation av handhygien via appen eHuuhe

På Vasa centralsjukhus har systematisk observation gjorts av handhygien med hjälp av appen eHuuhe på alla somatiska avdelningar under år 2021. Tills vidare gör man inga observationer om handhygien med hjälp av eHuuhe någon annanstans på välfärdsområdet. Ansvaret för observationer om handhygien ligger hos enheternas utbildade observatörer och chefer. Observationerna är baserade på WHO:s (Världshälsoorganisationens) program för handhygien. Syftet är att förbättra handhygien och patientsäkerheten, vilka kan påverkas tack vare observationerna. Målgruppen är alla yrkesgrupper som deltar i vården och undersökningarna av patienterna.

År 2022 dokumenterades totalt 2790 observationer av handhygien i programmet eHuuhe, vilket är 1104 observationer färre än år 2021. Målet är 30 observationer per månad på varje enhet, men inte alla enheter har ens kommit nära målet. De aktivaste enheterna har varit avdelningarna för krävande rehabilitering och avdelningen för förlossningar och kvinnosjukdomar som närapå nått målet. Avdelningarna A3, specialgeriatrik och T3 har över 20 observationer i medeltal varje månad. På avdelningarna för inre medicin och onkologi har man regelbundet fått observationer, men avdelningarna har inte nått eftersträvd mängd användningar. Av enheterna för öppen vård har dagenheten (åtgärdsenheten) varit mest aktiv. Från avdelningen för operationer och anestesi och akuten har man inte fått mer än några enstaka observationer och på röntgenavdelningen har inga observationer gjorts. Covid-pandemin och personalbristen har inverkat på enheternas observationsresurser. Man använder fortfarande alltför kort tid på handdesinfektionen. Läkarna använde 1-19 sekunder på desinfektionen i 56 % av fallen och i 44 % av fallen använde de över 20 sekunder. Skötarna masserar med desinfektionsmedlet i 1-19 sekunder i 38,5 % av fallen och över 20 sekunder i 61,5 % av fallen. En godkänd prestation varar 20 sekunder, men det finns en stark rekommendation om att massera med handdesinfektionsmedlet i 30 sekunder, och skötarna når den tiden ibland. Variationen är stor mellan enheterna och tillfällena. På kirurgin ska händerna desinficeras i 3 minuter, men endast några fall har skrivits in i programmet.

Vid observationerna iaktas också riskfaktorer gällande handhygien, vilka fortfarande förekommer varje månad hos både läkare och skötare. Riskfaktorerna är smycken, armband, långa ärmar, ringar och nagellack. Alla dessa är förbjudna i arbetet med patienter, eftersom de förhindrar en adekvat handhygien. Vid observationerna iaktas också en adekvat och



korrekt användning av skyddshandskar och i 84 % av observationerna bedöms handskarna ha använts korrekt. Detta är samma resultat som år 2021.

Under året som gått har det hållits en eHuuhde-utbildning för nya handhygienobservatörer. Man kommer i något skede att utvidga observationerna av handhygien med hjälp av eHuuhde till andra verksamhets- och resultatområden.

Hygienskötarna har utarbetat broschyren "Pieni hygieniaopas" som ska användas av hela välfärdsområdet. Den visar hur adekvat handhygien åstadkoms. Broschyren kan delas ut till studerande och nya arbetstagare. Dessutom har ÖVPH:s arbetsgrupp för textil och tvätterservice, tillsammans med en hygienskötare, utarbetat anvisningar för arbetskläder, där man får råd om hur man klär på och av sig på rätt sätt, och om den personliga hygien och handhygien i arbetet. I samarbete med informationsenheten har man gjort en skylt invid desinfektionsmedelsdoseraren "Ota käsihuuhdetta". Valet av handdesinfektionsmedel har konkurrensutsatts och är det samma på hela välfärdsområdet. Anskaffningsringen är den samma för alla också då det gäller skyddshandskar. Handhygien är en del av normala försiktighetsåtgärder och temat tas alltid upp på avdelningstimmarna och föreläsningarna.

#### 10.4.1 Uppföljning av förbrukning av handdesinfektionsmedel med appen eDesi 2022

På centralsjukhuset följer man med förbrukningen av handdesinfektionsmedel genom att jämföra den mängd som enheten beställer med vårddygnen på enheten. På bäddavdelningar och på avdelningar med effektiviserad övervakning är förbrukningsmålet 100 ml/vårddygn. På operationsavdelningen följer man med förbrukningen per operation. Målet är 100 ml/operation.

På den specialiserade sjukvårdens bäddavdelningar på centralsjukhuset har man förbrukat 43,74 ml handdesinfektionsmedel i medeltal per vårddygn. Förbrukningen har sjunkit från föregående år med omkring 7,5 ml/vårddygn. Målet 100 ml/vårddygn är fortfarande rätt avlägset.

På avdelningen för effektiviserad övervakning var förbrukningen 113,81 ml/vårddygn. Förbrukningen har minskat från föregående år med omkring 20 ml/vårddygn, men mängden uppnår dock målet.

Man har använt 108,53 ml handdesinfektionsmedel per operation. Mängden har ökat med omkring 13 ml per operation. Också målet 100 ml/operation har uppnåtts.

#### 10.4.2 Uppföljning av förbrukning av handdesinfektionsmedel utanför sjukhuset

Inom Övph norra delen (Nykarleby, Pedersöre, Jakobstad, Larsmo) uppföljs handdesinfektionsmedelsförbrukning på vårdavdelningar, boenden, inom tandvården samt på stödenheter. Förbrukning granskas utgående beställd mängd medel via apotek. Förbrukningen räknas i ml per vård dagar på vårdavdelningar och boenden, övriga enheter räknas förbrukning i förbrukad liter. Allmänt kan under år 2022 en minskning i förbrukad mängd ses på enheterna inom sjukhuset och en rejäl minskning på boenden. Även inom tandvården har förbrukningen minskat.

Kartläggning, kampanj och utbildningstillfällen för personalen samt handhygienobservationsronder inplaneras allmänt för kommande år för att öka förbrukningen av handdesinfektionsmedel.

Systematiska observationer av handhygien görs inte inom primärhälsovården på Vasas och Laihelas område.

.

# Bilagor

## BILAGA 1(1/5) Sammanfattning av utvärdering

1000-HYKY

### Arviointikooste

SHQS Yksikkö- ja prosessikriteeristö vers 1.1 (2020), 1000-HYKY, 01.05.2022 - 30.11.2022

1	2	3	4	5	6				
1 - Ei dokumentoitu	2 - Dokumentoitu, ei vielä käyttöönotettu	3 - Yhtenäinen käytäntö, ei dokumentoitu	4 - Käyttöönotettu, mutta ei vielä systemaattista arviointia	5 - Laajasti käytössä, arviointi on aloitettu	6 - Kattavasti käytössä, arviointi ja kehittäminen on vakiintunut				
		1	2	3	4	5	6	KA	N
1 JOHTAMINEN		321	426	1100	2760	3446	3735	4.68	11788
1.1. Strateginen suunnittelu		23	44	84	218	198	202	4.47	769
1.1.1. Yksikön/prosessin arvot ja eettiset periaatteet on määritelty.		5	18	20	79	59	75	4.54	256
1.1.2. Yksiköllä/prosessilla on mitattavat tavoitteet, jotka ovat organisaation strategian mukaiset.		10	12	34	75	59	66	4.4	256
1.1.3. Arvot ja tavoitteet ovat kaikkien toimintaan osallistuvien tiedossa.		8	14	30	64	80	61	4.47	257
1.2. Johtamisjärjestelmä		57	107	226	535	606	509	4.5	2040
1.2.1. Yksikön/prosessin tehtävä ja asema organisaatiossa on sovittu kirjallisesti.		3	19	23	71	61	79	4.58	256
1.2.2. Yksikön/prosessin johtamis/esimiesvastuut ovat selkeät.		13	20	32	56	63	72	4.38	256
1.2.3. Johtamista tuetaan ja johtamisen toimivuutta arvioidaan sovitun menettelytavan mukaisesti.		17	9	25	82	69	51	4.3	253
1.2.4. Yksikössä/prosessissa toimivien tehtävät, vastuut ja toimivalta on määritelty.		1	8	47	64	74	62	4.52	256
1.2.5. Yksikön/prosessin sisäisen ja ulkoisen viestinnän menettelytavat on luotu.		4	25	27	82	71	46	4.29	255
1.2.6. Yksikön/prosessin moniammatillinen kokouskäytäntö on sovittu.		5	2	15	56	94	82	4.88	254
1.2.7. Yhteistyöstä ja		11	13	31	67	84	50	4.37	256

Labquality Oy 2023

BILAGA 1(2/5)

10-HYKY

	1	2	3	4	5	6	KA	N
työnjaosta yksikön/prosessin sisäisten ja ulkoisten sidosryhmien kanssa on sovittu.								
1.2.8. Yhteistoimintamenettely on sovittu säädösten mukaisesti ja on henkilöstön tiedossa.	3	11	26	57	90	67	4.66	254
1.3. Toiminnan ja talouden suunnittelu ja seuranta	41	41	120	252	423	387	4.69	1264
1.3.1. Yksikön/prosessin toimintasuunnitelmalla ja talousarviolla/budjetilla varmistetaan asetettujen tavoitteiden saavuttaminen.	15	19	30	54	80	54	4.3	252
1.3.2. Yksikön/prosessin tuottavuuden kehittymistä seurataan ja käynnistetään tarvittavat toimenpiteet.	9	8	25	52	81	73	4.64	248
1.3.3. Sisäistä valvontaa toteutetaan organisaation menettelytavan mukaisesti.	8	6	27	52	78	84	4.72	255
1.3.4. Lainsäädännön vaatimukset sekä valtakunnalliset ohjeet ja suositukset on tunnistettu ja toiminta on niiden mukaista.	5	2	12	41	101	96	5.02	257
1.3.5. Toimintasuunnitelman ja talousarvion/budjetin toteutumista seurataan säännöllisesti ja ryhdytään tarvittaviin toimenpiteisiin.	4	6	26	53	83	80	4.77	252
1.4. Turvallisuusjohtaminen	20	59	159	429	419	453	4.64	1539
1.4.1. Turvallisuus- ja riskienhallintavastuut on sovittu.	3	17	33	67	66	70	4.51	256
1.4.2. Yksikön/prosessin riskit on arvioitu ja menettelytapa riskeihin varautumiseksi tai riskien poistamiseksi on sovittu.	5	3	32	75	76	65	4.6	256
1.4.3. Henkilöstö on tietoinen organisaation keskeisistä turvallisuussuunnitelmista.	4	15	24	69	70	75	4.6	257
1.4.4. Turvallisuuskoulutukset ja -harjoitukset on järjestetty suunnitelmallisesti.	5	13	34	93	47	65	4.4	257

## BILAGA 1(3/5)

U-HYKY

	1	2	3	4	5	6	KA	N
1.4.5. Turvajärjestelyillä on varmistettu toimitilojen, asiakkaiden/potilaiden sekä henkilöstön turvallisuus.	2	8	22	73	81	70	4.69	256
1.4.6. Työsuojelu- ja työterveyspalvelut ovat henkilöstön saatavilla ja toiminta on säädösten mukaista.	1	3	14	52	79	108	5.06	257
1.5. Asiakas/potilasturvallisuus	22	20	119	315	479	670	4.98	1625
1.5.1. Asiakas/potilasturvallisuus varmistetaan laaditun asiakas/potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti.	4	7	20	62	68	85	4.78	246
1.5.2. Lääkehoito toteutetaan turvallisesti laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	2	2	5	23	63	121	5.34	216
1.5.3. Asiakas/potilastapaturmien torjunta on suunnitelmallista ja siinä on huomioitu suositukset ja hyvät käytännöt.	2	2	18	45	72	103	5.03	242
1.5.4. Palveluun/hoitoon sekä elintarvikehygieniaan liittyvä hygienian hallinta on suunnitelmallista ja perustuu viranomaisvaatimukseen, ohjeisiin ja suosituksiin.	0	1	8	34	85	95	5.19	223
1.5.5. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteet sekä muut toimenpiteet toteutetaan turvallisesti.	0	1	15	44	60	87	5.05	207
1.5.6. Haitta- ja vaaratilanteita seurataan sovitun menettelytavan mukaisesti.	0	1	10	29	81	133	5.32	254
1.5.7. Yksiköllä/prosessilla on menettelytavat eettisten ongelmien seurantaan ja ratkaisemiseksi koskien hoitoa ja hoitopäätöksiä tai sosiaalihuoltoa.	14	6	43	78	50	46	4.19	237
1.6. Tiedonhallinta	16	16	84	274	495	618	5.04	1503
1.6.1. Keskeiset tiedonhallinnan suunnitelmat ja ohjeistukset	3	2	23	68	85	73	4.77	254

## BILAGA 1(4/5)

00-HYKY

	1	2	3	4	5	6	KA	N
ovat henkilöstön saatavilla.								
1.6.2. Tietojärjestelmät mahdollistavat hyvän tiedonhallinnan, tietosuojan ja tietoturvan mukaisen pääsyn tietoihin sekä tietojen käytön, säilyttämisen ja hävittämisen.	0	4	7	48	102	90	5.06	251
1.6.3. Henkilöstö on tietoinen tietosuojan valvonnasta ja mahdollisen luvattoman asiakas/potilastietojen katselun tai käytön sanktioista.	0	3	5	31	71	141	5.36	251
1.6.4. Henkilötietojen käsittely ja rekisterinpito ovat säädösten ja suositusten mukaisia.	7	5	8	42	79	112	5.04	253
1.6.5. Asiakas/potilastiedot ovat ajantasaisia, paikkansapitäviä ja suojattuja. Asiakirjojen laadinnassa, käsittelyssä, säilytyksessä ja siirtämisessä noudatetaan säädöksiä ja valtakunnallisia ohjeistuksia.	1	1	8	53	85	96	5.08	244
1.6.6. Asiakirjojen arkistointi tehdään laaditun arkistomuodostus/ tiedonohjaussuunnitelman mukaisesti	5	1	33	32	73	106	4.94	250
1.7. Laadunhallinnan ohjaus	142	139	308	737	826	896	4.53	3048
1.7.1. Henkilöstö tuntee organisaation laatupolitiikan ja huomioi sen toiminnassaan.	5	15	27	77	63	69	4.5	256
1.7.2. Yksikön/prosessin laatutavoitteet on asetettu.	10	13	41	59	70	62	4.38	255
1.7.3. Yksikön/prosessin laadunhallinnan vastuut on sovittu.	14	13	33	63	66	66	4.38	255
1.7.4. Henkilöstön tiedossa ja saatavilla on organisaation keskeisten toimintojen käytännöt, menettelytavat, prosessit, suunnitelmat ja ohjeistukset, jotka on dokumentoitu ja koottu kokonaisuudeksi.	14	21	28	68	63	63	4.3	257
1.7.5. Yksikön/prosessin asiakirjojen ja tallenteiden hallinta noudattaa	7	4	34	70	74	66	4.56	255

BILAGA 1(5/5)

00-HYKY

	1	2	3	4	5	6	KA	N
organisaatiossa sovittua menettelytapaa.								
1.7.6. Organisaation kaikilla tasoilla tehdään säännölliset itsearvioinnit SHQS-arviointikriteeristöillä.	11	13	10	47	61	112	4.85	254
1.7.7. Sisäiset auditoinnit tehdään suunnitelmallisesti ja säännöllisesti.	23	8	9	29	65	110	4.78	244
1.7.8. Poikkeamien tunnistamiseen, seurantaan, käsittelyyn ja ennaltaehkäisyyn on sovittu menettelytapa.	4	1	15	56	63	115	5.04	254
1.7.9. Korjaavien ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden menettelytapa on sovittu ja tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta arvioidaan.	6	5	22	71	76	75	4.69	255
1.7.10. Asiakkaiden tai potilaiden sekä palvelun ostajien, sisäisten asiakkaiden ja sidosryhmien osallisuuden ja tyytyväisyyden arviointi on järjestelmällistä organisaation eri tasoilla.	15	11	43	71	69	46	4.2	255
1.7.11. Yksikössä/prosessissa on sitouduttu laadunhallintajärjestelmän ylläpitoon ja jatkuvaan parantamiseen asiakasvaatimusten täyttämiseksi.	11	11	16	72	89	56	4.51	255
1.7.12. Johdon katselmukset toteutetaan sovitussti. Henkilöstö tuntee johdon katselmusten menettelytavat.	22	24	30	54	67	56	4.14	253

## BILAGA 2. (1/4) TEAS

### Mätning av patient- och klientsäkerhetens basnivå

Dessa indikatorer i checklistan är i första hand avsedda att vara ett redskap för egen bedömning av tillståndet för klient- och patientsäkerheten inom specialiserade sjukvårdens, primärhälsovårdens och socialvårdens organisationer. Med hjälp av indikatorerna kan man kontrollera om strukturerna inom klient-/patientsäkerheten är up to date och målenliga.

	Ja <	delvis/bör vidareutveckl as	nej	Ansvarig person	Tidtabell för att åtgärda tillståndet
<b>Anmälan om tillbud gjord av personalen Tillgänglig</b>					
<b>Anmälan om tillbud som gjorts av patienter (klienter/anhöriga) Tillgänglig</b>					
<b>Processen med hur man anmäler patient-/klientskada är beskriven</b>					
<b>Processerna med hur klagomål bemöts (Valvira, Regionförvaltningsverken, riksdagens justitieombudsman, justitiekanslern) och hur besluten handläggs är beskrivna</b>					
<b>Överenskommet tillvägagångssätt för efteranalys av påminnelser, ersatta skador och myndigheternas övervakningsbeslut och vad man kan lära sig av dem</b>				Socialarbetarna och kvalitetschefen är utvecklare, säkerhetskoordinatorer planerar processen	År 2023
<b>Tillvägagångssätt för hur påminnelser behandlas är beskrivet</b>					
<b>Viktiga resultat gällande patient- och klientsäkerhet rapporteras internt regelbundet, åtminstone årligen</b>					
<b>Viktiga resultat från patient-/klientsäkerheten är offentliga</b>					
<b>Organisationen har en utnämnd person/instans för/patient-/klientsäkerhetsarbetet, vars ansvar är operativ utveckling och rapportering av patient-/klientsäkerheten</b>					



Patient och/eller socialombudstjänster tillgängliga					
Instruktioner har getts för hur man använder mätaren för bedömning av fallrisk				Sakkunniga på vårdarbete, utvecklings-överskötare	År 2023
Instruktioner har getts för bedömning av deliriumrisk				Sakkunniga på vårdarbete, utvecklings-överskötare	År 2023
Instruktioner har getts för användning av mätaren för bedömning av trycksårsrisken				Sakkunniga på vårdarbete, utvecklings-överskötare	År 2023
Organisationen har en tidsenlig plan för kvalitetsledning och verställning av klient-/patientsäkerheten och/eller en plan för egenövervakning; uppdateras vart annat år					
Kriterier för patient- och klientsäkerheten i avtalen för köptjänster är fastställda, vi följer med hur de efterlevs och rapporterar regelbundet i organisationsresultaten.				Sektorledning	År 2023
Skriftlig anvisning till personalen om patient- eller klientdatasystemet kraschar				2m-it+ branscher/beredskapsjuryn	Under år 2023
Beredskapsplan som uppdateras regelbundet					
Anvisningar för dataskyddspraxisen (GDPR) granskas årligen.					Årligen
Utbildning för apparater / apparatpass till arbetstagare vars uppgift är att kunna använda vissa apparater					
Dataskydds- och datasäkerhetsutbildning förutsätts av alla arbetstagare					
Utbildning för patient- och klientdatasystemet är tillgänglig för hela personalen					
Säkerhetsplanerna ingår i inskolningen av personalen. Först och främst kvalitetsledning samt plan för patient- och klientsäkerheten, plan för egenövervakning, räddningsplan och beredskapsplan. Dessutom planer för säkerhet gällande				Kvalitetschef/ inskolningsarbet sgrupp	År 2023

<b>läkemedelsbehandling och apparater för dem som använder dem i sitt arbete.</b>					
<b>Utbildning i patient- och klientsäkerhet hör till kunskapskraven för personalen i den egna organisationen</b>				Kvalitetschef	År 2023
<b>Avläggande av utbildning i patient- och klientsäkerhet krävs av personalen hos de aktörer som producerar köptjänster</b>				Ostettvat ja palvelut ja palvelustelityöryhmä	År 2023
<b>Enhetsvisa skraddarsydda multiprofessionellt utarbetade och gällande planer för läkemedelsbehandling</b>					
<b>Personalresursering följs upp med hjälp av vårdtyngd eller med annan systematisk uppföljning</b>				Täckande på vårdavdelningarna, annars inget systematiskt förfaringsätt	
<b>Det finns ett anmälningförfarande för uppföljningen av tillbud vid övergången mellan organisationerna</b>					
<b>Kommunikationen med specialgrupper (t.ex. syn och hörselskadade, främmande språk) är tryggad och tillräckligt tillgodosedd</b>					
<b>Förfrågan om säkerhetskultur görs med minst 3 års intervaller</b>					
<b>Läkemedelsbehandlingskompetens genom utbildning online krävs av alla som deltar i läkemedelsbehandling och prestationerna följs upp</b>					
<b>Arbetstagarnas teoretiska och praktiska kunskaper om transfusion av blod och blodprodukter följs upp</b>					
<b>Uppföljning av vårdrelaterade infektioner och rapporteringsförfarande tillgängligt</b>					

# BILAGA 3. (1/18) Delårsrapporter: 1.1.-30.4.2022

### 1. Område

**Södra området, Kristinestad, Närpes, Kaskö, Malax, Korsnäs**

### 2. Nuläge

Hälsotjänsterna i det södra området fungerar väl och samarbete bedrivs i omfattande grad med socialvården och den psykosociala servicen. I Närpes och Kristinestad finns servicekoncentrationer som bedrivs enligt familjecentremodellen. Tjänsterna för äldre personer tillhandahålls i huvudsak i egen regi och boendeenheter tillhandahåller i huvudsak serviceboende med heldygnsovning. Social- och hälsovårdscentraler finns i Närpes, Malax och Kaskö. Dessutom tillhandahåller Bottenhavets Hälsa i Kristinestad nedanstående hälsotjänster – Hemvårdstjänster som närservice, mottagnings-tjänster inom sjuk- och hälsovård samt rådgivningsbyrå-tjänster. De nuvarande utmaningarna i området hänför sig till ordnandet av socialvården i hela området samt rekryteringen av arbetstagare till social- och hälsotjänsterna. Dessutom skapar områdets omfattande areal, de långa avstånden samt tillhandahållandet av tjänster i perifera områden egna utmaningar. Tillgången till arbetstagare är mycket viktig med tanke på kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls. I fråga om delaktighet medverkar det södra områdets representanter i de fungerande påverkansorganen. Endast Korsnäs kommuns representanter ska utses under innevarande år. Dessutom finns det representanter från det södra området i klientråden

Utbildningar om kvalitetssystemet har ordnats på områdets verksamhetspunkter, men erfarenheterna om enhetsbedömningarna omfattar bara ett år. Det finns mycket rum för utveckling i fråga om de dokument som styr verksamheten, och för att få dem enhetliga i hela området.

### 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

Kundnöjdheten i området har kartlagts med hjälp av Roidu angående servicepunkterna inom social- och hälsovården, hälso- och sjukvården, röntgen, fysioterapi, mödra- och barnrådgivningar, psykosocial service, vuxensocialarbete, socialservicen för barn och familjer, barnskyddet, familjerättsliga tjänster samt tandvård

Servicechefen har kontaktats direkt

Gällande tillgången till tjänster samt tillgängligheten till personal. Därutöver har samarbetsparter tagit kontakt om faktorer som förfaller, faktureringsadresser samt kontaktpersoner och kontakttuppgifter.

### 4. Tillsynsobservationer

- Tillsynsbesöken har framskridit planenligt.
- Fråmgångar: Era mottagande, respons och team.
- Observationer från tillsynsbesöken:
  - Chefernas ansvarsområden är delvis mycket omfattande, många nya chefer (förmän) □ behov av och introduktion.
  - Tillgången till personalresurser ställer till utmaningar.
  - Fortbildningar har inte kunna ordnas planenligt.
  - Inspektionerna kräver mycket tid (bl.a. schemalaggeningen, förhandsförberedelsema, rapporten).

Eteläinen: Kristinankaupunki, Maalahti, Kaskinen, Närpiö (Korsnäs)

Palvelu	Tarkastuskäynnitytppi Ikm/työyksikkö		
	Suunniteltu	Reaktiivinen	Yhteistarkastus (AVI)
Ikääntyneet	9		
Vammaispalvelut	9		
Mielenterveys/päihdepalvelut			
Lastensuojelu			
Terveydenhuolto			
<b>Yht.</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 5. Kvalitetsledningens observationer

Välfräidsområdets ledning, servicestigen för äldre kunder, rehabiliteringen och handikappservicen har auditerats. 05/22 servicestigen för strokepatienter, psykosociala tjänster och socialtjänster.

I det södra området lyftes följande starka områden fram: ibruktagningen av HaiPro och S-pro, tillgodogörandet av multidisciplinära team och de snabba åtgärder när kunder tagit kontakt med den psykosociala servicen. Omfattande beskrivningar av hälsostationernas och rehabiliteringens processer. Utvecklingsåtgärder: lakttagandet av de krav och den praxis som hänför sig till dataskyddet, upplysningen av kunderna om deras juridiska rättigheter och dokumentationen av denna upplysning, uppdateringen av egenkontroll- och läkemedelsbehandlingsplanerna för att få dem att motsvara välfärdsområdets planer

Interna auditeringar ska genomföras 05/22, temat är säkerhetsledningen. Interna auditörer från det södra området medverkar i omfattande grad. Verkställs genom urvalsforfarande. Självutvärderingarna genomförs enhetsspecifikt 05-08/22.

Förankringen av kvalitetslednings- och kundsäkerhetsplanen har påbörjats. En kvalitetsrapport för år 2021 samt en handbok om riskhantering har utgetts. RMV. Välfärdsområdet auditerades i januari.

### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

**Socialombudsmännen: Antalet kontakter: 30**

**Trendutsikt: I och med den nya organisationen känner många inte till vem de ska kontakta, vem som för deras frågor vidare eller så är det svårt att få tag i anställda.**

**Centrala orsaker till att kontakt tagits: Ansökningar som hänför sig till den ekonomiska situationen, handikappservicen, familjerättsliga frågor, allmän påminnelserådgivning**

**Patientombudsmännen:**

- Vårdtillgången, att få tid till hälsostation.
- Att få journalhandlingar och uträtta ärenden på det egna språket (finska).

### 7. Säkerhet, beredskap och förberedelser

Två säkerhetsdagar, utbildningar, 29 deltagare

Många konsultationsdiskussioner

### 8. Uppföljning

Handledning/utbildning av cheferna i användningen av Labquality samt i genomförandet av självutvärderingar.

Ordnande av gemensamma utbildningar, uppdatering av planen för läkemedelsbehandling i enlighet med det nya underlaget.

Säkerställande av tillgången till socialtjänster i hela området. Få igång samarbetet mellan de olika serviceklasserna för att "kunderna inte ska falla genom servicenätet för att tillgången till servicen inte ska fördröjas och försäras.

Antalet HaiPro anmälningar i det södra området: 209, varav cirka hälften har handlagts och cirka hälften väntar på handläggning. 115 stycken gällde olyckor som drabbat patienter (fallolyckor), 29 stycken gällde fel i läkemedelsbehandlingen och 8 stycken gällde problem i informationsutbytet eller informationsavbrott på grund av datasystem.

Riskbedömningar: 4 fall förknippade med allvarlig risk, 34 fall förknippade med måttlig risk och 34 fall förknippade med låg risk. Merparten av fallen var förknippade med läkemedelsrisker som inträffat på allmänmedicinska avdelningar och i synnerhet i samband med patientöverflyttningar. Det skulle vara viktigt att se över och utveckla en enhetlig process för situationer när patienter överflyttas från en vårdinrättning till en annan och när man arbetar med olika datasystem. Uppgifterna borde flyttas med patienten, patienten borde kunna identifieras samtidigt som den behandlande läkarens/vårdgruppens ordinationer och dokumentationer borde överföras till den enhet dit patienten ska överflyttas.

Inledningsdatum:	Team:
Datum för färdigställande:	

## (2/18) Delårsrapporter: 1.1.-30.4.2022

### 1. Område Vasa och Laihela

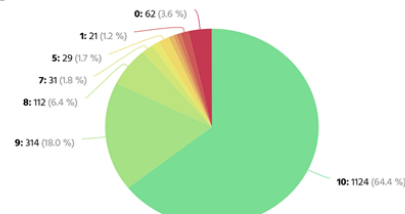
#### 2. Nuläge

Hälsa- och socialvården fungerar, samarbete bedrivs. Problemen att få kompetent personal hämmar verksamheten.  
H-huset färdigställs i slutet av året, inflyttningar och användningen av de utrymmen som blir tomma kartläggs.  
Medlemmar till råd har utsetts och verksamheten

inleddes planenligt 5/22. Livskraft genom ungas delaktighet – Teammöte som planerades tillsammans med Österbottens förbund, flyttas till augusti.

#### 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

ROIDU-läget 5.5.22  
NPS 71 (hela Österbotten 55.22)  
Servicen rekommenderas av 82,5% och  
Kritiseras av 9,4 % av respondenterna



Vasa och Laihela	Antal stycken	Plats för händelse % av antalet anmälningar	Händelsetyp % av anmälda händelser
Vasa Boendeservice	7	43 % i patientrum 22 % i dagsal	63 % olycka, olycksfall 31 % medicineringsrelaterade
Vasa-Laihela avdelningar	1	59 % i patientrum 13 % i läkemedelsrum	50 % olycka, olycksfall 34 % medicineringsrelaterade
Vasa-Laihela hälso- och sjukvård		55 % icke angiven 18 % i vådrum	58 %-medicineringsrelaterade 13 % vårdrelaterade
Vasa handikappservice	19	55 % i dagsal	18 % våld, olycka

#### 4. Tillsynsobservationer

- Inga planerade inspektioner har kunnat påbörjas i Vasa-Laihela på grund av resursbrist.
- Nu har emellertid båda inspektörsvakanserna i det mellersta området besatts och inspektionerna har kunnat påbörjas. 5 reaktiva tillsynshändelser i området.
- De har varit förknippade med bland annat genomförandet av läkemedelsbehandling (3) uppsagt serviceantal (1) och bristfällig omsorg/vård (1).

Palvelu Ikäntyyneet	Tarkastuskäyntityyppi ikm/työyksikkö		
	Suunniteltu	Reaktiivinen	Yhteistarkastus (AVI)
Vammaispalvelut		5	
Mielenterveys/päihdepalvelut			2
Lastensuojelu			
Kotihoito/kotipalvelut			
Terveystuolto			
<b>Yht.</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

#### 5. Kvalitetsledningens observationer

1/22 auditerades ledningen, 4/22 auditerades bl.a. hemvård 3 Vasa, skol- och studenthälsovården, boendeservicen för personer med funktionsnedsättning, Dag- och arbetsverksamheten samt dagverksamheten i Ormås.  
Utvecklingsobjekt: förankringen av strategin och den bristande medvetenheten om strategin, uppdatering av dokument för att få dem att motsvara välfärdsrådets dokument. Problem upptäcktes i datasystem.  
Styrkor: samarbetet och multidisciplinära verksamheten har utökats, tillsattandet av en sakkunniggrupp för självbestämmanderätt, den mångsidiga dag- och arbetsverksamheten för personer med funktionsnedsättning, prioriteringen av chefsarbetet på kundarbete och stödjandet av personalen.  
De externa auditeringarna fortsätter 5/22 och de interna auditeringarna påbörjas.  
Förankringen av kvalitetslednings- och kundsäkerhetsplanen har påbörjats. En kvalitetsrapport för år 2021 samt en handbok om riskhantering har utgetts.

#### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

**Socialombudsmannen:** 44 kontakter.

I och med den nya organisationen känner många inte till vem som för deras frågor vidare, vem de ska kontakta eller så är det svårt att få tag i anställda. Dessutom kontakter om förändringarna i klientavgiftslagen och den nya organisationens faktureringspraxis och system. Detta har skapat ovetskap och bekymmer bland klienterna. Orsakerna till kontakterna har varierat mycket. Inget serviceområde framhövs framom något annat. Oftast har sakägaren själv, anhöriga/intressebevakare tagit kontakt, dessutom har även anställda konsulterat dem. Orsakerna har varit förknippade med bland annat familjerättsliga frågor, dokumentanteckningar och begäran om omprövning, rådgivning i anmärkningsprocesser och anställdas anträffbarhet. Dessutom allmän rådgivning.

**Patientombudsmännen:** - Patientombudsmannen har kontaktats på grund av tillgång till substitutionsbehandling. Missnöjda med bemötandet, kommunikationen har upplevts som till och med hotfull eller som utpressning.

- De som tagit kontakt anser att anhörigas delaktighet i vården inte ses som en resurs inom hemvården- och boendeservicen. Intressebevakningsfullmakter är betydelsefulla dokument som man bör bekanta sig med på grund av deras förpliktande natur, eftersom lagligheten hos dem kräver att man vidtar åtgärder eller fattar beslut på klientens vägnar/medinflytande i vårdbeslut, dokumentet måste iaktas i vården.

- Dröjsmål i svaren på anmärkningar

- Tillgången till tandvård, protesbehandling, tillgången till läkare, långa väntetider.

- Tillgången till brådskande vård som tillhandahålls på hälsostation, samtalsanhopningar förhindrar tillgången till vårdbedömning, tidsbokning. Ringbud kan inte i brådskande ärenden flyttas till nästa dag, meddelandet i telefonsvararen lovar man att ringer tillbaka före stängningstid.

#### 7. Säkerhet, beredskap och förberedelser

Utrymningsredogörelsens klockning på de allmänmedicinska avdelningarna på Damnbrunnsvägen, slutsatserna har delgetts räddningsverket och den ledande läkaren. Många konsultationsdiskussioner.  
Planering av säkerhetsrundvandringar och -utbildningar.

#### 8. Uppföljning

Användningen av HaiPro bör fås att bli en del av enheternas vardag. Genom att hålla ärendet framme, utbildningar och stöd hjälper inom sinom tid.  
Påbörjande av tillsynsbesök.

Inledningsdatum:	Team:
Datum för färdigställande:	

## (3/18) Delårsrapporter: 1.1.-30.4.2022

### 1. Område Korsholm-Vörå

**2. Nuläge**  
Året började med en hel del strul för personalen då bland annat Abilita inte fungerade och inte heller utbetalningen av löner åt assistenter och närstående vårdare. Servicen inom hälso- och socialvården fungerar. Det har varit lite problematik med telefonnummerna och för växelns att få rätta telefonnummer, men en del går mot bättre hållet. Kunder har haft svårt att få tag i åtta personer och att hitta tel.nr. Det har varit till hjälp att kommunerna hade kvar kontaktpuppgifter på sina hemsidor en tid efter överföringen till samkommunen. Kontaktpuppgifter

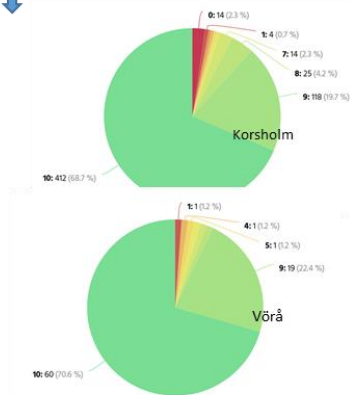
på hemsidan behöver uppdateras så att rätta kontaktpuppgifter finns lättillgängligt för kunderna. Samarbete mellan hälso- och socialvården fungerar bra. Kartläggning av fastighetsutrymmen har påbörjats. Påverkansorganen och råden valda, de håller första mötet 5/2022. HaiPro är ett nytt program för socialvården i Vörå och användningen har kommit igång sakta. Skolningar har ordnats för personalen men mera stöd behövs. Fortsatt stöd och skolningar i HaiPro för personalen. Internerna auditeringar görs i maj 2022; Elvira, Helmiina och Tallmogården.

### 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

Roidu: NPS för Korsholm: 82 (515 svar)  
NPS för Vörå: 88 (85 svar)  
NPS för Korsholm och Vörå tillsammans: 83 (600 svar)  
Responserna till största delen positiv för både Korsholms och Vörås del. De flesta anser att de har fått hjälp och vänlig service. Den negativa responserna handlade till största delen om lång väntetid. Majoriteten har svarat att de har fått service på eget modersmål.

Roidu-apparaten i socialkansliet i Oravais fungerade inte under denna tidsperiod.

HaiPro: Alla anmälningar som regionala servicechefen har rättighet att se/behandla. 2368 st (vissa finns utanför Korsholm och Vörå) varav 1474 (62%) är färdigt behandlade. Tyvärr saknar regionala servicechefen helt tillgång till information från verksamhetsområdet: Social- och hälsovårdscentralen. Bl.a. anmälningar om bristfällig information om patienter som flyttats mellan avdelningar har gjorts, i och med olika datasystem har inte avd. Kunnat hitta info om patienten. Inom äldreomsorgen, varifrån de flesta anmälningar kommer, handlar de flesta om fallolyckor, men även händelser i samband med medicinering. Klienter har bl.a. fått fel medicinering p.g.a. dålig dokumentation, bristfällig information samt även stress hos personalen p.g.a. personalbrist/hög arbetstakt.



#### Effektiverat serviceboende

Korsholm 151 anmälningar varav 45% färdigt behandlade, behandlingstid i medeltal 28 dagar. Vörå 5 anmälningar varav 20% färdigt behandlade, i medeltal 33 dagars behandl.tid.

#### Service som ges hem

Korsholm: 2 anmälningar 0 färdigt behandlade. Vörå: 15 anmälningar varav 13 färdigt behandlade (87%), i medeltal 13 dagars behandlingstid.

#### Sjukhuservice

Korsholm allm.med.avd. 7 anmälningar varav 4 st är under behandling och 3 st väntar på tilläggspupp. Vörå allm.med.avd. 8 anmälningar varav 7 färdigt behandlade (88%), i medeltal 12 dagars behandlingstid.

### 4. Tillsynsobservationer Inspektioner har inte ännu gjorts i Korsholm Vörå-området p.g.a. personalbrist. Nu har en inspektör kunnat rekryteras och tillsynsbesök planeras nu in.

Palvelu	Tarkastuskäyttytppi lkm/fyökyökkö	
	Suunniteltu	Reaktiivinen Yhteistarkastus (AVI)
Ikäntyneet		
Vammaispalvelut		
Mielenterveys/päihdepalvelut		
Lastensuojelu		
Kotihoido/kotipalvelu		
Terveydenhuolto		
<b>Yht.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 5. Kvalitetsledningens observationer

Välfräidsområdes ledning, servicestegen för äldre kunder, rehabiliteringen och handikappservicen har auditerats. I maj servicestegen för strokepatienter, psykosociala tjänster och socialtjänster. I maj riktas auditeringarna mera även på Korsholm-Vörå.

Utvecklingsåtgärder som lyftes fram vid auditeringen i januari var uppdateringen av webbsidorna för välfräidsområdet, uppdateringar av egenkontroll- och läkemedelsbehandlingsplanen samt introduktionsrutinerna.

Interna auditeringar ska genomföras i maj, temat är säkerhetsledningen. Interna auditörer deltar även från Korsholm-Vörå. Verkställs genom urvalsförande. Självutvärderingarna genomförs enhets specifikt i maj-augusti.

Förankringen av kvalitetslednings- och kundsäkerhetsplanen har påbörjats. En kvalitetsrapport för år 2021 samt en handbok om riskhantering har utgetts./RMV

### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

**Socialombudsmannen:** 14 kontakter. I slutet av perioden har kontakterna handlat mycket om stödet för närstående vård. Huvudsakligen har kontakterna berört funktionshinderservice, barnskydd och missnöje med boendeservice.

**Patientombudsmannen:** -På Korsholms skolhälsovård har en minderårig vaccinerats trots att vårdnadshavaren förbjöd vaccination. Förbudet har enligt vårdnadshavaren dokumenterats. -Patientombudsmannen kontaktades på grund av Korsholms hälsocentralers dokumentationspraxis i fråga om COVID-vaccinationer. Den som tog kontakt ville att man skulle få en kronologisk ordning på vaccinationerna även om någon av vaccinationerna gets annorstädes. En enhetlig dokumentationspraxis gör det lättare för kunderna att intyga att de vaccinerats på platser där detta krävs.

-Läkare på Oravais/Vörå hälsocentral hade anvisat föräldrarna till ett barn under ett år att ge barnet honung och te för att behandla andnöd/förkylning. Föräldrarna kom med barnet till akuten där det hade getts tillbörlig vård för andnöden, enligt föräldern hade saturationen varit 88 när de anlände till akuten.

-Bristfälliga/glömda remisser för fortsatt vård inom den specialiserade sjukvården

### 7. Säkerhet, beredskap och förberedelser

1 säkerhetsdag, 20 deltagare  
Uppdatering av räddningsplanen

### 8. Uppföljning

på hemsidan.

Användningen av HaiPro, stöda och utbildna personalen att använda programmet. Ansökningsblanketter tillgängliga för klienter på hemsidan. Högtklassig och trygg service åt invånarna, aktuella kontaktpuppgifter tillgängliga

Inledningsdatum:	Team:
Datum för färdigställande:	

(4/18) Delårsrapporter: 1.1.-30.4.2022

**1. Område**  
Jakobstad, Pedersöre, Nykarleby, Larsmo

**2. Nuläge**  
Året inleddes med stora problem gällande Abilitas program. Det tog länge innan man inom funktionshinderservicen kunde dokumentera i programmet. Ärendet torde dock ha löst sig nu. Tack vare att Social- och hälsovårdsverkets gamla hemsida fanns kvar och telefonnummer inte hade förändrats, så fungerade servicen inom området ändå förhållandevis bra under övergången till ÖVPH. Vissa klagomål över att det är svårt att få tag i olika personer har dock kommit till regionala servicechefens kännedom. De flesta kontakter som tagits till regionala servicechefen har dock gällt privata serviceproducenter som inte fått betalt för fakturor som sänts till ÖVPH.

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**  
ROI DU hela området: NPS 56 (n=508) (verksamhetspunkt)  
Jakobstad 50  
Larsmo 52  
Nykarleby 89  
Pedersöre NPS 83

*De flesta negativa kommentarer som framkom i de öppna svaren var "lång väntetid", framför allt vid Malmiska joutren, men även vid andra verksamhetspunkter. Tabellen vid Larsmo välfärdsstation var sönder och blev utbytt i april, vilket innebär att svaren därifrån ännu är väldigt få.*

*HaiPro "Alla som tillhör mig" 1519 st (vissa finns på andra orter). Av dessa är 56 % färdigbehandlade. Det som kunde noteras i samband med sammanställningen är att regionala servicechefen inte har tillgång till någon som helst information från verksamhetsområdet för Social- och hälsovårdscentralen. I tabellen de som specifikt hör till Jakobstadsregionen. Kan konstateras att inom äldreomsorgen gäller de flesta HaiPro:n som gjorts fallolyckor och händelser i samband med medicinering.*

Verksamhetspunkt	NPS	Antal	Procent
Jakobstad	50	50	9.8%
Larsmo	52	52	10.2%
Nykarleby	89	89	17.5%
Pedersöre	83	83	16.3%
Hela området	56	508	100%

**4. Tillsynsobservationer**

- Tillsynsverksamheten har framskridit planenligt i området.
- Framgångar: bra mottagande och feedback.
- läktagelser från tillsynsbesöken:**
- Chefernas ansvarsområden är delvis mycket omfattande, många nya chefer
  - > behov av stöd och introduktion
  - > utmaningar att få HR stöd
- Tillgången till personalresurser ställer till utmaningar.
- Fortbildningar har inte kunna ordnas planenligt.
- Schemalagningen av inspektionerna med dem som ska delta i inspektionen kräver bra förhandsplanering.

Pohjoinen: Pietarsaari, Pedersöre, Uusikaarleby, Luoto

Palvelu	Tarkastuskäyntityyppi Ikm/työyksikkö		Yhteistarkastus (AVI)
	Suunniteltu	Reaktiivinen	
Ikäntyneet	2	1	
Vammaispalvelut	10		
Mielenterveys/päihdepalvelut	5		
Lastensuojelu			
Kotihoito/kotipalvelut	3		
Terveydenhuolto			
<b>Yht.</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
Välfrämsrådets ledning, servicestigen för äldre kunder, rehabiliteringen och handikappservicen har auditerats. 05/22 servicestigen för strokepatienter, psykosociala tjänster och socialtjänster. I maj riktas auditeringarna mera även på Jakobstadsområdet.  
Utvecklingsåtgärder som lyftes fram i början av året: förankringen av strategin och visionen, uppdateringen av egenkontrollplanerna. Generellt processpraxisen.  
Styrkor: inom socialvården finns en stark vilja att utveckla det multidisciplinära teamarbetet.  
Intern auditörerna ska genomföras 05/22, temat är säkerhetsledningen. Intern auditörer deltar även från Jakobstadsområdet, nätverksdagar hölls via Teams. Verkställs genom urvalsförfarande. Självutvärderingarna genomförs enhets specifikt 05-08/22. Förankringen av kvalitetslednings- och kundsäkerhetsplanen har påbörjats. En kvalitetsrapport för år 2021 samt en handbok om riskhantering har utgetts./RMV

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmannen:** Antalet kontakter: 8 Trendutsikt: Det är så få kontakter så man kan ej dra slutsatser eller se ngn trend Centrala orsaker till kontakterna: Familjerättsliga ärenden, svårigheter att få tag i anställda  
**Patientombudsmännen:** -Inom hem- och boendeservicen ställer utläggningen av läkarservicen till utmaningar. Kunden blir avlägsen eftersom informationsutbytet i till exempel ett akut läge sker mellan skötaren och läkaren, varvid värderade frågor kan bli förbigångna, bl.a. läkemedelsallergier vid inledning av antibiotikabehandling.  
-Anvisningarna för handledsfraktur hade getts till kunden på fel språk, i anvisningen hade man uppmärksam till immobilisering och en annan aktör hade handlett att röra på fingrarna, kunden fick en motstridig bild om hur hen borde agera -> uppdatering av anvisningen?  
-På akuten hade ett barn med feberkramp ordinerats Stesolid, men på mottagningen hade man inte gett någon vederbörlig anvisning. Vårdnadshavaren läste om det på Mina Kantasidor och visste inget om planen förutom det som hen hade läst.  
-Tillgången till vård på akuten, psykiatri och hälsostationen samt missnöje med vården och bemötandet på akuten.  
-Upplevelse av bristfälligheter i den övergripande vården inom psykiatri.  
-Kundbetjäningen och processen har påverkats av redan befintliga kontakter med patientombudsmannen (före välfärdsammkommunen), eftersom praxisen och anvisningarna varierar

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
3 säkerhetsdag utbildningstillfällen, 32 deltagare

**8. Uppföljning**  
Vi kommer att följa upp samarbetet mellan optimeringen och hemvården i Jakobstadsnejden samt försöka utveckla samarbetet.

Inledningsdatum:	Team:
Datum för färdigställande:	

(5/18) Delårsrapporter: 1.1.-30.4.2022

**1. Område : Vasa centralsjukhus/**

**2. Nuläge**  
 På Vasa Centralsjukhus har man överlag klarat sig med färre förändringar än inom många andra områden inom välfärdsområdet. Flera nya program togs dock även här i bruk som lett till ökade utmaningar. Samarbetet med enheter utanför sjukhuset är mera i fokus; kommunikations- och logistikverktyget Uoma underlättar överflyttningen av klienter mellan enheterna. Elektronisk övervakningen av personalens kompetenser i Laatuportti (läkemedelslov och apparatpass) har tagits i bruk på många nya enheter under årets första fyra månader. Förberedelserna inför en trygg och smidig flytt till nya H-huset, med fokus på gemensamma och mera enhetliga arbetssätt som tryggar patientsäkerheten fortsätter nu med att enheterna äntligen får bekanta sig med sina blivande nya utrymmen. Riskkartläggningar har gjorts och fortgår med de enheter som ska flytta.

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**  
 VCS: NPS: 70 1 450 respondenter • Medeltal 8,78  
 • Kritiska: 9,9 %  
 • Passiva: 9,8 %  
 • Rekommendatorer: 80,3

Jag vårdades och betjänades på mitt modersmål  
 1 326 respondenter • Medeltal 4,68

**HaiPro gjorda till enhet som har till specialsjukvården på VCS är 593 till antalet, vilket utgör 26% av alla anmälningar. Av dessa är 85% färdigt behandlade. Av de behandlade har 3 händelser medfört allvarig skada för patient, varav två av dem bidragit till mera omfattande diskussion och utvecklingsåtgärder. I de rapporter där åldersgruppering valts hör 121 st (25%) till barn och unga, 195 st (40%) till patienter i arbetsför ålder medan 172 st (35%) gäller den äldre befolkningen.**

Av HaiPron gjorda av patient/klient eller anhörig har 29 st riktats till VCS. Vanligaste händelsetyperna bland alla HaiPron till VCS är relaterade till informationsflöde och läkemedelsbehandling.

**VKS akutsjukhus + vårdavdelningar**

Under första kvartalet har man behandlat 6 klagomål och 25 anmärkningar gällande hälso- och sjukvården som inlämnats till VCS, varav en stor del gäller bemötande eller missnöje med vården.

**4. Tillsynsobservationer**  
 Planenliga inspektioner har påbörjats inom socialtjänsterna från och med 8.3.22. Ingen plan för en planenlig inspektionsverksamhet för hälso- och sjukvården har ännu upprättats. Tillsynen har deltagit i utredningen av en HaiPro-anmälan som gjorts på sjukhuset. HaiPro-anmälan berörde ett privat servicehus. Tillsynen följer upp HaiPro-anmälningar som görs på sjukhuset och deltar vid behov i utredningen av anmälningarna genom att begära t.ex. noggrannare uppgifter.

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
 01/22 auditerades välfärdsområdets ledning och enheter föräutrerades. 04/22 servicestegen för äldre personer, rehabiliterings- och handikappservice. Bl.a. medverkande från VCS. 05/22 auditeras strokepatientens servicesteg, varvid många enheter från VCS kommer att medverka. Styrkor: dubbelkontroll vid injektioner, multidisciplinärt samarbete och kundnöjdheten på avdelningen för krävande rehabilitering, hjälpmedelscentralens skriftliga anvisningar för bedömning och rådgivning, sakkunniggrupp för självbestämmanderätten. Generella utvecklingsobjekt: bl.a. förankring av strategin, överenskommelse om beskrivningen av processer. Interna auditeringar 05/22, enheter och auditorer från VCS deltar. Säkerhetsledningen som tema. Nätverksdag för interna auditorer 04/22. Självutvärderingar genomförs 05-08/22. Förankringen av kvalitetslednings- och kundsäkerhetsplanen har påbörjats. En kvalitetsrapport för år 2021 samt en handbok om riskhantering har utgetts.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmännen:** 5 kontakter, användning av FPA-taxi för fortsatta undersökningar på annan ort, orosanmälan om både barnfamilj och äldre person, allmänrådgivning i vårdstödärende X 2. Inget egentligt missnöje med servicen utan generell rådgivning.  
**Patientombudsmännen:** 25 kontakter.  
 - Kvinnsjukdomar och förlösningar, kontakt om att föderskor och missfall sköts på samma enhet. Kunden upplevde situationen som oetisk och mycket tung, eftersom för en del är enheten fylld med glädje och fröjd medan den för andra är fylld med sorg och tårar.  
 - Tillgången till vård på smärtklinik har lett till kontakter.  
 - En yrkesutbildad person har brutit tystnadsplikten i den psykiatriska vården.  
 - En HaiPro-anmälan borde göras när ett hjälpmedel går sönder eller leder till att kunden drabbas av ett olycksfall. Observeras bör att även Fimea ska meddelas.  
 - Vårdtillgången, väntetiderna på poliklinikerna är utmanande.  
 - Kontakter som berör en kunds och anhörigs upplevelse av dåligt bemötande och dåligt löpande service.  
 - Annulleringen av operationstiden, bytet av tider med kort varsel har lett till kontakter, köerna har blivit längre.  
 - Läsning av patientuppgifter utan vårdkontakter.  
 - Läsning av cancerdiagnos på Mina Kanta-sidor  
 - Lång väntetid till magnetröntgen  
 - Dokumentation av uppgifter i fel patients uppgifter på samjouren  
 - Svar på blodprov syns med fördröjning på Mina Kanta-sidor.

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
 Sex (6) säkerhetsdagar utbildningar, 88 deltagare  
 Två säkerhetsrundvandringar, 10 deltagare  
 Upprepade, dagliga kontakter om säkerhetsrelaterade frågor  
 Utvecklande av bevakningen och vaktmästarjänsterna

**8. Uppföljning**  
 H-hus förberedelserna och att riskkartläggningar görs behöver följas upp. Många har dock kommit långt i planeringen och även infört nya arbetssätt förnyas genom samarbete i förväg. Säker läkemedelsbehandling för alla yrkesgrupper är skäl att bevaka. Ny läkemedelsplan är under arbete och arbetsgrupper kring detta har kommit fint igång. Ny LOVe process har utarbetats. Skilda HaiPro utbildningar åt läkare har önskats och ska ordnas, liksom videomaterial. Utskrivningsprocessen, vårdavdelningarna emellan. Förhoppningsvis leder det till ökad smidighet och tryggar säker vård för patienterna.

## (6/18) Delårsrapport: 1.1.-30.4.2022

### 1. Område Hela Österbotten

### 2. Nuläge

I hela välfärdsområdet har man tagit i bruk Roidus nya kundresponssystem och ibruktagandet pågår fortfarande. Det finns fortfarande enheter (bl.a. inom hem- och boendeservicen) som inte har pekdatörer. På dessa enheter kan respons endast ges via webbsidorna. Tre påverkansorgan och tre sektorspecifika klientråd har inlett sin verksamhet. Organisationssamarbetet har främjats genom diskussioner som förts på olika håll. Samordningen av erfarenhetsverksamheten har inletts genom att uppdatera och planera blanketter i samråd med föreningar.

### 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

597 st. (23,4%), anmälningar om informationsutbytet 11 %, rapporterade trycksår 6 st. (1 patients risk för trycksår har bedömts)

- 36 anmärkningar, klagomål (RFV 4, riksdagens justitieombudsman, 1 utlåtande av diskrimineringsombudsmannen, 1 annat utlåtande Flest om följande specialiteter: allmänmedicin 8, psykiatri 5, neurologi 4. Flest om följande resultatenheter: social- och hälsovårdens öppenvård (8) och akutsjukhuset (8). Berört missnöje med vård och bemötande både gällande vårdare och läkare.
- HaiPro-anmälningar 2 368, handlagts 79 % av anmälningarna.
- 54 anmälningar av patienter, samtliga har handlagts
- 20 anmälningar av allvarig skada
- Anmälningar om vården och servicen för äldre personer 77 %, andelen personer i arbetsför ålder 14,3 %, barn och unga 4,3 %
- 921 fallolyckor (36,7 % av samtliga anmälningar), risken för fallolyckor har bedömts för 70 kunder
- läkemedelsbehandlingsrelaterade anmälningar

Kuinka todennäköisesti suosittelisit samaasi palvelua läheisellesi tai ystävällesi?  
 How satisfied are you recommending the service to your friend or family member?  
 NPS: 66  
 Arvostelijat 11,5% Pasuuttelijat 9,9% Suositelijat 78,2%

### 4. Tillsynsobservationer

- Planenlig inspektionsverksamhet inleddes i välfärdsområdet från och med 8.3.22.
- Inspektionsbesöken har framskridit planenligt i det norra och södra området 1-4/22. I det mellersta området har inspektioner inte kunnat genomföras på grund av resursunderskott.
- Proaktiv tillsyn: tot. 16 inkomna anmälningar om tillhandahållande av socialtjänster och tot. 3 ansökningar av att bli servicesedelproducent.
- 3 inspektioner inför ibruktagande av lokaliteter.
- Planenliga inspektionsbesök har genomförts på tot. 38 arbetsenheter. Läkemedels säkerhetskoordinatorn medverkade
- Reaktiva inspektioner tot. 6 st.
- Gemensamma inspektioner med RFV tot. 3 st.
- Servicesedelsprocesserna (Paise/Vaana) har till viss del varit oklara, ansvarspersoner har flyttat till andra uppgifter och inga nya ansvarspersoner har funnits.
- 3 utredningsbegäranden av RFV: personaldimensionering (2), begränsande åtgärder inom handikappservicen (1). I Österbottens välfärdsområde finns det för närvarande tot. 20 inspektioner anhängiga (enligt uppgifter från tillsynen).
- Handläggningsfaserna gällande anmälningarna är tidskrävande, orsaken är bl.a. att handläggningsprocesserna inte varit helt klara och dokumenthanteringsystemet Dynasty inte varit i bruk.
- Vi fick nu en sekreterare (50%) till enheten. Hen underlättar mycket vid mottagningen /lagringen av anmälningarna.

Ennkollinen valvonta 1-4/2022 (koko hv-alue)	
Saapuneet ilmoitukset sosiaalipalveluiden tuottamisesta	lkm
Ilmoituksenvarainen, rekisteröitävä palvelu, lausunto AVI:lle	9
Ilmoituksenvarainen ei -rekisteröitävä palvelu (tukipalvelu)	7
Saapuneet palvelusetelituottajakemukset (lkm)	3
Tilojen käyttöönotto tarkastukset	lkm
Vaasa (thl)	2
Pietarsaari (thl)	1

### 5. Kvalitetsledningens observationer

Välfärdsområdets ledning, servicestigen för äldre kunder, rehabiliteringen och handikappservicen har auditerats. 05/22 servicestigen för strokepatienter, psykosociala tjänster och socialtjänster.

Interna auditeringar ska genomföras 05/22, temat är säkerhetsledningen. Interna auditorer från det södra området medverkar i omfattande grad. Verkställs genom urvalsförfarande. Självutvärderingarna genomförs enhets specifikt 05-08/22.

Förankringen av kvalitetslednings- och kundsäkerhetsplanen har påbörjats. Upprättandet av välfärdsområdets handbok om läkemedelsbehandling har påbörjats, ett underlag för planen för läkemedelsbehandling har publicerats. En kvalitetsrapport för år 2021 samt en handbok om riskhantering har utgetts. /RMV

### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

**Socialombudsmännen:** 105 kontakter. Orsakerna har varit förknippade med bland annat familjerättsliga frågor, dokumentanteckningar och begäran om omprövning, rådgivning i anmärkningsprocesser och anställdas anträffbarhet. Oklarhet vilken arbetstagare som ska kontaktas och svårigheter att kontakta arbetstagaren. Lanseringen av den nya organisationen och bland annat telefonväxels övetskap om förenandet av samtal samt ofullbordade webbplatser har påverkat. Reformen av klientavgiftslagen 1.7.2022 har fördröjt faktureringen av klientavgifter och den nya organisationen har också bidragit till detta efter årsskiftet. Klienterna har varit ovetandes och bekymrade för avgifter som uppstår i efterskott.

**Patientombudsmännen:** 301 kontakter. När en person dör på en vårdenheter är det viktigt att nödvändiga anmälningar och pappersärenden ställs i ordning i tid och att de anhöriga meddelas om man vet att ärendet kommer att dröja. Betydelsefullt att processen är bekant och att verksamhetsstämman är enhetliga i hela regionen. Besöksförbud, anhörigas delaktighet i vården på grund av COVID-19-pandemin ska verkställas på basis av individuella beslut eller i enlighet med läkarens anvisningar. Förbudet kan inte verkställas godtyckligt utan de måste basera sig på realiteter, beslutet ska vara individuellt och dokumentationen ska göras korrekt. COVID-

pandemin har också på ren allmän nivå lett till att man tagit kontakt med patientombudsmännen. Kunderna har upplevt negativt bemötande och att personalen varit osäker på grund av COVID-19 och att detta således har påverkat den övergripande bilden av vården och kommunikationen. Den läkare som fattar ett beslut om återupplivningsförbud ska meddela anhöriga/dem som har rätt att ha tillgång till information. Patientombudsmannen får också kontakter där den som tar kontakt säger sig ha blivit tvungen att första gången läsa om ett ärende i journalhandlingarna eller via Mina Kanta-sidor. Det här skapar till och med rådslos hos dem som drabbats av dylika situationer.

Inledningsdatum:	Team:
Datum för färdigställande:	



## (7/18) Delårsrapport 1.5.-31.8.2022

<p><b>1. Område</b> Södra området: Kristinestad, Närpes, Kaskö, Malax, Korsnäs</p>	<p><b>2. Nuläge</b> Trots utmaningarna har hälsotjänsterna, rådgivningsverksamheten, öppenvårdens mottagningar, bedömningen av vårdbehovet samt de allmänmedicinska avdelningarna fungerat bra. Boendeservice för äldre ger god vård och fastigheterna är till största del i gott skick. Hemvården lider av dålig tillgång till personal och att personalen inte räcker till. Socialvårdens service har man kunnat producera, men rekryteringen till lediga tjänster har inte riktigt lyckats. Därför har tillgången till service och produktionen av närservice blivit svårare. Samarbetet inom serviceproduktionen är bra, men de olika datasystemen och deras begränsningar orsakar problem ibland. Arbetet med att uppdatera styrdokument för serviceproduktionen går bra.</p>																																																
<p><b>3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet</b></p> <p>Av Haipro-anmälningarna går det att se vilka effekter utmaningarna i rekryteringen och tillgången till personal har på kvaliteten på servicen. Stressen syns i informationsutbytet samt som fler negativa händelser i läkemedelsbehandlingen. Det går ändå att konstatera att man i handläggningen av de negativa händelserna inte längre ser organisationen eller ledningen som den största orsaken till det som skett, utan man har åtgärdat problemen genom att ändra rutiner och identifiera var det brister i kompetensen. Allvarliga negativa händelser i Q2 har varit två till antalet och enheterna har kontaktats flera gånger angående högriskanmälningar.</p> <p>Förutom kundresponser via Roidu har servicechefen tagit emot respons gällande hur tillgänglig socialvårdens personal är, felaktigheter i löner, saknade löner och uteblivna prestationer av samarbetspartners. Det har även förekommit respons om osakligt bemötande.</p> <p>Kontakter med socialombudsmannen: 7 Flera klienter har haft svårt att nå en anställd Socialt arbete för vuxna: 2</p>	<p>Socialt arbete för äldre: 1 Begravningsbidrag: 2 Umgängesrätt/barnskydd: 1 Fakturering inom småbarnspedagogiken: 1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tjänst</th> <th>måttid Q2 (C1)</th> <th>Top 3 typ</th> <th>måttid Q2 (C1)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asumispalvelut</td> <td>142 (160)</td> <td>Tapaturma</td> <td>91 (97)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Lääkehoito</td> <td>30 (30)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Vakavahia</td> <td>14 (5)</td> </tr> <tr> <td>Kotiin annettavat palvelut</td> <td>39 (31)</td> <td>Tapaturma</td> <td>22 (14)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Lääkehoito</td> <td>10 (7)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Tiedonkuulu, osaaminen</td> <td>6 (6)</td> </tr> <tr> <td>Hoitto-osastot</td> <td>30(29)</td> <td>Tapaturma</td> <td>8 (14)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Lääkehoito</td> <td>15 (11)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Tiedonkuulu</td> <td>2 (3)</td> </tr> <tr> <td>Terveyden ja sairaanhoiton avustajat</td> <td>11 (11)</td> <td>Lääkehoito</td> <td>6 (4)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Laboratorio, diagnostiikka</td> <td>3 (6)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Vastaukset kuukausittain</p>	Tjänst	måttid Q2 (C1)	Top 3 typ	måttid Q2 (C1)	Asumispalvelut	142 (160)	Tapaturma	91 (97)			Lääkehoito	30 (30)			Vakavahia	14 (5)	Kotiin annettavat palvelut	39 (31)	Tapaturma	22 (14)			Lääkehoito	10 (7)			Tiedonkuulu, osaaminen	6 (6)	Hoitto-osastot	30(29)	Tapaturma	8 (14)			Lääkehoito	15 (11)			Tiedonkuulu	2 (3)	Terveyden ja sairaanhoiton avustajat	11 (11)	Lääkehoito	6 (4)			Laboratorio, diagnostiikka	3 (6)
Tjänst	måttid Q2 (C1)	Top 3 typ	måttid Q2 (C1)																																														
Asumispalvelut	142 (160)	Tapaturma	91 (97)																																														
		Lääkehoito	30 (30)																																														
		Vakavahia	14 (5)																																														
Kotiin annettavat palvelut	39 (31)	Tapaturma	22 (14)																																														
		Lääkehoito	10 (7)																																														
		Tiedonkuulu, osaaminen	6 (6)																																														
Hoitto-osastot	30(29)	Tapaturma	8 (14)																																														
		Lääkehoito	15 (11)																																														
		Tiedonkuulu	2 (3)																																														
Terveyden ja sairaanhoiton avustajat	11 (11)	Lääkehoito	6 (4)																																														
		Laboratorio, diagnostiikka	3 (6)																																														
<p><b>4. Tillsynsobservationer</b></p> <p>Inspektionerna har gått bra och enligt plan. Observationer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• för få städköptjänster</li> <li>• problem med löneutbetalningen</li> <li>• utmaningar: ledarskapet (stora områden), introduktion, uppdatering och lösning av plan för egenkontroll och plan för läkemedelsbehandling</li> <li>• flera klientdatasystem gör det svårare att leda verksamheten och samtidigt uppstår en risk för att klient- och patientsäkerheten äventyras</li> <li>• uppgiftsbeskrivningar för serviceförmännen saknas ännu</li> </ul>	<p>5-8/22 Eteläinen: Krs.kaupunki, Maalahti, Kaskinen, Närpiö, (Korsnäs) Suluissa kumulatiivinen 1-8/22 Tarkastuskäyntityyppi IkM/työyksikkö</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Palvelu</th> <th>Suunniteltu</th> <th>Reaktiivinen</th> <th>AVI ja OVPH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ikääntyneet</td> <td>12 (21)</td> <td>1 (1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vammaispalvelut</td> <td>1 (10)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mielenterveys/päihdepalvelut</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lastensuojelu</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kotihoido/kotipalvelu</td> <td>1 (1)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Terveydenhuolto</td> <td>1 (1)</td> <td>1 (1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Yht.</b></td> <td><b>15 (33)</b></td> <td><b>2 (2)</b></td> <td><b>0</b></td> </tr> </tbody> </table>	Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH	Ikääntyneet	12 (21)	1 (1)		Vammaispalvelut	1 (10)			Mielenterveys/päihdepalvelut				Lastensuojelu				Kotihoido/kotipalvelu	1 (1)			Terveydenhuolto	1 (1)	1 (1)		<b>Yht.</b>	<b>15 (33)</b>	<b>2 (2)</b>	<b>0</b>																
Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH																																														
Ikääntyneet	12 (21)	1 (1)																																															
Vammaispalvelut	1 (10)																																																
Mielenterveys/päihdepalvelut																																																	
Lastensuojelu																																																	
Kotihoido/kotipalvelu	1 (1)																																																
Terveydenhuolto	1 (1)	1 (1)																																															
<b>Yht.</b>	<b>15 (33)</b>	<b>2 (2)</b>	<b>0</b>																																														

<p><b>5. Kvalitetsledningens observationer</b></p> <p><b>Anteckningar om kvalitetsledningspraxisen och framtida auditeringar</b></p> <p>Interna auditeringar gjordes 05/2022. Temat var säkerhetsledning. Interna auditörer från hela Österbotten deltog i auditeringarna. I södra området genomfördes auditering av hemvården i Kaskö, Pixnekliniken och hälso- och sjukvården i Kaskö och Bäckvägen. Bland annat följande utvecklingsförslag lyftes fram: förenhetligandet av säkerhetsplanerna och -anvisningarna. Problem och dröjsmål i IT-förbindelserna och i erhållandet av IT-utrustning upplevdes som utmaningar samtidigt som personalbristen ansågs utgöra en risk för kund- och arbetssäkerheten.</p> <p>Självutvärderingar inleddes 06/2022 i hela välfärdsområdet.</p> <p>Externa auditeringar i Malax 08/2022: stöd för närståendevård, Malmgården, allmänmedicinska avdelningen och Pörtehemmet. Styrkor: På Pörtehemmet är man positiv till utveckling och kvalitetsarbete, hemvården har en gemensam åtgärdsplan, RAI-bedömningar i användning. Observationer som kräver utveckling: Någon plan för kvalitetsledning och kundsäkerhet har inte implementerats, brister i planerna för egenkontroll, brister i arbetsanvisningar och gemensamma dokumentbottnar.</p>
--

<p><b>6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet</b></p> <p><b>Socialombudsmannen: Antalet kontakter:</b> 7 Trendutsikter: Flera klienter har haft problem med att nå den egna socialarbetaren (3) och dessutom vet klienterna inte alltid vem som ansvarar för deras ärenden.</p> <p><b>Centrala orsaker till att kontakt tagits:</b> Kontakt gällande att klienten inte lyckats nå den egna socialarbetaren (socialt arbete för vuxna 2, för äldre 1), behov av information om begravningsbidrag (2) samt umgängesrätt (barnskydd) och fakturering inom småbarnspedagogik. Klienterna har ställt allmänna frågor och önskat få information om hur de kan föra fram sitt missnöje (anmärkning, klagomål och ändringssökande).</p> <p><b>Patientombudsmannen:</b> bemötande (hvc, bäddavdelning), språk (avdelning, finska), missnöje med vården, missnöje med plats för fortsatt vård (lång väg för anhöriga) ☒ platserna överbelastade</p>
---

<p><b>7. Beredskap och förberedelser</b></p> <p>Tre säkerhetsdagar, utbildningar, 56 deltagare Många konsultationsdiskussioner.</p>
---

<p><b>8. Uppföljning</b></p> <p>Det behövs konkreta åtgärder för att förbättra tillgången till personal och för att få personalen att stanna hos arbetsgivaren. Enheterna som producerar service ska uppdatera sina planer för egenkontroll och planer för läkemedelsbehandlingen. Haipro-anmälningarna ska bli effektivare och fler på enheterna. Samarbetet serviceklasserna emellan ska stärkas genom exempelvis gemensamma möten, överenskomna gränsvillkor och en gemensam</p>	<p>servicestrategi. Då blir servicen för kunden snabbare och servicens effekt bättre. Läkemedelsförsörjningen ska följas upp på varje enhet, speciellt då det kommer till att identifiera patienten och hans personliga läkemedelsbehandling. Kompetensen för krävande läkemedelsbehandling ska stärkas. Man bör fokusera på att identifiera patienten och överföringen av aktuell information om hen, samtidigt som rutinerna ska fortsätta utvecklas.</p>
---	---

# (8/18) Delårsrapport 1.5.-31.8.2022

## 1. Område

### Vasa och Laihela 1.5.–26.8.2022

## 2. Nuläge

Problemen med tillgång till personal blir allt värre och försvarar verksamheten allt mer. Personalens ork börjar tryta. Råden höll sina första möten 2.5.2022 och 9.5.2022, medlemsansökan för nästa period inleddes 8/2022. H-huset överläts 22.8.2022, en inskolnings- och flyttplan är under arbete. Hur lokalerna som nu blir tomma ska användas i fortsättning kartläggs.

## 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

Roidu: NPS 63 (71) siffrorna från början av året inom parentes, rekommenderas av 77 % (82,5 %), informanter 12,6 % (9,4 %). 3 395 svar. Speciellt tandvården och rådgivningsservicen fick positiv respons för snabb service och yrkesskicklighet. Antalet svar var betydligt mindre i juli i och med att serviceutbudet var begränsat på grund av personalens semesterar och vikariebrist.

HaiPro Vaasa-Laihela	Ilmoitust en määrä Q2 (Q1)	TOP 3 tyyppi
Asumispalvelut	349 (347)	1. Tapaturma, onnettomuus 57 % 2. Lääkehoitoon liittyvä 35 % 3. Muu (ei valittu) 4,6 %
Kotiin tarjottavat palvelut	62 (94)	1. Tapaturma, onnettomuus 41 % 2. Lääkehoitoon liittyvä 33 % 3. Tiedonkulu 7,1 %
Yleislääketieteen osastot	203 (231)	1. Tapaturma, onnettomuus 43 % 2. Lääkehoitoon liittyvä 30 % 3. Tiedonkulu 6,2 %
Terveystieteiden osastot	51 (40)	1. Lääkehoitoon liittyvä 41 % 2. Tiedonkuluun liittyvä 30 % 3. Muu (ei valittu) 10 %

Anmärkningar 5, klagomål 0  
HaiPro: 761 anmälningar (720) gjorts i området under Q2-perioden. I figuren syns vilka delområden som lämnat flest anmälningar. Både avdelningar och service som erbjuds hem tog upp problem i informationsutbytet. Bidragande orsaker var personalbrist, vilket ökade arbetsbelastningen, stressen och det att det inte alltid var möjligt att ge vikarier tillräckligt med introduktion.

## 4. Tillsynsobservationer

5-8/22 Keskisen: Vaasa ja Laihia  
Suluissa kumulatiivinen 1-8/22

Palvelu	Tarkastuskäynti	tyyppi	lkm/työyksikkö
Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH	
Ikäntyneet	2 (2)	2 (7)	
Vammaispalvelut	1 (1)		
Mielenterveys/päihdepalvelut	1 (1)		0 (2)
Lastensuojelu			1 (1)
Kotihoidot/kotipalvelut	2 (2)	1 (1)	1 (1)
Tukipalvelut		2 (2)	
Terveystieteiden huolto			
<b>Yht.</b>	<b>6 (6)</b>	<b>5 (10)</b>	<b>2 (4)</b>

Inspektionsverksamheten har delvist kommit det saknas dock fortfarande inspektörsresurser i området.  
Det har förekommit flertalet reaktiva tillsynshändelser, två av dem inom läkemedelsbehandling (allvariga), en gällde läkemedelstillstånd och två gällde brister i utbudet av stödservice.

## 5. Kvalitetsledningens observationer

Interna auditeringar genomfördes 05/22. Temat var säkerhetsledning. Interna auditörer från hela Österbotten deltog i auditeringarna. I området Vasa-Laihela genomfördes auditering på allmänmedicinska avdelningarna 1 och 4, Korsnäsågets hälsostation, Lillkyro hälsostation, tandklinikerna i Laihela, barnpolikliniken, hjärtavdelningen, specialgeriatriska avdelningen, strålbehandlingsavdelningen, hjärtstationen, polikliniken för oron-, näs- och strupsjukdomar, Gustavsvros ungdomshemsenhet Kortteeri och Brändös Pärla. Bland annat följande utvecklingsförslag lyftes fram: förenhetligandet av säkerhetsplanerna och -anvisningarna. Problem och dröjsmål i IT-förbindelserna och i erhållandet av IT-utrustning upplevdes som utmaningar samtidigt som personalbristen ansågs utgöra en risk för kund- och arbets säkerheten. Självutvärderingar inleddes 06/2022 i hela välfärdsområdet. I maj och juni fokuserade auditeringen på psykosocial service och det sociala arbetet. 08/2022 deltog bland annat Kivikoto och hemsjukhuset. Styrkor: Psykosocialservice: positiv till utveckling, HaiPro används bra, klientrådsverksamheten i gång. På Kivikoto är bemötandet av klienten fint. Observationer som kräver utveckling: Oklarheten i hälsovårdens apparatregister syns. Inom mun- och tandhälsan har man inte följt upp tiderna för tillgången till vård.

## 6. Observationer om social- och patientombudsmännens verksamhet

### Socialombudsmännen

Antalet kontakter som tagits: 49  
Trendutsikt: Faktureringen under arbete inom boendeservice, detta syns i vad kontakterna gäller. Barnskyddet och familjerättslig service är det enkla område som är mest representerat, men traditionellt är det här också ett område där det är vanligt att många tar kontakt. Både kunderna och personalen har lyft fram den nya organisationens svårigheter med att uppdatera kontaktuppgifter och information om när man kan nå anställda.  
Centrala orsaker till att kontakt tagits: Kontakterna som tagits till barnskyddet och familjerättslig service (12 st.) har gällt vårdnadstvister, sekretess, dokumentering och bemötande. Kontakterna som tagits till socialt arbete för vuxna (9 st.) har i regel gällt utredningar om den ekonomiska situationen, begäran om kontakt samt önskemål om hur och när man bör kunna nå personalen. En har också tagit kontakt för rådgivning om orosanmälan. En av kontakterna gällde en klient som var missnöjd med bemötandet hen fått.  
Inom service för personer med funktionsnedsättning (5) har fördröjningar i kundfaktureringen väckt missnöje, en var missnöjd med ett beslut. En har tagit kontakt för rådgivning om personlig assistans. Klienterna har ställt allmänna frågor och önskat få information om hur de kan föra fram sitt missnöje (anmärkning, klagomål och ändringsökande).  
Patientombudsmännen: Säkerhet i serviceboende (rymningsbenägen patient) Missnöje med informationsutbytet (avdelningar, hvc) □ patienterna får inte nödvändig info om sin vård/fortsättningen, bemötande, telefonlinjerna överbelastade – kunderna når inte fram under telefontiden (hvc), kunderna upplever att ingen lyssnar på dem

## 7. Beredskap och förberedelser

Sju säkerhetsdagar, utbildningar, 98 deltagare. Fyra avdelningar har ordnat säkerhetsrundvandringar. Två avdelningar har ordnat två utrymningsövingar.  
Flera konsultationsdiskussioner, rådgivning om säkerhetsplan.

## 8. Uppföljning

Prioritering av inspektionsverksamheten i det mellersta området.  
Risker i och med nya utrymmen (H-huset) och flytten.

## (9/18) Delårsrapport 1.5.-31.8.2022

### 1. Område Korsholm-Vörå 1.5-26.8.2022 (Q2)

#### 2. Nuläge

Användningen av HaiPro i Vörå har sakta kommit igång, ännu behövs mera uppmuntran och påminnelse (skolningar?) att använda programmet. Det stora arbetet med karläggningen av astighetsutrymmen fortsätter. Externa och interna auditeringar har gjorts. Inspektionerna i Korsholm och Vörå-området påbörjades i juni och förstatler. Läkemedelsbehandlingsplaner och läkemedelslov har inte varit i ordning på alla enheter. Det har ofta varit strul med att dataprogram (Citrix, Abilita vårdokumentation) inte fungerar vilket medför att personalen inte har tillgång till klienternas uppgifter.

Personalbrist, personalens ork och motivation tryter då arbetsmängden är stor och rekryteringen av personal inte räcker till. Läkarkosten har varit speciellt svår inom Korsholm hvc, sommarens har inneburit utmaningar med tillräckligt med personal inom äldreboenden. Påverkansorganen och klientråden har haft några möten. Verksamhetsstämman för påverkansorganen och klientråden skall uppgöras att gälla från och med 1.1.2023, arbetet med det är på gång.

#### 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

**ROIDU** hela området 1.1-26.8 NPS 82, antalet svar 1284 st. NPS (1.5-26.8.22): hela området: 77(456 svar), Korsholm: 77 (406 svar), Vörå: 81 (101 svar)

NPS har gått ner lite under denna period men hålls fortfarande på en god nivå. Den positiva responsen handlar bl.a. om vänligt bemötande, t.ex. tandvården i Korsholm har fått flera positiva kommentarer om vänligt bemötande och god vård. Största delen av respons ges om hälso- och sjukvården samt tandvården. Negativa kommentarer i de öppna svaren handlade dock också om dåligt bemötande samt bristande kommunikation p.g.a. språket, i de flesta fall från inskan.

**HaiPro.** Antal anmälningar som regionala servicechefen har rätt att se/behandla för hela området (vissa finns utanför Korsholm och Vörå): 332 st (Q1: 305 st) varav 52,4% är färdigt behandlade. Här bredvid en tabell som visar TOP 3 av typ av händelse. Olyckor, mest fallolyckor finns med i nästan alla områden. Det som går under kategorin "annat" är bl.a. patienter/klienter som rymmer, personalbrist och missnöje bland personal gällande arbetsarrangemang. Det har inkommit anmälningar om att dataprogrammen/klient- och patientjournalen inte fungerar vilket medför en risk för patienterna/klienterna och försvårar arbetet. Även under denna period finns det anmälningar om att klienter bl.a. har fått fel medicinering p.g.a. dålig dokumentation, bristfällig information samt även stress hos personalen p.g.a. personalbrist/hög



HaiPro	Antal anmälningar Q2 (Q1)	TOP 3 Typ av händelse
<b>Boendeservice</b>		
Korsholm	130 (151)	1. Olycka 60,3% 2. Annat 15,9% 3. Förknippad med läkemedelsbehandling 10,3%
Vörå	17 (5)	1. Olycka 82,2% 2. Annat 12,2% 3. Förknippad med informationsflöde o databehandling 6,2%
<b>Service som ges hem</b>		
Korsholm	5 (2)	1. Förknippad med läkemedelsbehandling 80% 2. Olycka 20%
Vörå	37 (14)	1. Olycka 85,7% 2. Förknippad med läkemedelsbehandling 5,7% 3. Förknippad med annan västtjänst 2,9%
<b>Vårdavdelningar (allmän med.vård.)</b> Korsholm o Vörå	22 (17)	1. Förknippad med läkemedelsbehandling 45,5% 2. Olycka 31,8% 3. Annat 9,1%
<b>Hälso- och sjukvård</b> Korsholm och Vörå	7 (14)	1. Förknippad med laboratorieundersökning 57,1% 2. Förknippad med läkemedelsbehandling 28,6% 3. Förknippad med informationsflöde 14,3%

#### 4. Tillsynsobservationer

Tillsynsbesöken har ny startat, gått bra fast det har varit lite svårt att boka besöksstider på sommaren.

Observationer/brister:

- läkemedelsbehandlingsplaner och läkemedelslov har inte varit i ordning på alla enheter/områden
- dataombudsman fattas
- kompetent personal (svår situation till enheter och förman)
- kompletterande utbildning har inte förverkligas

Service	Planerat	Reaktiv	AVI och OVP
Älderstigar	6 (6)		
Handikappomsorg service			
Mentalvård/missbrukarvårdservice			
Barnskydd			
Hemvård/hemservice	1 (1)		
Stödtjänster			
Hälsövård			
<b>Sammanlagt</b>	<b>7 (7)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### 5. Kvalitetsledningens observationer

##### Anteckningar om kvalitetsledningspraxisen och framtida auditeringar

Interna auditeringar genomfördes 05/22. Interna auditörer från hela Österbotten deltog i auditeringarna. I Korsholm-Vörå-regionen auditerades boendeservice enheterna Elvira, Tallmogården och Helmiina. Temat var säkerhetsledning. Bland annat följande utvecklingsförslag lyftes fram: förenhetligandet av säkerhetsplanerna och -anvisningarna. Problem och dröjsmål i IT-förbindelserna och i erhållandet av IT-utrustning upplevdes som utmaningar samtidigt som personalbristen ansågs utgöra en risk för klient- och arbets säkerheten. Externa auditeringar genomfördes 05-08/22. Dessa omfattade Hebo-tjänster samt barn-, mödra- och preventivårdgivningsverksamhet och psykosociala centret. Observationer som kräver utvecklingsåtgärder. Bristfällig dokumentation av introduktioner, användningen av HaiPro-anmälningar. Styrkor: Självutvärderingar har påbörjats 06/22 i hela OVPH-området.

#### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

##### Socialombudsmannaverksamheten: Antalet kontakter: 10 st.

**Trendutsikt: Ingen särskild trendutsikt observerades. Kontakt har tagits inom varierande delområden.** Centrala orsaker till att kontakt tagits: Kontakterna har berört bland annat ersättning för närståendevård, information om begravningsbidrag, barnskydd (missnöje medförfrågningar om klientens rättigheter), utkomststöd, ordnandet av plats inom småbarnspedagogiken samt information om hur missnöje ska föras fram(anmärkning, klagomål, begäran om omprövning). Patientombudsmannaverksamheten: Sporadiska kontakter om vård och bemötande.

#### 7. Beredskap och förberedelser

Tre säkerhetsdagar, utbildningar, 45 deltagare  
Många konsultationsdiskussioner.

#### 8. Uppföljning

Ännu används inte HaiPro inom alla enheter, uppmuntran och skolning i att använda programmet behövs så att HaiPro blir ett verktyg som personalen vågar och kan använda. Rekrytering av personal. Läkemedelsbehandlingsplaner och läkemedelslov i skick.

# (10/18) Delårsrapport 1.5.-31.8.2022

**1. Område**  
**Jakobstad, Larsmo, Nykarleby, Pedersöre**

**2. Nuläge**  
 De senaste månaderna har framför allt bristen på behörig personal syns i verksamheten. Speciellt inom äldre vården har det varit svårt att hitta vikarier till alla arbetsskiften, man har även haft flera uppsägningar än vanligt under sommaren. Bristen på personal har resulterat i tillfällig stängning av enheter eller minskning av antal platser för att få personalen att räkna till. Detta har i sin tur resulterat i belastning på andra verksamheter. Tillgången till vikarier har även syns vid funktionshinderservicen och den psykosociala servicens boenden. Vårdsområdets fortsatta problem med löneutbetalningar påverkar också vilken arbetsgivare vikarierna väljer då det finns ett stort utbud av privata serviceproducenter i området.

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**  
 ROI DU hela området: Q2 NPS 58 (n=788), Q1 NPS 55 n=569).  
 Rekommenderare: 73,7 % (71,4%).  
 De flesta är mycket nöjda med den service de får. Missnöje syns främst då det gäller de långa väntetiderna vid Malmiska jouren (linje 1).  
 Roidu tabletten behöver därför införskaffas till linje 2, för att ge en mera korrekt bild av hur nöjda kunderna är med verksamheten.  
 HaiPro, 3132 st.  
 De flesta kommer från det egna geografiska området, men en del även från hela välfärdsområdet.  
 Av dessa är 66,9% färdigbehandlade.  
 Beroende på verksamhet, varierar orsaken till anmälan, men olyckor står för en anmärkningsvärt stor del. Dessa HaiPron kommer främst från äldreomsorgen och de vårdavdelningar där merparten av kunderna är äldre personer.  
**Klagomål 1, anmärkningar 3**



Jakobstad-Larsmo-Nykarleby-Pedersöre	Antal anmälningar Q2 (Q1)	Färdig behandlade Q2	TOP 3 Typ av händelse Q2
HEBO: effektiviserade serviceboenden	197 (145)	50%	Olycka 73,6%, Annet 12,7%, Föreläppl med läkemedelsbehandling 7,7%
HEBO: Service som ges hem	Totalt: 124		An inget 124 anmälningar
• Jakobstad	39 (15)	18%	Olycka 35,4%, Föreläppl med läkemedelsbehandling 30,6%, Annet 12,7%
• Larsmo	27 (9)	72%	
• Nykarleby	27 (39)	59%	
• Pedersöre	31 (29)	75%	
Vårdavdelningar	110 (98)	82%	Olycka 45,4%, Föreläppl med läkemedelsbehandling 30%, Informationsfel 10%
Malmiska jouren	23 (21)	52%	Föreläppl med läkemedel 33,3%, Informationsfel 24,8%, annan vårdtillgång 14,3%
Öppen social- och hälsovård	14 (11)	0%	Föreläppl med informationsfel 21,5%, Olycka 11,3%, Föreläppl med läkemedelsbehandling 16,6%

**4. Tillsynsobservationer och inspektioner 5-8/22**

Inspektionerna i området har löpt väl enligt planerna.  
 Observationer:

- Brist på utbildad personal/personal som Valvira-registrerats
- Brist i upprätthållandet av kunskaperna i första hjälpen och i läkemedelstillstånd
- En del enheter har inte en egen läkare, vilket betyder att tjänsterna inte är jämlika.

Pohjoinen: Pietarsaari, Pedersöre, Uusikaarleby, Luoto			
Suluissa kumulatiivinen 1-8/22 Tarkastuskäytityyppi Ikm/työyksikkö			
Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	Yhteistarkastus (AVI)
Ikääntyneet	19 (21)	0 (1)	
Vammaispalvelut	7 (17)		
Mielenterveys/päihdepalvelut	2 (7)		
Lastensuojelu			2 (2)
Kotihoido/kotipalvelut	8 (11)		
Terveystuolto			
Tukipalvelut	1(1)		
<b>Yht.</b>	<b>37 (57)</b>	<b>0 (1)</b>	<b>2 (2)</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
**Anteckningar om kvalitetsledningspraxisen och framtida auditeringar**  
 Intern auditering genomfördes 05/22. Temat var säkerhetsledning. Interna auditörer från hela Österbotten deltog i auditeringarna. I det norra området auditerades allmänmedicinska avdelningen 1 och boendeserviceenheterna Björkbacka, Hedbo och Stella boende. Bland annat följande utvecklingsförslag lyftes fram: förenhetligandet av säkerhetsplanerna och -anvisningarna. Problem och drojsmål i IT-förbindelserna och i erhållandet av IT-utrustning upplevdes som utmaningar samtidigt som personalbristen ansågs utgöra en risk för kund- och arbets säkerheten.  
 De externa auditeringarna i Jakobstadsområdet 06/22 omfattade psykosociala tjänster, skolhälsovård samt en rehabiliteringsboendeenhet. Styrkor: skolhälsovården har en fungerande telefonrådgivning och omfattande anvisningar om hälsokontroller och vaccinationer. På Fredrikakliniken har man ett fungerande samarbete mellan olika enheter där man utgår från kundens bästa samt utvärderingen av verkningsfullheten i verksamheten. Keva-hemmet har utrymmen som lämpar sig för användningsändamålet. Observationer som rent allmänt måste åtgärdas: Det finns inte anvisningar för hur introduktion och yrkesmässig behörighet ska kontrolleras. Inom den psykosociala servicen gör man ytterst få HaiPro-anmälningar, dataskyddsbeskrivningarna är föråldrade.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmannaverksamheten: Antalet kontakter: 8 Trendutsikter:** På grund av det ringa antalet kontakter kan ingen trendutsikt fastställas. Flest kontakter ändå angående barnskydd (4 st.). Centrala orsaker till att kontakt tagits: Barnskyddskontakterna har berört vårdnadstvister/umgägesrätt (2), fråga om medel för frigörandet från hemmet och förfrågan om kontakttuppgifter. Övriga kontaktorsaker i området: intressebevakning för person inom specialomsorgen, förfrågan om kort tidsram (vattenkoppor) -> bristfällig kontroll av patientuppgifter, patient glömd i en avdelnings utrymmen efter stängningen av avdelningen, brister i språkkunskaperna i finska, Dataskyddsrelaterade ärenden (logguppgifter, tystnadsplikt)  
 Patientombudsmannaverksamheten: Bemötande, fördröjd och fel diagnostik, patienten har vaccinerats två gånger inom en kort tidsram (vattenkoppor) -> bristfällig kontroll av patientuppgifter, patient glömd i en avdelnings utrymmen efter stängningen av avdelningen, brister i språkkunskaperna i finska, Dataskyddsrelaterade ärenden (logguppgifter, tystnadsplikt)

**7. Beredskap och förberedelser**  
 Två säkerhetsdagar, utbildningar, 27 deltagare  
 Många konsultationsdiskussioner.

**8. Uppföljning**  
 Följa upp personalens ork, välmående och trivsel på jobbet. Den personal vi har är värdefull!

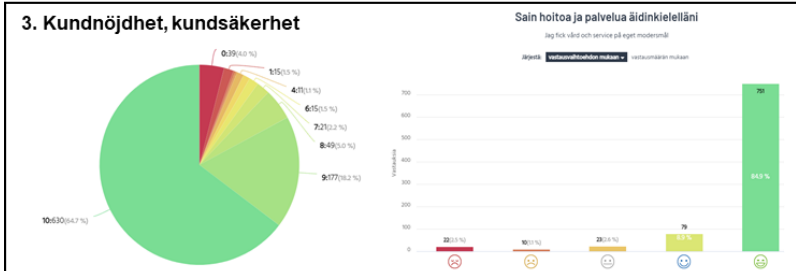
# (11/18) Delårsrapport 1.5.-31.8.2022

## 1. Område Vasa centralsjukhus

### 2. Nuläge

Stora utmaningar under sommaren på samjouren på grund av reducerat antal vårdplatser både på centralsjukhuset och inom primärhälsövården. Detta har lett till upphopning av patienter på akuten. Öerfarna vikarier och den stora mängden patienter på akuten har medfört många risksituationer relaterade till patientsäkerheten. Personalbristen i sin tur har medfört patientsäkerhetsrisker på vårdavdelningar som därför tidvis reducerat sitt platsantal.

Risckartläggning på akuten påvisade problemet i början av sommaren, krismöten har ordnats och samarbetsmöten fortsätter mellan HEBO och sjukhusserviceområdet. UOMA verktyget underlättar vid överflyttningar men linjedragningar krävs ännu för att tydliggöra processen för alla. H-huset har överlätit till ÖVPH och risckartläggningar inför flytt fortsätter i intensiv takt. Uppföljning av farliga händelser, kontakt till enheterna och utredning vid behov.



Hur sannolikt skulle du rekommendera den service som du fick för en närstående eller en vän?  
 VCS/VKS:974 responder/vastaajaa • Medeltal / Keskiarvo 8.88• NPS: 73

- Kritiker /Arvostelijat: 10.0 %
- Passiva/Passiiviset: 7.2 %
- Rekommenderare/Suosittelijat: 82.9 %

VCS enheter har sammanlagt fått 683 HaiPro-anmälningar, varav 76 % har handlagts. Antalet anmälningar är det samma som i början av året. Tillbud 26 %, drabbade patient 57 % och andra observationer 17 %. 19 anmälningar har klassificerats som allvarliga och 4 av dem har orsakat patienten allvarlig skada. Tilläggsutredningar har gjorts om flera händelser och en utredning av en allvarlig farlig situation har avklarats. Av samtliga anmälningar har man i 14 % av fallen planerat någon utvecklingsåtgärd. 36 anmälningar gjorda av patienter. Klagomål 2, anmärkningar 23, något färre anmälningar än under den första tredjedelen av året.

HaiPro VKS	Ilmoitusten määrä Q2(Q1)	TOP 3 tyyppi
Akuutisairaala	343 (305)	Tiedonkulkuun liittyvä 28% Lääkehoitoon liittyvä 24% Muuhun hoitoon ja seurantaan 16%
Hoito-osastot vks	234 (231)	Lääkehoitoon liittyvä 30% Tapaturmat 30% Tiedonkulkuun liittyvä 21%
Poliklinikat	40 (31)	Tiedonkulkuun liittyvä 43% Muu 25% Lääkehoitoon liittyvä 17,5%
Psykiatrian hoito-osastot	38 (41)	Lääkehoitoon liittyvä 53% Muu 18% Väkivalta 8%
Lasten ja nuorten esh mielen terveys-palveluta	28 (15)	Väkivalta 39% Muu 25% Lääkehoitoon liittyvä 18%

### 4. Tillsynsobservationer

Tillsynen följer upp HaiPro-anmälningar som gjorts på sjukhuset och deltar vid behov i utredningen av anmälningarna genom att begära t.ex. noggrannare uppgifter. Tillsynen har deltagit i utredningen av HaiPro-anmälningar som riktats mot utomstående serviceproducenter (extern serviceproducentenhet).

### 5. Kvalitetsledningens observationer

#### Anteckningar om kvalitetsledningspraxisen och framtida auditeringar

Intern auditeringar genomfördes 05/22. Temat var säkerhetsledning. Interna auditörer från hela Österbotten deltog i auditeringarna. Vid centralsjukhuset auditerades barnpolikliniken, hjärtavdelningen, avdelningen för specialgeriatri, strålbehandlingsavdelningen, hjärtstationen och öron-, näs- och struppolikliniken. Bland annat följande utvecklingsförslag lyftes fram: förenhetligandet av säkerhetsplanerna och -anvisningarna. Problem och dröjsmål i IT-förbindelserna och i erhållandet av IT-utrustning upplevdes som utmaningar samtidigt som personalbristen ansågs utgöra en risk för kund- och arbetssäkerheten. Självutvärderingar har påbörjats 06/22 i hela ÖVPH-området. Flera enheter vid VCS medverkade i den externa auditering som berörde serviceprocessen för strokepatienter. 08/22 medverkade ögonenheten, specialgeriatrin, psykiatri och lung pkl. Det finns ännu brister i uppgiftsbeskrivningarna, riskhanteringsplanen har ännu inte förankrats på enheterna. Samjouren är belastad. Introduktionen förverkligas inte på något täckande sätt. Styrkor: strokepatientens process har utvecklas, gott samarbete på fysiatrin, utvecklingsdiskussionerna är på en bra nivå.0}

### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

#### Socialombudsmannaverksamheten:

Enskilda kontakter om bland annat beställning av FPA-taxin och rättigheten till dessa, avgiftstaket för vårdkostnader och ett B-utlåtande. Under 10 samtal, varför trendutsikten inte kan tolkas i någon vidare omfattning.

#### Patientombudsmannaverksamheten:

**Antalet kontakter (finns inte att tillgå), trendutsikt (finns inte att tillgå)**  
 Centrala orsaker till att kontakt tagits: Åtgärdssäkerhet, språkproblem har lett till att en patient fått en annan patients vårdteam och mediciner, kösituationen och överskridningen av gränsen för vårdgarantin (preop, kir, pkl, ögonenheten). Telefonservicen har anhopats, smärtindringen var inte tillräcklig i samband med åtgärder (skopier, gyn) -> patienten har hörts bristfälligt i situationen, Tillräcklig upplysning, oklara anvisningar om den fortsatta vården. Föremålskador och förlorad egendom, tidiga utskrivningsbeslut och bristfälliga utskrivningsanvisningar, kommunikationen med anhöriga och andra parter har upplevts som bristfällig. Psykiatriens avdelningsplatser är fulla, oklara anvisningar om den fortsatta vården, informationens förståelighet

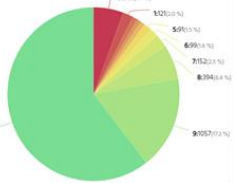
### 7. Beredskap och förberedelser

- Många konsultationsdiskussioner.
- Uppgörandet av säkerhets- och räddningsplan för sjuhusfastigheterna i Sandviken.

### 8. Uppföljning

Uppföljning av situationen på akuten. Säkerställande av kompetent personal – projekt inledd på akuten. Uppföljning av kompetenser i Laatuportti (läkemedelslov och apparatpass) tas i bruk inom akutsjukhuset, samt polikliniker.

## (12/18) Delårsrapport 1.5.-31.8.2022

<p><b>1. Område</b> Hela Österbotten 1.5.-29.8.2022</p>	<p><b>Patijana</b></p>																																											
<p><b>2. Nuläge</b> Delaktighet: Kommunerna i välfärdsområdet har begärts utse representanter till påverkansorganen för tiden 1.1.23-31.5.25. Ansökningstiden till tre klientråd löper ut den 4 september (samma mandatperiod). Diskussioner har förts med kommuner och</p>	<p>organisationer om principerna för organisationsbidrag, och en promemoria har utarbetats. En partnerskapsbordsdiskussion ska hållas med organisationerna och verksamhetsområdena 29.8.22.</p>																																											
<p><b>3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet</b></p>  <p>Hur sannolikt skulle du rekommendera den service som du fick för en närstående eller en vän? 6 109 respondenter • Medeltal 8,57 • NPS: 65</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kritiker /Arvostelijat: 13.2 %</li> <li>• Passiva/Passiiviset: 8.9 %</li> <li>• Rekommenderare/Suosittelijat: 77.8 %</li> </ul> <p>HaiPro-anmälningar 2 634, varav 67 % har handlagts Kundanmälningar 73, varav 60 % har handlagts Klagomål 4, anmärkningar 32. Merparten av anmärkningarna berör VCS (23 st). Södra området 0, Laihela-Vasa 5, Korsholm-Vörå 1, norra området 3.</p> <p><b>4. Tillsynsobservationer</b></p> <p>Anhängiga RFV:s inspektioner i OVPH:s område tot.16. I tabellen finns statistik över inspektionerna i hela OVPH:s område 5-8/22 och kumulativ statistik 1-8/22. RFV har begärt redogörelser av OVPH:</p> <p>26.8.22 tillhandahållandet av prehospitala akutsjukvårdstjänster i samkommunen för Österbottens välfärdsområde, beredskap och patientsäkerhet 4.7.22 uppfyllandet av kraven i vårdgarantin gällande den icke brådskande mun- och tandvården.</p> <table border="1" data-bbox="224 1197 918 1404"> <thead> <tr> <th>OVPH yhteensä</th> <th>Tarkastuskäyntityyppi</th> <th>Ikkm/työyksikkö</th> <th>AVI ja OVPH</th> </tr> <tr> <th>Suluissa kumulatiivinen 1-8/22</th> <th>Suunniteltu</th> <th>Reaktiivinen</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Palvelu</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ikääntyneet</td> <td>39 (50)</td> <td>3 (9)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vammaispalvelut</td> <td>9 (28)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mielenterveys/päihdepalvelut</td> <td>3 (8)</td> <td></td> <td>0 (2)</td> </tr> <tr> <td>Lastensuojelu</td> <td></td> <td></td> <td>3 (3)</td> </tr> <tr> <td>Kotihoito/kotipalvelut</td> <td>12 (15)</td> <td>1 (1)</td> <td>1 (1)</td> </tr> <tr> <td>Tukipalvelut</td> <td>1 (1)</td> <td>2 (2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Terveystuho</td> <td>1 (1)</td> <td>1 (1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Yht.</b></td> <td><b>65 (103)</b></td> <td><b>7 (13)</b></td> <td><b>4 (6)</b></td> </tr> </tbody> </table>	OVPH yhteensä	Tarkastuskäyntityyppi	Ikkm/työyksikkö	AVI ja OVPH	Suluissa kumulatiivinen 1-8/22	Suunniteltu	Reaktiivinen		<b>Palvelu</b>				Ikääntyneet	39 (50)	3 (9)		Vammaispalvelut	9 (28)			Mielenterveys/päihdepalvelut	3 (8)		0 (2)	Lastensuojelu			3 (3)	Kotihoito/kotipalvelut	12 (15)	1 (1)	1 (1)	Tukipalvelut	1 (1)	2 (2)		Terveystuho	1 (1)	1 (1)		<b>Yht.</b>	<b>65 (103)</b>	<b>7 (13)</b>	<b>4 (6)</b>
OVPH yhteensä	Tarkastuskäyntityyppi	Ikkm/työyksikkö	AVI ja OVPH																																									
Suluissa kumulatiivinen 1-8/22	Suunniteltu	Reaktiivinen																																										
<b>Palvelu</b>																																												
Ikääntyneet	39 (50)	3 (9)																																										
Vammaispalvelut	9 (28)																																											
Mielenterveys/päihdepalvelut	3 (8)		0 (2)																																									
Lastensuojelu			3 (3)																																									
Kotihoito/kotipalvelut	12 (15)	1 (1)	1 (1)																																									
Tukipalvelut	1 (1)	2 (2)																																										
Terveystuho	1 (1)	1 (1)																																										
<b>Yht.</b>	<b>65 (103)</b>	<b>7 (13)</b>	<b>4 (6)</b>																																									

**4. Tillsynsobservationerna fortsätter**

**Föregräpande tillsyn**

Antalet anmälningar och ansökningar som handläggas är rikligt, instruktioner och rådgivning, merparten har också krävt att begärd om kompletterande uppgifter, handläggningen är tidskrävande (handläggaren en person).

Beredningsarbetet inför övergången till ett servicesedelsystem (Palse) har påbörjats, tillämpningsanvisningarna för servicesedeln uppdateras som bäst.

Ennakkoinen valvonta 5-8/2022 (OVPH)	Ikkm
Kumulatiivinen 1-8/22 suluissa	
5-8/22 Saapuneet ilm. sosiaalipalveluiden tuottamisesta	
Ilm.varainen, rekisteröitävä palvelu, lausunto AVI:lle	7 (16)
Ilm.varainen ei -rekisteröitävä palvelu (tukipalvelu)	3 (10)
<b>Yhteensä:</b>	<b>10 (26)</b>
5-8/22 Saapuneet palvelusetelituottajakemukset	
Vaasa (Palse)	2 (4)
Krs-kaupunki (Vaana)	1 (2)
Mustasaari (Vaana)	1 (1)
<b>Yhteensä:</b>	<b>4 (7)</b>
5-8/22 Tilojen käyttöönottotarkastukset	
Vaasa (thl)	4 (6)
Pietarsaari (thl)	0 (1)
<b>Yhteensä:</b>	<b>4 (7)</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**

Observationer som kräver utvecklingsåtgärder: Ledningsgruppen för den psykosociala verksamheten har ännu inte kommit igång, många brister i beskrivningarna av förmännens uppgifter i hela organisationen. Bristfälligheter i introduktionen och gällande enhetliga anvisningar. Arkiveringen och anvisningarna för dokumenthanteringen är bristfälliga på organisationsnivå. De observationer som inkommit under hela året och som krävt utvecklingsåtgärder har genomgått av kvalitetsansvariga, påminnelser om handläggningen har sänds till vederbörliga personer. Självutvärderingar inleddes 06/22, bör vara slutförda innan utgången av augusti. Interna auditeringar genomfördes 05/22. Totalt 26 enheter från hela området och olika verksamhetsområden. Säkerhet som tema. Man bör satsa på i synnerhet förankringen av säkerhetsplanerna och ansvaren. Enhetliga anvisningar eftertraktas.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**

**Socialombudsmannaverksamheten: Antalet kontakter: 86 st. Trendutsikt:** Klienter har svårt att hitta rätta kontaktuppgifter och att nå anställda. Klienterna har berättat att telefonväxeln inte alltid kunnat koppla dem till rätt person eller berätta t.ex. när den anställda som ansvarar för deras ärende kommer tillbaka från semestern. Alla blanketter, kontaktuppgifter och nödvändiga upplysningar hittades inte på webbplatsen. **Centrala orsaker till att kontakt tagits:** Klienterna har haft allmänna frågor och önskat få information om hur de kan föra fram sitt missnöje (anmärkningsrådgivning, klagomål och ändringssökande). Centrala teman: bland annat familjerättsliga ärenden, missnöje med barnskyddet, brister i boendeservicen för äldre, anträffbarheten. Orsakerna till kontakterna kan delas i tre huvudgrupper: Informationsbehov (ca 35 %), beslut/avtal (ca 26 %) och kundernas upplevda bemötande (ca 21 %). Områdena är väl medvetna om situationerna.

**Patientombudsmannaverksamheten: 285 st.** delaktigheten i vårdbeslut, oklarheter i faktureringsärenden, anhopade fortsatta vårdplatser (+ långa avstånd), patienter missnöjda med anteckningarna i journalerna

# (13/18) Delårsrapport 1.9.-31.12.2022

**1. Område**  
**Södra området, Kristinestad, Närpes, Kaskö, Malax, Korsnäs**

**2. Nuläge**  
 Primärvårdstjänsterna i området har lyckats bemöta befolkningens behov trots de rådande utmaningarna. Vården har tillhandahållits i enlighet med de lagstadgade ramvillkoren. Personaunderskottet under sjukledigheter samt tillgången till personal har ställt till de största utmaningarna för serviceproduktionen. Vårdköerna är under kontroll. Samarbetet mellan Digi-Aspa och läkarmottagningarna har inletts, men en del av personalen arbetar fortfarande på läkarmottagningarna.

Det är fortfarande svårt att rekrytera behörig personal till boendeservicen inom socialvården, hemvården och övriga öppenvårdstjänster. Tack vare personalens slit och flexibilitet har kunderna ändå fått en bra vård och betjäning. Tillgången till andra socialtjänster har blivit bättre och kunderna har hittat servicen. Personalens gemensamma spelregler har anammats bättre, vilket bidragit till att man kunnat tillhandahålla likvärdiga tjänster i området. Samarbetet med Bottenhavets hälsa har fungerat väl.

**3. Kundnöjdhet och säkerhet**  
 Kundnöjdheten har förbättrats mot slutet av året. Inga allvariga negativa händelser har inträffat, men kunderna har nog drabbats av lindriga skador på grund av informations- och kommunikationsmissar (=23) samt resursbrister (=25). Underskottet och tillgången på personal har påverkat servicekvaliteten negativt på grund av stress och jäkt. Personalen har frivilligt också arbetat extra för att bemöta personaunderskottet samt för att hjälpa vårdköer och inkomna ringbud.

Klagomål 1 (inträffat under den gamla organisationen), anmärkningar 0  
 Roidu NPS: hela OVPH-området 64  
 Södra området 56  
 9-12/2022 56 (=588)  
 HaiPro-anmälningar Q3: 9-12/ 2022: 356 st. (Q2: 287 st.)

Arvion vuorokausittainen suositusasteen saannassa parempaa tervettä kuin joulukuun 2021. Keskivertoinen suositusaste on 64.

**4. Tillsynsobservationer 9-12/22**  
 Södra området saknade en tillsynsresurs i september. En vikarie började 3.10.22. Nästan alla tillsyner har genomförts i området. Några enheter har ännu inte inspekterats, bland annat producenter av hemvård och stödtjänster. I huvudsak har allt varit i sin ordning. Utmaningar i tillgången till personal. Fortbildningsdagar hålls inte alltid.

9-12/22 Eteläinen: Krs.kaupunki, Maalahti, Kaskinen, Närpiö, (Korsnäs)  
 Suluissa kumulatiivinen 1-12/22 Tarkastuskäyntityyppi Ilkm/työyksikkö

Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH
Ikääntyneet (ei kotihoito/palvelu)	2 (23)	0 (1)	
Kotihoito/kotipalvelu	2 (3)		
Vammaispalvelut	0 (10)		
Mielenterveys/päihdepalvelut			
Lastensuojelu			
Tukipalvelut			
Terveystenhuolto	0 (1)	0 (1)	
<b>Yht.</b>	<b>4 (37)</b>	<b>0 (2)</b>	<b>0</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
 Ledningens och enheternas självutvärderingar har genomförts i hela området 06-08/2022. Totalt 262 st. Verksamhetsområdesvisa sammanfattningar har tillställts verksamhetsområdesdirektörerna. Kvalitetsauditeringar genomfördes i september, vilka ledde till 22 begäranden om tilläggsprestationer, vilka bemötts av de ansvariga senast 5.12.22. Utöver begäranden om tilläggsprestationer fick man 5 begärande om kompletterande uppgifter vilka tillställdes senast 13.1.23. De första externa auditeringarna inleddes 25.1.23 på enheter i Vasa och Nykarleby. Tyngdpunkten i de externa auditeringarna år 2023: verkställandet av verksamhets- kvalitetsledningen på alla nivåer (verksamhetsområde, resultatområde, resultatenhet) samt förankringen av medvetenheten om målen (närchefer och anställda). Planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet uppdaterades och publicerades 12/2022. Kontaktpersoner för kvalitets- och säkerhetsfrågor ska utses i hela området, ett informationsmeddelande har skickats i ärendet. Det första mötet hålls 15.2.23.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmannaverksamheten: Antalet kontakter 8 st. Trendutsikt:** Ingen trendutsikt på grund av det ringa antalet kontakter. **Centrala orsaker till att kontakt tagits:** Bl a familjerättsliga frågor förknippade med umgängesrätten (barn), boendeservicen vid Kärkulla, ett uttalande av barnskyddet (utredning om vart uttalandet skickats), äldre servicen och självbestämmanderätten.  
**Patientombudsmannaverksamheten:**  
**Antalet kontakter:** finns inte att tillgå  
**Trendutsikt:** finns inte att tillgå.  
**Centrala orsaker till att kontakt tagits:**  
 Möjligheten att nå hälsocentralen per telefon, anhopade ringbud. (Det kan ha tagit till och med 2 dagar tills ringbudet besvarats eller så har ringbudet inte besvarats överhuvudtaget)  
 Vårdtillgången på hvc, missnöje med vården, bemötandet  
 Patientskadeanmälan om tandvård/missnöje med tandvård

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
 Två säkerhetsdagar/utbildningar, 27 deltagare  
 Många konsultationsdiskussioner.

**8. Uppföljning**  
 Uppmärksamhet vid informationsutbytet och kommunikationen mellan vårdenheterna för att minska skador som drabbar kunder. Korrekt information i rätt tid om kunden utgör grunden för en bra och högklassig vård. För att främja patientsäkerheten måste identifieringen av patienten utvecklas. Med tanke på beständigheten och attraktiviteten måste man sörja för personalens ork och för att arbetsgemenskaperna fungerar. För att arbetsprocesserna och arbetsgemenskaperna ska utvecklas systematiskt och planerligt måste den konkreta användningen av kvalitetssystemet främjas i chefsarbetet och ledningen.

# (14/18) Delårsrapport 1.9.-31.12.2022

## 1. Område Vasa och Laihela 1.9-31.12.2022

**2. Nuläge**  
Verksamheten begränsas tidvis av tillgången till personal, vilket också påverkar tillgången till tjänster. Denna utveckling kan skönjas i synnerhet i de tjänster som ges i hemmet. Utöver lokalitetskartläggningar har lokalitetsändringar planerats och verkställts i avsevärd grad under ifrågasvarande period. I och med färdigställandet av H-huset har de första aktörerna som nära nog alla arbetat på läkar- och skötarmottagningar i Vasa flyttat till Sandviken. Valet av de råd som inleder sin verksamhet nästa år har förts till styrelsen för behandling.

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**

**Roidu NPS 64 (n=2788).**  
På samma nivå som i hela OVPH.

**HaiPro (n= 975)**  
Tre allvarliga farliga situationer. Antalet farliga situationer förknippade med läkemedelsbehandlingar har minskat något, medan antalet olyckor och olycksfall har minskat. Utvecklingsåtgärder föreslogs beroende på verksamhetsområde i 2-7 % av anmälningarna. Antalet anmälningar inom verksamhetsområdet för rehabilitering har klart ökat, vilket är en betydande förändring i jämförelse med tidigare.

**Klagomål 3, anmärkningar 10**

HaiPro Vasa-Laihela	Ant. anmälningar Q3 (Q2)	TOP 3 typ
Boendeservice	350(349)	1. Olycksfall, olycka 58 % 2. Förknippad med läkemedelsbehandling 37 % 3. Annat (inte angetts) 2,6 %
Tjänster som ges i hemmet	80(62)	1. Olycksfall, olycka 39 % 2. Förknippad med läkemedelsbehandling 30 % 3. Annat (inte angetts) 13 %
Allmänmedicinska avdelningar	149 (203)	1. Olycksfall, olycka 48 % 2. Förknippad med läkemedelsbehandling 25,5 % 3. Informationsutbyte 14,1 %
Rehabilitering	78 (0)	1. Vård 36 % 2. Förknippad med läkemedelsbehandling 26 % 3. Olycksfall, olycka 19,5 %

**4. Tillsynsobservationer 9-12/22**

**Centrala observationer**  
Underskott i inspektörsresurser. Antalsmässigt har man ändå kunnat genomföra fler tillsynar än i början av året.

Samma utmaningar som i de övriga områdena, bl.a. brist på utbildade yrkespersoner inom social- och hälsovård.

Personalen inom serviceboendet har god hälsa och arbetsglädje. Hälso- och sjukvårdens ansvar för hälso- och sjukvårdens verksamhet är tydligt och förknippad med utmaningar.

9-12/22 Keskinen: Vaasa ja Laihia	Suluissa kumulatiivinen 1-12/22	Tarkastuskäyntityyppi lkm/työyksikkö	Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH
			Ikääntyneet (ei kotihoito/palvelu)	16 (18)	1 (8)	
			Kotihoito/kotipalvelut	3 (5)	1 (2)	0 (1)
			Vammaispalvelut	2 (3)	2 (2)	
			Mielenterveys/päihdepalvelut	7 (8)		0 (2)
			Lastensuojelu			1 (2)
			Tukipalvelut		0 (2)	
			Terveydenhuolto			
			<b>Yht.</b>	<b>28 (34)</b>	<b>4 (14)</b>	<b>1 (5)</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
Ledningens och enheternas självvärderingar har genomförts i hela området 06-08/2022. Totalt 262 st. Verksamhetsområdesvisa sammanfattningar har tillställts verksamhetsområdesdirektörerna. Kvalitetsauditeringar genomfördes i september, vilka ledde till 22 begäranden om tilläggsprestationer, vilka bemötts av de ansvariga senast 5.12.22. Utöver begäranden om tilläggsprestationer fick man 5 begärande om kompletterande uppgifter vilka tillställts senast 13.1.23. De första externa auditeringarna inleddes 25.1.23 på enheter i Vasa och Nykarleby. Tyngdpunkten i de externa auditeringarna år 2023: verkställandet av verksamhets- kvalitetsledningen på alla nivåer (verksamhetsområde, resultatområde, resultatenhet) samt förankringen av medvetenheten om målen (närchefer och anställda). Planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet uppdaterades och publicerades 12/2022. Kontaktpersoner för kvalitets- och säkerhetsfrågor ska utses i hela området, ett informationsmeddelande har skickats i ärendet. Det första mötet hålls 15.2.23.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmännen:** Antalet kontakter: : 29 st. barnskyddet och familjerättsliga frågor är mest representerade, men det här traditionellt det område med flest kontakter, varför det inte är någon trend i sig. **Centrala orsaker till att kontakt tagits:** Orsakerna har varit varierande och varit förknippade med enskilda kundkontakter, varför man inte kan dra några större slutsatser av dem. Kontakterna har varit förknippade med tillgängligheten till socialarbetare, ovetskap om hur behandlingen av det egna ärendet framskrider, hörde och bemötande inom privat köptjänst (barnskydd). Klienterna har ställt allmänna frågor och önskat få information om hur de kan för fram sitt missnöje (anmärkningsrådgivning, klagomål och ändringsökande). De anställda som man fått tillstånd att kontakta har varit mycket medvetna om läget och gett de svar som behövts. **Antalet kontakter med patientombudsmannen: finns inte att tillgå, trendutsikt: finns inte att tillgå**  
**Centrala orsaker till att kontakt tagits: vård, bemötande och tillgång till information:** Upplevelse om att det varit svårt att få kontakt med hälsocentralen per telefon, orimlig väntetid, drojsmål i hur ringbud besvaras. Missnöje med vården på hvc. Kontakter om vården och säkerheten inom tandvården.

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
VCS: Sju säkerhetsdagar, utbildningar, 151 deltagare. I H-huset har man ordnat 22 säkerhetsrundvandringar, 178 deltagare. Fyra avdelningar har ordnat två utrymningssäkerhetsövningar. Dessutom två skraddarsydda säkerhetsutbildningar: OP/dagkir och XA vän 2, 91 deltagare. Flera konsultationsdiskussioner, rådgivning om säkerhetsplan.

Begynnelse datum:	Team:
Datum för färdigställande:	



# (15/18) Delårsrapport 1.9.-31.12.2022

## 1. Område Korsholm-Vörå 1.9-31.12.2022

**2. Nuläge**  
Personalbristen fortsätter vilket påverkar negativt på personalens ork och mående. Läkarbristen vid Korsholms hvc fortsätter. Röntgens verksamhet övergick 1.10 till samkommunen, röntgen vid hvc i Oravais stängs tillfälligt först p.g.a. personalbrist och sedan p.g.a. problem med apparaten som inte är i skick och inte heller strålsäker. Arbetet med kartläggningen av fästigheter är omfattande och fortsätter under Q3. Marina Kinnunens och Petra Fagers besök på olika verksamhetsställen var omtyckt och personalen förde fram sånt som oroar/som inte fungerar och sånt som fungerar bra.

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**

inom boendeservice, service som ges hem, vårdavdelningar samt hälso- och sjukvård. I tabellen presenteras TOP 3 av händelser. Olyckor, mest fallolyckor finns med i nästan alla områden. Det har varit en del händelser med medicinering, där klienter/patienter fått fel mediciner. Orsaken är ofta att det är stressigt på arbetet och att det är för lite personal.

Hälsoområde	Antal anmälningar Q3 (Q2)	TOP 3 Typ av händelse
<b>Boendeservice Korsholm</b>	52 (126)	1 Olycka 02.26.2, Förläggad med läkemedels- och utskäbsbehandling 18,2% 1, Vård 7,6%
Vörå	52 (148)	1 Olycka 08.19.2, Förläggad med läkemedels- och utskäbsbehandling 42,2% 3, Annet som inte finns på listan 7,7%
<b>Service som ges hem Korsholm</b>	4 (0)	1 Förläggad med läkemedels- och utskäbsbehandling 50% 2, Förläggad med läkemedels- eller utskäbsbehandling 50,0% 1, Förläggad med identifiering av klient/patient 16,7%
Vörå	34 (10)	1 Olycka 04.19.2, Förläggad med läkemedels- och utskäbsbehandling 11,0% 3, Annet som inte finns på listan 11,8%
<b>Vårdavdelningar (hälsa med en) Korsholm &amp; Vörå</b>	20 (22)	1, Förläggad med läkemedels- och utskäbsbehandling 10% 2, Annet som inte finns på listan 10% 3, Olycka 20%
<b>Hälsa och sjukvård Korsholm och Vörå</b>	10 (7)	1, Förläggad med laboratorie- eller diagnostisk utbildningsundersökning 40% 2, Förläggad med läkemedels- och utskäbsbehandling 40% 3, Förläggad med annan 20%

ROIDU hela området  
1.1-31.12: NPS 79 antalet svar 2081  
1.9-31.12: NPS 74 antalet svar 747  
Korsholm: NPS 73 antalet svar 558  
Vörå: NPS 78 antalet svar 172  
Anmärkningar 1, klagan 0  
**HaiPro**  
254 st anmälningar varav ca 67% färdig behandlade

**4. Övervakningsobservationer 9-12/22**

Inspektionerna har gått nästan enligt planerna. På den här regionen har varit brist för inspektörresurser. Brist för behöriga social- och hälsovårdspersonal på sommaren. Dokument behöver uppdateras och några skriftliga anvisningar fattas.

9-12/22 Mellersta distrikt: Korsholm och Vörå			
Service	Planerat	Reaktiv	RFV och OVPH
Äldreomsorg (ej hemvård/service)	3 (9)		
Hemvård/hemservice	0 (1)	1 (1)	
Funktionshinderservice			
Mentalvård/missbrukarsvård		1 (1)	
Barnskydd			
Stödtjänster			
Hälsovård			
<b>Sammanlagt</b>	<b>3 (10)</b>	<b>2 (2)</b>	<b>0</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
Ledningens och enheternas självutvärderingar har genomförts i hela området 06-08/2022. Totalt 262 st. Verksamhetsområdesvisa sammanfattningar har tillställts verksamhetsområdesdirektörerna. Kvalitetsauditeringar genomfördes i september, vilka ledde till 22 begäranden om tilläggsprestationer, vilka bemötts av de ansvariga senast 5.12.22. Utöver begäranden om tilläggsprestationer fick man 5 begärande om kompletterande uppgifter vilka tillställdes senast 13.1.23. De första externa auditeringarna inleddes 25.1.23 på enheter i Vasa och Nykarleby. Tyngdpunkten i de externa auditeringarna år 2023: verkställandet av verksamhets- kvalitetsledningen på alla nivåer (verksamhetsområde, resultat område, resultatenhet) samt förankringen av medvetenheten om målen (närchefer och anställda) Planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet uppdaterades och publicerades 12/2022. Kontaktpersoner för kvalitets- och säkerhetsfrågor ska utses i hela området, ett informationsmeddelande har skickats i ärendet. Det första mötet hålls 15.2.23.

**Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmannaverksamheten:** Antalet kontakter 9 st. Trendutsikt: Ingen särskild trendutsikt observerades. Kontakter från flera delområden. Centrala orsaker till att kontakt tagits: Bl.a. Dokumentationsrelaterade frågor inom barnskyddet (fråga om radering/ändring av text), antalet hemvårdsanställda på hembesök och det beslutsfattande som hänför sig till detta och ändringen av betalningsdagen för närståendepennningen. Allmän information.  
**Patientombudsmannaverksamheten:** antalet kontakter: finns inte att tillgå, trendutsikt: finns inte att tillgå  
**Centrala orsaker till att kontakt tagits:**  
- Bemötande på hvc  
- Vårdtillgången på hvc

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
Inga utbildningar.  
Säkerhetskonsultationer.

**8. Uppföljning**  
Användningen av HaiPro, personalbristen och personalens ork/välmående, uppföljning av nya verksamheter

# (16/18) Delårsrapport 1.9.-31.12.2022

**1. Område (norr)**  
**Jakobstad, Larsmo, Nykarleby, Pedersöre**

---

**2. Nuläge**  
Samma utmaningar som under tidigare perioder. Bemanningen är utmanande, det är svårt att hitta personal. Detta har bl.a. inom äldreomsorgen förorsakat tillfälliga minskningar av boende- och intervallplatser, vilket i sin tur har förorsakat problem på annat håll i vårdkedjan. Brist på behöriga socialarbetare är också en utmaning, under hösten har man haft många byten av tjänsteinnehavare, sjukskrivningar m.m. Rekryteringar pågår kontinuerligt.

---

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**  
**Roidu (9-12/2022): Hela ÖVPH NPS 64, för kommunerna i norr NPS 60 (n=640)**

**HaiPro:** Tabellen till höger visar de vanligast förekommande orsakerna till anmälningar inom respektive verksamhetsområde. Inom flera områden görs HaiPro inom ramen för allösterbottniska enheter, varvid det är svårt att urskilja specifika trender för kommunerna i norr. I norra Sote-centralen har det inkommit få anmälningar från de enskilda resultatenheterna.  
**Klagomål 1, anmärkningar 3**

Område	Antal	Första berörda	Östsk 1-2 (2)
HEBO	185	79 N. läkemedelsbehandling 11 N. östsk 26 N.	
Service som ges hem	178	71 N. 15 N.	
REHAB	8	38 N. östsk 27,5% östsk 42 N.	
PSOS	21	10 N. läkemedelsbehandling 18 N. östsk 37 N. informationer 26 N. Rikis, med annan östsk 21 N.	
SAIR	19	95 N. östsk 41 N.	
Vårdutredningar	114	94 N. informationer 14 N. läkemedelsbehandling 20 N. informationer 12 N. läkemedelsbehandling 16 N.	
SOTE	189	66 N. laboratorie/östsk mm. 15 N.	

---

**4. Tillsynens observationer och inspektioner 9-12/22**  
Inspektionsbesöken har genomförts planenligt. Endast några av de producenter av stödjourer som verkar i området har ännu inte inspekterats. På många enheter har det kommit fram grundläggande saker att korrigera, därmed behov av efterkontroll, i dessa situationer har man delvis samarbetat med RFV. Behov av uppdatering av dokument. Läkemedelstillstånden i huvudsak i ordning.

9-12/22 Pohjoinen: Pietarsaari, Pedersöre, Uusikaarleby, Luoto			
Suluissa kumulatiivinen 1-12/22	Tarkastuskäyntityyppi	IkM/työyksikkö	
Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH
Ikäantyneet (ei kotihoito/palvelu)	4 (25)	1 (2)	3 (3)
Kotihoito/kotipalvelut	1 (12)		1 (1)
Vammaispalvelut	4 (21)		
Mielenterveys/päihdepalvelut	2 (9)	2 (2)	
Lastensuojelu			0 (2)
Tukipalvelut	0 (1)		
Terveydenhuolto			
<b>Yht.</b>	<b>11 (68)</b>	<b>3 (4)</b>	<b>4 (6)</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
Ledningens och enheternas självutvärderingar har genomförts i hela området 06-08/2022. Totalt 262 st. Verksamhetsområdesvisa sammanfattningar har tillställts verksamhetsområdesdirektörerna. Kvalitetsauditeringar genomfördes i september, vilka ledde till 22 begäranden om tilläggsprestationer, vilka bemöts av de ansvariga senast 5.12.22. Utöver begäranden om tilläggsprestationer fick man 5 begärande om kompletterande uppgifter vilka tillställts senast 13.1.23. De första externa auditeringarna inleddes 25.1.23 på enheter i Vasa och Nykarleby. Tyngdpunkten i de externa auditeringarna år 2023: verkställandet av verksamhetskvalitetsledningen på alla nivåer (verksamhetsområde, resultatområde, resultatenhet) samt forankringen av medvetenheten om målen (närchefer och anställda) Planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet uppdaterades och publicerades 12/2022. Kontaktpersoner för kvalitets- och säkerhetsfrågor ska utses i hela området, ett informationsmeddelande har skickats i ärendet. Det första mötet hålls 15.2.23.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmannen:** Antalet kontakter 12 st. Trendutsikt: Ingen särskild trendutsikt, men genomgången av en anmärkningsprocess påvisade behovet att förtydliga anmärkningsprocessen och detta arbete har inletts. **Centrala orsaker till att kontakt tagits:** 6 st. i anknytning till barnskyddsfrågor och familjerättsliga frågor. Dessutom enskilda kontakter bl.a. vuxensocialarbete och handläggning av utkomststöd samt utredning av helhetsläget för klient inom hemservicen.

**Patientombudsman: Antalet kontakter: finns inte att tillgå, trendutsikt: finns inte att tillgå**  
**Centrala orsaker till att kontakt tagits: vård och bemötande**

- De kontakter som hänförs till jouten på Malmiska inrymmer uppgift om att vården inte inletts i rätt tid, eftersom diagnos inte kan fastställas. Det har fått allvarliga följder.
- Jakobstad hemvård gett fel patient en annan patients medicin (det är fråga om samma medicin)
- På Jakobstad preventivrådgivning har spiralen placerats fast i patientens äggledare

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
Fyra säkerhetsdagar, utbildningar, 86 deltagare  
Många konsultationsdiskussioner.

**8. Uppföljning**  
**Ärenden som måste vidarebehandlas**  
Uppföljning av nya verksamheter, Kronoby, delaktighetsstöd (tidigare Kärkulla och Eskoo) samt Pela.

# (17/18) Delårsrapport 1.9.-31.12.2022

## 1. Område: Vasa centralsjukhus

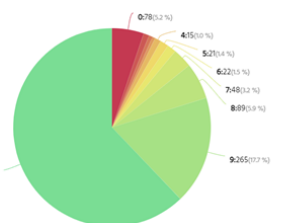
### 2. Nuläge

Från akutområdet, och speciellt samjouren kommer rapporter om personalbrist, stor omsättning av personal samt brister i kompetens, till följd av otillräcklig introduktion och brist på erfarenhet. Detta påverkar personalens förmåga att orka i arbetet och inte minst patientsäkerheten. Ett bakomliggande problem är att patienter lämnar alltför länge att ligga på akuten då inte fortsatt vårdplats kan ordnas. Att ivarata patienters grundbehov riskerar inverka negativt på uppföljningen av akuta patienters vårdbehov. Olika arbetsgrupper och projekt har inlett

arbete med att försöka underlätta situationen men problemet är svårlost. De första enheterna har flyttat till H-huset i december och stötte på en hel del tekniska bekymmer som försöker avlösas vartefter. Det märks att tiden blev för knapp för speciellt vårdavdelningarna att bekanta sig med funktionerna i de nya utrymmena innan flytten och det bör man ta lärdom av tills nästa enheter flyttar i mitten av februari. Även patientfeedbacken vittnar bl.a om tekniska problem med larmsystem, VLAN och TV som inte fungerar.

### 3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet

situationer har färdigställts och en påbörjats. Av samtliga anmälningar har man i 8 % av fallen planerat någon utvecklingsåtgärd. Anmälningarna från patienter/anhöriga var 66 till antalet och hade alltså ökat. Största delen av dessa, 26 %, gäller informationsutbyte, men endast 58 % av anmälningarna har handlagts. 5 klagomålsbeslut som riktats till VCS har man fått under perioden. 39 av anmärkningarna har riktats till VCS. Den största delen av anmärkningarna hänförs till akutsjukhusets jourverksamhet.



Hur sannolikt skulle du rekommendera den service som du fick för en närstående eller en vän?  
 VCS: 1501 responderer  
 • Medeltal: 8.74 • NPS: 69  
 • Kritiker: 11.1 %  
 • Passiva: 9.1 %  
 • Rekommenderare: 79.8 %

VCS enheter har sammanlagt fått 647 HaiPro-anmälningar, varav 79 % har handlagts. Antalet anmälningar har hållits på ungefär samma nivå. Tillbud 25 %, drabbade patient 60 % och andra observationer 15 %. Endast 3 anmälningar har klassificerats som allvarigt skada som drabbade patient och riskstorleken har bedömts vara allvarlig i ett fall. 28 anmälningar har klassificerats som väsentlig risk. Tilläggsutredningar har gjorts av flera händelser och två utredningar av allvariga farliga

Kategori VCS	Meddelanden mottor 43 (02/01)	TOP 3 typpar
Akuttillränta	338 (245/205)	Tiedonkukaan liittäv 23% Lääkehoidon liittäv 19% Muuhoon liittäv 16%
Hoitosaatot sija	215 (124/131)	Lääkehoidon liittäv 27% Tiedonkukaan liittäv 19%
Poliklinikat (sis. Psyk. pöj)	39 (40/1)	Tiedonkukaan liittäv 46% Lääkehoidon liittäv 13% Diagnoosin liittäv 13% Eettisen toimintaan liittäv 13%
Psykiatrian hoitoosaatot	37 (38/4)	Lääkehoidon liittäv 30% Väkivalta 20% Muu 20%
Lasten ja nuorten sgs mielenterveys -palveluita	18 (18/15)	Tiedonkukaan liittäv 20% Väkivalta 20% Muu 20% Eettisen toimintaan liittäv 19%

### 4. Tillsynsobservationer

Antalet inspektioner, även kommentarer om tidtabellen  
 Centrala observationer

### 5. Kvalitetsledningens observationer

Ledningens och enheternas självvärderingar har genomförts i hela området 06-08/2022. Totalt 262 st. Verksamhetsområdesvisa sammanfattningar har tillställts verksamhetsområdesdirektörerna.  
 Kvalitetsauditeringar genomfördes i september, vilka ledde till 22 begäranden om tilläggsprestationer, vilka bemötts av de ansvariga senast 5.12.22. Utöver begäranden om tilläggsprestationer fick man 5 begärande om kompletterande uppgifter vilka tillställts senast 13.1.23.  
 De första externa auditeringarna inleddes 25.1.23 på enheter i Vasa och Nykarleby. Tyngdpunkten i de externa auditeringarna år 2023: verkställandet av verksamhetskvalitetsledningen på alla nivåer (verksamhetsområde, resultatområde, resultatenheter) samt förankringen av medvetenheten om målen (närchefer och anställda).  
 Planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet uppdaterades och publicerades 12/2022. Kontaktpersoner för kvalitets- och säkerhetsfrågor ska utses i hela området, ett informationsmeddelande har skickats i ärendet. Det första mötet hålls 15.2.23.

### 6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet

**Socialombudsmannaverksamheten:** Antalet kontakter 10 st. Trendutsikt: Ingen trendutsikt kan observeras på basis kontakterna. **Centrala orsaker till att kontakt tagits:** Resekostnader, fortsatt vårdplats, hemförlovnin utan utredning av behov av stöd samt vårdöverföring och vårdtillgång inom psykiatri bl.a.  
**Patientombudsmannaverksamheten:** Antalet kontakter (finns inte att tillgå), trendutsikt: finns inte att tillgå. **Centrala orsaker till att kontakt tagits:** vårdtillgång, missnöje med den vård man fått. **Kontakter på grund av infektioner som uppstått efter operationer.** Barnneurologi, kontakter gällande påbörjande av medicinering, receptförflytelser och utlåtanden. Vård av stomipatienter: problem med stomipåsen i samband med operation. Tillgång till den specialiserade sjukvården, returering av remiss tillbaka till hälso- och sjukvården, varifrån läkaren hänvisat kunden till läkarmottagning inom den privata sektorn

### 7. Säkerhet, beredskap och förberedelser

VCS: Sju säkerhetsdagar, utbildningar, 151 deltagare. I H-huset har man ordnat 22 säkerhetsrundvandringar, 178 deltagare. Fyra avdelningar har ordnat två utrymningssäkerhetsövningar.  
 Dessutom två skräddarsydda säkerhetsutbildningar: OP/dagkir och XA vän. 2, 91 deltagare.  
 Flera konsultationsdiskussioner, rådgivning om säkerhetsplan.

### 8. Uppföljning

Tät uppföljning av läget på samjouren och fortsatt säkande på org nisationsnivå efter åtgärder som kan förbättra situationen. Försöka omdirigera patienter som inte hör hemma på akuten samt förbättra informationsflödet så att inte detta orsakar fördröjningar av vården och förlänger vistelsen i onödan på jouren. Angående H-huset är det viktigt att följa upp att inte problemen fortgår och upprepas då nya enheter flyttar in. Det är även skäl att följa upp stödfunktioners kapacitet, tex röntgen, då fler och fler enheter samlas i Sandviken.

Begynnelsedatum:	Team:
Datum för färdigställande:	

(18/18) Delårsrapport 1.9.-31.12.2022

**1. Område** **Hela Österbotten**

**2. Nuläge**  
 Samkommunens påverkansorgan och klientråd har verkat fram till årets slut. De nya råden och påverkansorganen för tiden 1.1.23-31.5.25 godkändes i styrelsen 12.12. Man planerar tillsätta ett råd för mångkulturalitet i början av år 2023. Ansökningskriterierna och ansökningsprocesserna för organisationsbidrag har planerats. Partnerskapsbordsdiskussioner med organisationerna inleddes inom varje verksamhetsområde i början av året. Erfarenhetsverksamheten har aktiverats och erfarenhetsexperter har deltagit i projektverksamheten. Ett regionalt samarbete mellan välfärdsområdet, kommunerna, Österbottens förbund och Österbottens föreningar för att främja delaktigheten och skapa delaktighetsstrukturer har planerats inom projektet Sitra Lab 4. Orimliga förseningar har förekommit i svaren på anmärkningar och bl.a. RFV har anmärkt på detta några gånger. Även besluten gällande saksador har varit försenade med månader.

**3. Kundnöjdhet, kundsäkerhet**

Hur sannolikt skulle du rekommendera den service som du fick för en närstående eller en vän?  
 6868 respondenter • Medeltal 8.57 • NPS: 64

- Kritiker: 13.4 %
- Passiva: 9.3 %
- Rekommenderare: 77.3 %

**HaiPro-anmälningar**  
**Klagomål 10**, VCS 5, Malax 1, Vasa 3, Jakobstad 1  
**Anmärkningar 53**. VCS: 39, södra området 0, Laihela-Vasa 10, Korsholm-Vörå 1, norra området 3.

**4. Tillsynsobservationer 9-12/22**  
**Centrala observationer**

- Anhängiga RFV-inspektioner i ÖVPH:s område: sammanlagt 11 st. inom socialvården och ca 56 st. inom hälso- och sjukvården (läget 13.1.23).
- Av tillsynsärendena inom hälso- och sjukvården gällde 45 st. anmälningar om äventyrande av patientsäkerheten (bl.a. anknäring till vårdarstrecken våren -22).
- RFV:s begäran om utredningar av ÖVPH under tiden 9-12/22 sammanlagt 4 st., 1-12/22 sammanlagt 12 st., gällt bl.a. personaldimensionering, tillgången till mun- och tandvård, prehospital akutsjukvård, den sakkunnggrupp som finns stadgad i specialomsorgslagen.
- Ärenden som RFV överfört till ÖVPH för egenkontrollmässig utredning: under tiden 9-12/22 sammanlagt 7 st., under tiden 1-12/22 sammanlagt 9 st., gällt bl.a. äventyrande av patient-/klientsäkerheten (vårdare saknats på arbetspass under vårdarstrecken), kund- och servicehandledning, ringbud och vårdtillgång.

OVPH yhteensä			
Suluissa kumulatiivinen 1-12/22	Tarkastuskäyntityyppi	IkM	Työyksikkö
Palvelu	Suunniteltu	Reaktiivinen	AVI ja OVPH
Ikäännyneet (ei kotihoito/palvelu)	25 (75)	2 (11)	3 (3)
Kotihoito/kotipalvelut	6 (21)	2 (3)	1 (2)
Vammaispalvelut	6 (34)	2 (2)	0 (0)
Mielenterveys/päihdepalvelut	9 (17)	3 (3)	0 (2)
Lastensuojelu	0 (0)	0 (0)	1 (4)
Tukipalvelut	0 (1)	0 (2)	0
Terveystieteidenhuolto	0 (1)	0 (1)	0
<b>Yht.</b>	<b>46 (149)</b>	<b>9 (22)</b>	<b>5 (11)</b>

**Kaikki vuoden 2022 valvontakäynnit yht. 182**

**4. Tillsyns-observationerna fortsätter**

Ennakollinen valvonta 9-12/2022 (OVPH)	
Kumulatiivinen IkM 1-12/22 suluissa	
9-12/22 Saapuneet ilm. sosiaalipalveluiden tuottamisesta	IkM
Ilm.vaarainen, rekisteröitävä palvelu, lausunto AVI:lle	4 (20)
Ilm.vaarainen ei -rekisteröitävä palvelu (tukipalvelu)	4 (14)
<b>Yhteensä:</b>	<b>8 (34)</b>
9-12/22 Saapuneet palvelusetelituottajakemukset	
Vaasa (Palse)	0 (3)
Prs (Palse)	2 (2)
Krs-kaupunki (Vaana)	1 (2)
Mustasaari (Vaana)	0 (2)
<b>Yhteensä:</b>	<b>3 (9)</b>
9-12/22 Tilojen käyttöönottotarkastukset	
Vaasa (thl)	4 (9)
Pietarsaari (thl)	0 (1)
<b>Yhteensä:</b>	<b>4 (10)</b>

**5. Kvalitetsledningens observationer**  
 Ledningens och enheternas självvärderingar har genomförts i hela området 06-08/2022. Totalt 262 st. Verksamhetsområdesvisa sammanfattningar har tillställts verksamhetsområdesdirektörerna. Kvalitetsauditeringar genomfördes i september, vilka ledde till 22 begäranden om tilläggsprestationer, vilka bemötts av de ansvariga senast 5.12.22. Utöver begäranden om tilläggsprestationer fick man 5 begärande om kompletterande uppgifter vilka tillställdes senast 13.1.23. De första externa auditeringarna inleddes 25.1.23 på enheter i Vasa och Nykarleby. Tyngdpunkten i de externa auditeringarna år 2023: verkställandet av verksamhets- kvalitetsledningen på alla nivåer (verksamhetsområde, resultatområde, resultatenheter) samt förankringen av medvetenheten om målen (närchefer och anställda). Planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet uppdaterades och publicerades 12/2022. Kontaktpersoner för kvalitets- och säkerhetsfrågor ska utses i hela området, ett informationsmeddelande har skickats i ärendet. Det första mötet hålls 15.2.23.

**6. Observationer om social- och patientombudsmannens verksamhet**  
**Socialombudsmannaverksamheten:** Antalet kontakter 91 Trendutsikt: Klienterna har svårt att veta vem de ska kontakta och delvis råder även oklarhet om hur behandlingen av det egna ärendet framskrider. Informationen på webbplatsen har ökat, ännu saknas en del nödvändiga blanketter. Diskussion har förts om behandlingsprocessen för anmärkningar (socialvården) och arbetet med att förtydliga processen pågår. Ersättningsgarna för närsläendevård och harmoniseringen av avgifterna har orsakat diskussioner och även för personalens del har oklarheter förekommit i processen. Centrala orsaker till att kontakt tagits: Allmänt behov av information om olika socialvårdstjänster, men även om bl.a. FPA:s förmåner. Kontakterna har gällt bl.a. beslut och avtal (24 %), bemötande (25 %) och informationsbehov (18 %). De tre största uppgiftsområdena: barnskyddet (32,5 %), familjerättslig service (9,6 %) och funktionshinderservice. I huvudsak har kontakt tagits per telefon och den som tagit kontakt varit socialvårdsklienten själv (61 %). Även personalen (18 %) har tagit kontakt i huvudsak på grund av behov av information. Socialombudsmännen tackar områdets personal för snabba och tydliga svar när ombudsmännen tagit kontakt.  
**Patientombudsmannaverksamheten:** Antalet kontakter: 311 st., trendutsikt Centrala orsaker till att kontakt tagits: vårdtillgång, missnöje med den vård man fått, bemötande. Kund- och resurcenter: Tillgång till bedömning av vårdbehov per telefon (hälsocentralerna), ingen svarar på ringbud eller ringbudet sker med fördröjning, kunderna informeras om besluten gällande saksador och svaren på anmärkningar med fördröjning, blodprovsvaren syns inte i Kanta utan fördröjning

**7. Säkerhet, beredskap och förberedelser**  
 13 säkerhetsdagar, utbildningar, 282 deltagare  
 Ibruktagnig av H-huset, utbildning för närchefer, 22 st. säkerhetsrundvandringar har ordnats, i vilka 178 personer deltog. I H-huset har 4 st. utrymningsövningar ordnats, i vilka 26 personer deltog.  
 Dessutom 2 st. skräddarsydda säkerhetsutbildningar, i vilka sammanlagt 91 personer deltog. Beredskapsplaneringsdokumentet har godkänts.

## BILAGA 4 (1/12) Strategisk åtgärdstabell för nationell klient- och patientsäkerhet

Strategiska åtgärdsprogram för klient- och patientsäkerheten på Österbottens välfärdsområde

### Spets 1 Tillsammans med klienter och patienter

#### *\*spetsmätare*

Målet med strategin	Åtgärder	Tidtabell för genomförande
*Serviceanordnarna inkluderar representanter för klienter, patienter och närstående i utvecklingen och utvärderingen av tjänster. I synnerhet stöds utsatta gruppers möjligheter att påverka sätt att genomföra tjänster och vård.	På Österbottens välfärdsområde har man grundat klientråd under år 2022. Dessutom ska ett råd för mångkulturellhet grundas år 2023.	Inleddes år 2022
Serviceanordnarna utarbetar en plan för användning av klient- och patientråd och -paneler och en årsklocka för verksamheten som publiceras på webbsidor.		
Uppfyllandet av delaktighetskriterierna följs upp som en del av rapporteringen från serviceanordnarnas och -producenternas ledning		
Serviceanordnarna ålägger och följer upp i egenkontroller att man i stor omfattning i alla tjänster inför en möjlighet för klienter, patienter och närstående att anmäla negativa händelser och tillbud.	Blankett för anmälan om tillbud för klienter, patienter och anhöriga finns på webben och anmälnings- och behandlingsprocessen är beskriven.	Utarbetad år 2022
Serviceenheterna upprätthåller tillgängliga anvisningar och information om faktorer för social trygghet samt om sjukdomar och vård med sina risker, och säkerställer att klienter och patienter har		

<p>tillgång till tillräcklig information om den service och vård som hen får för att kunna delta i beslutsfattningen om sig själv</p>		
<p>Serviceenheterna erbjuder klienter och patienter i sårbar ställning riktat och individuellt stöd för att stärka delaktigheten.</p>		
<p>Serviceanordnarna rapporterar regelbundet om genomförandet av klient- och patientsäkerhet med enhetliga indikatorer som en del av ledningens lägesbild.</p>	<p>Uppgifter om klient- och patientsäkerheten rapporteras i ledningens lägesbild och i delårs- och kvalitetsrapporterna.</p>	<p>Praxisen påbörjad år 2022</p>
<p>Serviceanordnarna och -producenterna skapar verksamhetsmodeller för att stärka samarbetet mellan yrkespersoner inom social- och hälsovården på gemensamma klienters service- och vårdstigar samt i tjänster som ges hemma.</p>		
<p>Serviceanordnarna skapar strukturer och beskriver förfaranden för en multiprofessionell behandling av social- och hälsovårdens gemensamma klienters negativa händelser och missförhållanden.</p>	<p>En process med att behandla anmälningar har skapats och publicerats i Intra. Utbildning för dem som behandlar anmälningar ordnas regelbundet.</p>	<p>Praxis inledd år 2022</p>
<p>Serviceanordnarna ordnar gemensamma utbildnings- och utvecklingsevenemang för yrkespersoner inom social- och hälsovården i området för att stärka kunnandet och samarbetet.</p>	<p>Utbildningsdagar för hygien och infektionsbekämpning ordnas två gånger om året.</p>	<p>Praxis inledd år 2022</p>
<p>Grupper som planerar och följer upp verksamhetens kvalitet och säkerhet inkluderar erfarenhetsexperter och representanter för klient- och patientråd.</p>	<p>Erfarenhetsexperter har utnämnts att vara med i framtids- och anpassningsprogrammets planeringsarbetsgrupp. Arbetsgrupperna inleder sitt arbete under våren 2023.</p>	<p>Utnämningar gjordes i slutet av år 2022.</p>
<p>Vid utarbetandet av planer som gäller klienter och patienter, såsom beskrivningar av tjänstekedjor eller</p>		

anvisningar om brytpunkter i vård och ärendehantering, inkluderar serviceanordnarna samråd med klienter, patienter och närstående.		
Vid styrning av serviceenheter och producenter av köpta tjänster i sitt område ålägger serviceanordnarna dessa en skyldighet att systematiskt samla in klienters och patienters anmälningar om negativa händelser i olika tjänster och att publicera resultat öppet för både yrkespersoner och befolkningen.		
Serviceanordnarna utarbetar en anvisning om hur information som fås från klienters, patienters och närståendes anmälningar om negativa händelser och tillbud samt påminnelser och klagomål används för att förbättra verksamhetsenheters och köpta tjänsters säkerhet och kvalitet.	Arbets sättet är anvisat i planen för kvalitetsstyrning och patient- och klientsäkerheten.	Praxis inledd år 2022
Serviceanordnarna erbjuder regelbundet klienter och patienter samt närstående information om möjligheten att ge respons till exempel i lokaltidningar eller meddelanden.		

## Spets 2

### Välmående och kunniga yrkesmänniskor

Strategiskt mål	Åtgärder	Tidtabell för förverkligande
Samarbets- och välfärdsområdena erbjuder utbildning i ledning, mätning och kontinuerlig förbättring av klient- och patientsäkerheten som en	Övningar för cheferna inleds år 2023.	2023

del av coachning för ledningen och cheferna.		
Serviceanordnarna ger serviceenheter och producenter av köpta tjänster vägledning om förfaranden för säkerställning av säkerhetskompetensen i enlighet med yrkesgruppernas uppgifter och följer upp genomförandet av förfarandena som en del av egenkontrollen.	Utbildning inleds år 2023	2023
Serviceanordnarna utarbetar enhetliga kriterier för säker användning av apparater och för säkerställning av kompetens för läkemedelsbehandling samt utarbetar verksamhetsmodeller för kompetensprov och följer upp hur de realiserar.	Arbetet inleddes och år 2021 och fortsätter fortfarande.	Inleddes 2021
Serviceproducenterna uppmuntrar till och gör det möjligt för arbetsgrupperna att avlägga specialkompetenser eller fortbilda sig i klient- och patientsäkerhet.		
Serviceproducenterna utarbetar kriterier för hur säkerhetskompetensen identifieras och hur arbetets kravnivå bedöms och är ett incitament för framgång i karriären och hur säkerhetskompetensen inkluderas i de samtal mellan arbetstagaren och närledningen som främjar kompetens.		
Serviceanordnarna utarbetar anvisningar för att främja och följa upp arbets säkerheten och arbetshälsan (inkl. introduktion, arbetsförhållanden och handledning) samt för att säkerställa tillräckligt stor		



personal på alla organisationsnivåer och för alla arbetargrupper.		
Serviceanordnarna erbjuder chefer utbildning i riskbedömning och -hantering, arbetshälsa och arbets säkerhet och hur de påverkar klient- och patientsäkerheten.		
Serviceanordnarna inkluderar regelbunden uppföljning av och rapportering om arbets säkerhet, arbetshälsa och arbetsförhållanden i serviceenheternas krav och avtal om köpta tjänster från tjänsteproducenter samt om personalens tillräcklighet.	I checklistan för kontrollbesök har också hygienaspekten antecknats.	2022-
Serviceanordnarnas förtroendeorganledning och revisionsnämnder bedömer regelbundet patient- och klientsäkerhetens tillstånd i organisationen.		
Serviceanordnarna ser till att direktörer och chefer erbjuds regelbunden ledningsutbildning om säkerhet och arbetshälsa, inklusive främjande av säkerhetskulturen.	Utbildning om olika säkerhetsteman har getts under år 2022 och utbildning kommer att ges också år 2023.	Inleddes år 2022
Serviceproducenterna förutsätter att serviceenheterna öppet rapporterar inom organisationerna om tillbud och negativa händelser och aktivt ger personalen information om kända risker och handledning om sätt att skydda sig mot dem.	Arbets sättet är beskrivet i planen för kvalitetsledning och patient- och klientsäkerhet. Rapporteringsaktiviteten följs upp regelbundet och rapporteras i delårsrapporterna för kvalitet och övervakning.	Inleddes år 2022

**Spets 3**  
**Säkerhet först och främst i alla organisationer**  
*\*spetsmätare*

Strategiskt mål	Åtgärder	Tidtabell för genomförande
Serviceanordnaren följer upp klient- och patientsäkerhetens tillstånd och kvalitet som helhet i den social- och hälsovård	Praxisen med delårsrapport för kvalitet, övervakning och säkerhet inleddes år 2022. Delårsrapporterna	Inleddes år 2022

<p>som den tillhandahåller genom att mångsidigt använda olika uppföljningsmetoder och informationskällor samt jämför den information som den producerat och samlat med andra serviceanordnarens information och rapporterar öppet om sina egna resultat.</p>	<p>rapporterar regionvis om viktiga uppgifter gällande kvaliteten, säkerheten, övervakningen, kundnöjdheten och viktiga uppgifter sett ur patientombudsmannens synvinkel.</p>	
<p>Serviceanordnarna anslår tillräckliga resurser till proaktiv övervakning och egenkontroll samt avtalsstyrning och övervakning av privata tjänsteproducenter för att säkerställa klient- och patientsäkerheten och tjänstens kvalitet. Mängden övervakningsresurser följs upp som en del av klientsäkerhetens och patientsäkerhetens lägesbild.</p>	<p>I delårsrapporten ingår en rapport om hur övervakningen förbättras tillsammans med rapporterna om kvalitet, övervakning och säkerhet.</p>	<p>Inleddes år 2022</p>
<p>Utvecklingsarbetet utförs på ett systematiskt och övergripande sätt genom att man använder kvalitetsledningens eller interna och externa revisionsförfaranden och på grundval av den information som fås från dem.</p>	<p>Kvalitetsledningssystemet SHQS används och tillhörande externa och interna auditeringar görs årligen.</p>	<p>Inleddes år 2022</p>
<p>Serviceproducenternas ledningsgrupper följer regelbundet upp säkerhets- och kvalitetsinformationen samt tar i bruk en realtidsuppföljning av negativa händelser som alltid kan undvikas (indikatorer för en het linje).</p>	<p>Meddelanden om tillbud har programmerats så att de automatiskt når branschcheferna, och ledningsgruppen informeras regelbundet om tillbud. Never event-händelser skrivs in i systemet för anmälan om tillbud.</p>	<p>Inleddes år 2022</p>
<p>Samarbetsområdena/serviceanordnarna utarbetar och inför förfaranden för bedömning av risker med digitala tjänster och distanstjänster, uppföljning av deras funktionsduglighet och tillgänglighet samt rapportering av säkerhetsavvikelser samt publicerar öppet alla händelser som äventyrar säkerheten.</p>		
<p>Serviceanordnarna inkluderar kvalitets- och säkerhetskraven på digitala och distanstjänster i avtalen om köpta tjänster och följer upp hur de efterlevs.</p>		
<p>Serviceproducenterna tryggar vid sidan om digitala och distanstjänster tillgången till fysiska närtjänster särskilt för utsatta klient- och patientgrupper samt följer upp närtjänsternas tillräcklighet med hjälp av respons samt klientråd och klientpaneler.</p>		

Serviceanordnarna har definierat klient- och patientsäkerheten som en strategisk prioritet och som en central aspekt för ledningen samt tar hänsyn till den kontinuerliga förbättringens principer när de utvecklar sin verksamhet.	En av tre spetsar för Välfärdsområdets är strategin är målet som m gäller klient- och patientsäkerheten, dvs. att vara ledande i Norden gällande kvalitet och säkerhet	Inleddes år 2022
Serviceanordnarna och -producenterna planerar organisationsmodeller och ledningsstrukturer så att de stärker ledningen, uppföljningen och utvecklingen av klient- och patientsäkerheten.	Säkerhetsledningssystemet är beskrivet och enligt det styrs säkerhetsmedvetenheten	Inleddes år 2022
I sina personalresurser beaktar serviceproducenterna ett tillräckligt expertstöd för serviceenheter för att kontinuerligt förbättra säkerheten.		
Serviceanordnarna följer regelbundet upp säkerhetskulturens tillstånd genom personalenkäter och publicerar resultaten för personalen.		
Serviceproducenterna allokera resurser till förfaranden som stärker säkerheten vid övergångar på servicestigar, till exempel användning av farmaciexperter i omsorgstjänster eller användning av Case manager-modellen i samordning av multitjänstklinters och patienters ärendehantering.	Case manager-modellen används inom specialiserad vård, och med hjälp av en separat arbetsgrupp söker man en gemensam modell för hela välfärdsområdet.	Inleddes år 2022
Serviceanordnarna följer upp genomförandet av samarbetsmodeller för ledningen hos serviceproducenter och leverantörer av köpta tjänster och klienter eller patientrepresentanter.		

#### Spetsmål 4

#### Vi förbättrar det som redan finns

#### \*spetsmätare

Målet med strategin	Åtgärder	Tidtabell för genomförande
Utvecklingen, uppföljningen och riskhanteringen av serviceproducenternas medicineringssäkerhet integreras i egenkontrollprogrammet och det multiprofessionella klient- och patientsäkerhetsarbetet, och farmaciområdets sakkunskap involveras.	Österbotten välfärdsområde har en medicineringssäkerhetskoordinator som avlagt provisorsexamen. Hen är placerad på enheten för kvalitet och övervakning. Hen fungerar som medicineringssäkerhetsexpert och har varit med i planeringen av riskstyrningen, egenövervakningsprogrammet och ansvarar för koordineringen av utarbetande av HVA:s	2022

	läkemedelsbehandlingsplan. Sjukhusapotekets expertis utnyttjas också i egenövervakningen.	
Serviceanordnarna förutsätter att leverantörerna av informationssystem genomför Kanta-kompatibiliteten i alla system och de definierade arbetsfaserna i den obrutna läkemedelsbehandlingsprocessen, dataöverföringen och informationens användbarhet över informationssystemens gränser.	Medicinerings säkerhetskoordinatören och sjukhusapotekets sakkunniga har aktivt deltagit i anskaffningen av ASPO, bl.a. i anbudsbegäran där man beaktat bl.a. kraven på obruten läkemedelsbehandlingsprocess.	2202-2024
Serviceproducenten säkerställer att alla verksamhetsenheter och tjänsteformer har tillgång till stöd av klinisk farmaci för att multiprofessionellt planera, genomföra och bedöma läkemedelsbehandling, särskilt för att trygga säkerheten i läkemedelsbehandlingen för äldre personer och dem som använder mycket läkemedel.	Medicinerings säkerhetskoordinatören är med som sakkunnigmedlem i branschvisa arbetsgrupper för trygg läkemedelsbehandling. Sjukhusapoteket har försökt utöka tjänsterna inom klinisk farmaci, men saknaden av professionella i regionen har hindrat utvecklingen.	2022-2026
Serviceanordnaren övervakar ändamålsenligheten i läkemedelsbehandlingsplanerna och hur de följs i sina serviceenheter och i köpta tjänster som anskaffats från privata tjänsteproducenter.	Övervakningen av ändamålsenligheten i läkemedelsbehandlingsplanerna är en del av programmet för kontrollbesök	2022
Serviceanordnarna beskriver och inkluderar apparathanteringsprocessen i egenkontrollprogrammet.	En arbets- och styrgrupp för apparatsäkerhet har tillsatts och styrgruppen för apparathanteringsprocessen och beskrivningen och definieringen av innehållet har påbörjats.	
Serviceanordnarna utarbetar en plan för apparatsäkerheten och definierar ansvar och befogenheter gällande apparatsäkerheten och följer upp deras iakttagande i sina serviceenheter och i tjänster som köpts från privata producenter.	Säkerheten och ansvar för apparater är definierade i planen för kvalitetskontroll och klientsäkerhet och det är meningen att det ska utarbetas en egen plan för säkerheten hos apparat utgående från den nationella guiden under år 2023. Utnämningen av ansvariga för säkerhet hos apparater har inletts i alla enheter som inte haft någon tidigare och en preliminär arbetsskrivning har gjorts. Egenövervakningsplanen ska beskriva hur apparatsäkerheten är ordnad i enheterna och på övervakningsbesöken och i säkerhetskartläggningarna följer man med hur väl planen följs. s	2022-2024

Serviceproducenterna upprätthåller ett uppföljningssystem för apparaternas spårbarhet.	Elektroniska register finns (Medusa + Effektor). Senare överenskoms i vilket system olika apparater placeras och alla enheter ska lämna listor om apparaterna på enheterna för registrering. Detta arbete har inletts.	2022-2024
Serviceproducenterna utarbetar en plan för upprätthållande av kompetens om apparater som omfattar alla tjänsteformer, och uppdaterar den regelbundet.	Modellen för säkrande av kunskaper om apparater är beskriven och enheterna har fått anvisningar. Apparatpass används av största delen av enheterna och elektroniskt apparatpass och praxisen ska utvidgas under 2023. En modell för säkrande av exakt och uppdaterad kunskap om apparat beskrivs utgående från den nationella handboken.	2022-2024
Serviceproducenterna använder anmälningar om tillbud gällande apparater för att mäta och förbättra klient- och patientsäkerheten.	Teknikenheten och enheten för kvalitet och övervakning följer med anmälningar om tillbud som gäller apparater i det elektroniska rapporteringssystemet. Vid utbildningarna betonas att man ska anmäla till Fimea och för det interna utvecklingsarbetet skull. Rapporterna utnyttjas i utvecklingsarbetet.	2022 -
Serviceanordnarna inför enhetliga uppföljnings- och rapporteringsförfaranden för vårdrelaterade infektioner som omfattar servicesystemets alla verksamhetsformer, inklusive socialtjänster. Uppgifterna jämförs och publiceras öppet.	Bearbetning av samstämmig praxis har inletts. Det är meningen att avdelningarna för allmän medicin ska tas med i uppföljningen under år 2023. Vi gör framsteg gradvis.	2022-
THL och serviceanordnarnas infektionsbekämpningsenheter producerar och förmedlar tillsammans aktuellt utbildningsmaterial för yrkespersoner inom social- och hälsovården.	Anvisningar för hygien och infektionsbekämpning ges på två språk på ÖVPH:s Intra och för utomstående serviceproducenter på appen Sharepoint. Det görs fler anvisningar och de uppdateras kontinuerligt. THL:s, Fillhas och andra aktörers utbildningar och deras nyheter förmedlas också vidare. Hygienskötarna har också egna nätverk för hygienansvariga, där man förmedlar nya anvisningar och tillvägagångssätt. Också cheferna förmedlar information och dessutom hålls avdelningstimmar. Regionala dagar för hygien och bekämpning av infektioner ordnas 2 gånger per år.	2022-
Serviceanordnarnas enheter för bekämpning av infektioner följer med hur anvisningarna för hygien följs i praktiken och om det finns brister i hur anvisningarna följs och rapporterar observationerna till	Inom specialiserade sjukvården görs systematiska observationer om handhygien via appen eHuuhde. Åtgången på handdesinfektion observeras inom specialiserade sjukvården och på de norra områdena.	2022-

<p>THL:s enhet för förebyggande av infektioner</p>	<p>Specialiserade sjukvårdens infektionsfall jämförs med hela landets fall via programmet SIRO (THL). Uppföljningen av täckningen hos personalens influensavaccineringar varierar på områdena, men specialiserade sjukvårdens resultat förmedlas till THL. Det är meningen att uppföljningen av täckningen hos influensavaccineringarna inom ÖVPH ska förbättras under 2023.</p>	
--	--	--