

# Rapport över uppföljningen av klient- och patient- säkerheten 2024

Helsingfors social- och  
hälsovårdstjänster

The logo for Helsingfors, featuring the word "Helsingfors" in white text inside a white speech bubble shape on a blue background.

Helsingfors

# Innehåll

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inledning.....</b>                                                              | <b>3</b>  |
| <b>Ledningen av och uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerheten.....</b> | <b>3</b>  |
| <b>Riksomfattande nätverk och regionalt samarbete.....</b>                         | <b>4</b>  |
| Riksomfattande nätverk och arbetsgrupper .....                                     | 4         |
| Regionalt samarbete .....                                                          | 5         |
| <b>Organiserade utbildningar .....</b>                                             | <b>5</b>  |
| <b>Egenkontroll och tillsyn .....</b>                                              | <b>6</b>  |
| Egenkontrollen inom Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor .....     | 6         |
| Egenkontrollen inom Helsingfors egen serviceproduktion.....                        | 6         |
| <b>Anmälningar om missförhållanden och incidenser .....</b>                        | <b>7</b>  |
| Incidenser.....                                                                    | 7         |
| Anmälningar om missförhållanden .....                                              | 10        |
| Allvarliga incidenser .....                                                        | 12        |
| <b>Patientskador .....</b>                                                         | <b>13</b> |
| <b>Anmärkningar och klagomål .....</b>                                             | <b>14</b> |
| <b>Säker läkemedelsbehandling .....</b>                                            | <b>15</b> |
| <b>Infektionssäkerheten .....</b>                                                  | <b>16</b> |
| Förbrukningen av handsprit.....                                                    | 16        |
| Vårdrelaterade infektioner .....                                                   | 17        |
| <i>Multiresistenta mikrober och Clostridoides difficile</i> .....                  | 17        |
| Mängden nya MRSA-bärare i Helsingfors.....                                         | 17        |
| Mängden nya ESBL-bärare i Helsingfors .....                                        | 17        |
| <i>Clostridioides difficile</i> –infektioner i Helsingfors.....                    | 17        |
| <b>Medicinteknisk säkerhet.....</b>                                                | <b>18</b> |
| <b>Stärkande av klienternas och patienternas delaktighet .....</b>                 | <b>18</b> |
| <b>Personalens delaktighet.....</b>                                                | <b>19</b> |
| <b>Social- och patientombudens observationer .....</b>                             | <b>19</b> |
| <b>Klient- och patientsäkerhetsstrategin och självutvärderingen 2024.....</b>      | <b>21</b> |
| Klient- och patientsäkerhetens kvantitativa indikatorer .....                      | 22        |
| <b>Som avslutning .....</b>                                                        | <b>23</b> |

## Inledning

Klient- och patientsäkerheten, omsättningen av den i praktiken och lärdomarna av avvikelser utgör ett centralt delområde av kvaliteten. Vi har som mål att erbjuda helseforsarna säkra och flexibla tjänster. Vi lovar också producera säkra och högklassiga tjänster likvärdigt till alla stadsbor ([Stadsstrategin](#) och [servicestrategin](#)) och regelbundet granska klient- och patientsäkerhetsläget för all serviceproduktion ([Planen för egenkontroll](#); [Kvalitetskontrollen av tjänster](#)). I denna rapport från uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerheten inom social-, hälso- och räddningssektorn redogörs för ändringarna år 2024 och beskrivs läget för klient- och patientsäkerheten inom sektorn. Vi berättar också om utvecklingen som skett under året.

Under året 2024 inriktades betydande uppgifter och arbeten på verkställandet av [lagen om tillsynen över social- och hälsovården](#) (nedan tillsynslagen) som trädde i kraft i början av år 2024. Satsningar gjordes till exempel på informering och fortbildning om personalens anmälningsskyldighet. Tyngdpunkterna i arbetet styrdes också av [klient- och patientsäkerhetsstrategin och dess genomförandeplan](#).

Tillsynslagen förutsätter att varje serviceenhet utarbetar en plan för egenkontroll, i vilken man bland annat beskriver med vilka processer, vilken uppföljning och vilken rapporteringen servicens kvalitet och säkerhet omsätts i praktiken. Vi har redan länge haft ett gemensamt underlag för planen för egenkontroll som ger enhetlig praxis och kvalitet i tjänsterna. År 2024 uppdaterades anvisningar och underlag för plan för egenkontroll att motsvara kraven i tillsynslagen. Denna rapport bygger på den plan för egenkontroll, som gäller vår sektor, där man beskrivit processerna och förfarandena och i denna rapport beskriver vi hur klient- och patientsäkerheten omsätts i praktiken under året 2024.

Uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerheten har deltagit i utarbetandet av rapporten och den har sammanställts vid enheten för stöd för kvalitet och tillsyn inom sektorns gemensamma tjänster.

## Ledningen av och uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerheten

Ledningen av klient- och patientsäkerheten utgör en del av ledningen och ansvaren har beskrivits i vår verksamhetstadga. Ansvaret för utvecklandet av hanteringen av risker och utnyttjandet av erhållen information ligger hos ledarna för servicehelheterna inom vår sektor och andra förmän. Varje anställd svarar för identifieringen av missförhållanden som äventyrar klient- och patientsäkerheten i det dagliga arbetet, för reagerandet på sådana och för förmedlingen av informationen till ledningen. Förmannen svarar för att förfaranden utvecklas som stöd för omsättandet av klient- och patientsäkerheten i praktiken.

Uppföljningen och utvärderingen av omsättandet i praktiken hör till alla och personerna i ledningsansvar svarar för det liksom den övriga verksamheten. Stöd för ledningen av klient- och patientsäkerheten och sammanställning av information erbjöds under år 2024 inom sektorns gemensamma tjänster vid enheten stöd för kvalitet och tillsyn.

Att klient- och patientsäkerheten omsätts i praktiken och följs upp stöds av en av sektordirektören utnämnd uppföljningsgrupp för klient- och patientsäkerhet som har som centrala uppgifter att:

- koordinera sektorns gemensamma praxis, till exempel genom att följa upp tillvägagångssätt och komma med förslag på ny praxis till ledningsgruppen

- lyfta fram observationer om klient- och patientsäkerheten
- lämna rapporter till servicehelheterna och sektorns ledningsgrupp om klient- och patientsäkerheten
- informera sektorn om ny praxis
- åstadkomma kommunikation (intern och extern)
- tjäna som sakkunnigstöd på klient- och patientsäkerhet till förmän och medarbetare.

I uppföljningsgruppen ingår representanter från tre servicehelheterna, familje- och socialtjänsternas, sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsternas samt hälso- och missbrukartjänsternas alla olika tjänster. I gruppen ingår också en utsedd representant för personalen. Från de gemensamma tjänsterna ingår i gruppen sakkunniga på klient- och patientsäkerhet, vårdarbete, sakkunniga för medicintekniskutrustning och säker läkemedelsbehandling, representation för säkerhetsenheten, ett patient- och socialombud och kvalitetschefen, som tjänar som ordförande för uppföljningsgruppen. I uppföljningsgruppen deltog också representation för HUS Apotek. Räddningsverket ingick inte i uppföljningsgruppen år 2024, men meningen är att samarbetet ska ökas år 2025.

Uppföljningsgruppen sammanträdde fyra gånger under året. Teman som behandlades var utöver tillsynslagens inverknings- och åtgärder läget inom verkställandet av Klient- och patientsäkerhetsstrategin på nationell nivå och inom sektorn samt delningen av nätverk och delning av ny information. Under sammanträdena hördes regelbundet en översikt över upphandlingen av ett elektroniskt kompetenspass inom medicintekniskutrustning, läget inom säker läkemedelsbehandling och incidenserna samt ibruktagandet av klientens och patientens incidensanmälan.

## **Riksomfattande nätverk och regionalt samarbete**

### **Riksomfattande nätverk och arbetsgrupper**

Vi deltog aktivt i Klient- och patientsäkerhetscentrets olika arbetsgrupper. Utsedda representanter ingick under året 2024 i följande sammansättningar:

- Strategisk spets 1 / Mål 1.3 Klienternas, patienternas och de närståendes erfarenheter styr utvecklandet av våra tjänster (ordf. övertandläkare, munhälsovård)
- Strategisk spets 2 / Mål 2.2 Vi skapar säkerhet genom att stöda arbetsvälbefinnandet (projektchef, stöd för kvalitet och tillsyn)
- Egenkontrollens praxisarbetsgrupp (kvalitetschef, stöd för kvalitet och tillsyn)
- Konkensusgruppen i fråga om indikatorer (specialplanerare, stöd för kvalitet och tillsyn)

Personer från vår sektor har också deltagit i tillställningar som är öppna för alla, såsom No harm-seminarierna, No harm experts-nätverkets och det nationella nätverket för medicintekniskutrustnings tillställningar. Vi har också deltagit till exempel i socialvårdens sakkunniggrupp. Personer från sektorn deltog i det nationella klient- och patientsäkerhetsseminariet.

Klient- och patientsäkerhetscentren har via olika arbetsgrupper och nätverk sänt flera olika verktyg och material för kommentering och dem har vi kommenterat under året 2024.

År 2024 deltog vi också för femte gången i världshälsoorganisationen WHO:s årliga internationella patientsäkerhetsdag. Dagen firades den 17 september under temat

säker diagnostik. Inom sektorn firades klient- och patientsäkerhetsveckan den 16–19 september 2024. Under veckan arrangerades korta (15–20 min.) informations-inslag i anknytning till temat och klient- och patientsäkerheten.

## Regionalt samarbete

**HUS temagrupp för egenkontroll** sammanträdde åtta gånger under året 2024. Ett av sammanträdena var ett temamöte om läkemedelsbehandling med en breddad deltagargrupp. I centrum för samarbetet i temagruppen stod verkställandet av tillsynslagen och genomförandet av arrangörens tillsyn inom Nylands välfärdsområden, i Helsingfors och inom HUS, utöver det har man tangerat till exempel läget inom verkställandet av klient- och patientsäkerhetsstrategin och regionens gemensamma linjedragningar och indikatorer. Egenkontrollens temagrupp arrangerade i oktober en gemensam utbildningsdag för dem som utövar och leder tillsynen av Nylands arrangörer.

**Nylands nätverk för medicinteknisk säkerhet** sammanträdde tre gånger. Under sammanträdena söktes lösningar på utmaningar inom hantering av medicintekniskutrustning och dryftades framtida visioner. I arbetsgruppen i fråga deltog från sektorns sida en sakkunnig och en planerare på medicinteknisk säkerhet från medicintekniska teamet.

Med **HUS Apotek** har sammanträtts regelbundet och förts diskussioner bland annat om koordineringen av säker läkemedelsbehandling, visionerna för säker läkemedelsbehandling som HUS Apotek gjort, inspektionerna av begränsade läkemedelslager samt det sektoröverskridande samarbetet och möjligheterna som det ger. HUS Apotek upprättar två gånger om året en rapport över egenkontroll med fokus på säker läkemedelsbehandling.

**Samarbetet med HUS Medicinteknik:** enhetsteamet inom enheten stöd för kvalitet och tillsyn deltog i ett en gång i månaden arrangerat samarbetsmöte i avsikt att utveckla de dagliga processerna för medicinteknik. En sakkunnig på medicinteknisk utrustning vid medicintekniska teamet deltog också i ett avtalsuppföljningsmöte två gånger om året.

**HUS och Nylands regions LAVASPO samarbetsgrupp** sammanträdde för första gången i november 2024. Samarbetsgruppen har som uppgift att stärka samarbetet i utvecklandet av kvaliteten, tillsynen och klient- och patientsäkerheten. I arbetsgruppen representeras Helsingfors av kvalitetschefen och en överskötare vid munhälsovården.

## Organiserade utbildningar

Ett livslångt lärande och upprätthållna kunskaper och färdigheter är centrala faktorer i omsättandet av klient- och patientsäkerheten i praktiken. Personalen har under hela året haft fri möjlighet att avlägga de i "Potilasturvaportti"-portalen ingående kurserna Kvalificerad klient- och patientsäkerhet och Kvalificerad klientsäkerhet. Utöver det har man möjlighet att avlägga webbkursen i patientsäkerhet under Duodecims Oppiportti eller delar av den jämte medicintekniska kurser som en del av säkerheten inom medicinteknik.

För personalen och separat för förmännen arrangeras regelbundet Teams-utbildningar som anknyter till anmälandet av incidenser och för förmännen om hanteringen av anmälningar i systemen. Utbildningar om den anmälningsskyldighet som Sote-tillsynslagen förutsätter arrangerades fyra gånger under året. För förmän och andra anmälningshanterare arrangerades hanteringsutbildningar fyra gånger.

Utbildning arrangerades om användandet av avsnittet utredningar av allvarliga incidenser. Utöver det hölls åtta öppna Teams-kliniktillställningar för personalen och innehållet i dem anknöt antingen till anmälandet eller hanterandet av incidenser och missförhållanden eller planerna för egenkontroll. Enheterna och tjänsterna önskade också inriktad utbildning och sådan arrangerades 11 gånger under året.

HUS Medicinteknik arrangerade flera utbildningar för bas- och intensivanvändare av enhetsregistret Medusa som togs i bruk i februari.

## Egenkontroll och tillsyn

### Egenkontrollen inom Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor

I egenskap av arrangör av Sote-tjänster utövar Helsingfors tillsyn över såväl tjänster som man själv producerar som tjänster som annars arrangeras till exempel med servicesedlar eller i form av köptjänst. Över alla serviceproducenter utövas tillsyn med samma kvalitetskriterier och i princip på samma sätt. Enhetligheten i tillsynen har betydligt framskridit under året 2024, även om den inte ännu förverkligats till hundra procent. I egenskap av arrangör har Helsingfors tjänsternas tillgänglighet, likvärdighet och åtkomlighet jämte klient- och patientsäkerheten som centrala mål i egenkontrollen. Över klient- och patientsäkerheten utövar vi tillsyn i tillsynen över serviceproducenter till exempel genom att säkerställa att den förutsatta personaldimensioneringen uppfylls i alla serviceenheter, genom att utöva tillsyn över att man reagerar på avvikelser och över att verksamhetslokalerna är säkra.

I egenskap av arrangör har vi fyra gånger under året rapporterat om hur egenkontrollen omsätts i praktiken, om observationerna som gjorts inom den och om utvecklingsåtgärderna som vidtagits med stöd av observationerna. Rapporten över egenkontrollen på sektornivå har beretts av sektorns tillsynsarbetsgrupp tillsammans med sakkunniga inom de gemensamma tjänsterna. Verkställandet av rapporteringen har letts av kvalitetschefen.

Från regionförvaltningsverkets sida erhöll vi handledning under året 2024 i form av såväl möten som styrningsbrev. Under året hölls fyra möten. Av dem var två särskilt med ledningen för sektorn hållna väglednings- och utvärderingsmöten, två mera diskuterande vägledningsmöten med tillsynsarbetsgruppen och arrangörens anställda som utför tillsynsuppgifter. Helsingfors fick sommaren 2024 en anmärkning om brister i kontrollen av serviceproducenternas registeruppgifter och i sektorn vidtogs utvecklingsåtgärder för att framöver säkerställa att uppgifterna fullständigt kontrolleras.

### Egenkontrollen inom Helsingfors egen serviceproduktion

Serviceenheternas egenkontroll bygger på enhetens plan för egenkontroll, som i varje enhet utarbetas på Helsingfors Sotepe-sektors underlag. Skrivarbetet styrs av en anvisning (TOIM019), som uppdaterades så att den motsvarar förutsättningarna i Sote-tillsynslagen våren 2024. Om observationerna inom egenkontrollen och om utvecklingsåtgärderna som fastställt utgående från dem rapporterades kvartalsvis i en enhetlig rapport över arrangörens- och producentens egenkontroll. Rapporterna publicerades på Helsingfors webbplats.

Systemen HaiPro och Spro för anmälnings av missförhållanden och incidenser utgör viktiga redskap inom egenkontrollen. Anmälningarnas hanteringsstrukturer harmoniserades i början av år 2024. Även annat utvecklingsarbete i som stöd för

harmoniseringen av genomförandet och uppföljningen av egenkontrollen har gjorts under hela året särskilt i sektorns tillsynsarbetsgrupp.

## **Anmälningar om missförhållanden och incidenser**

Vi främjar och korrigerar klient- och patientsäkerheten på sektornivå till exempel i fråga om kompetensen inom läkemedelsbehandling, bekämpningen av infektioner som hänför sig till vården, isoleringen och begränsningen av patientens rörlighet, dokumenteringen av vården och patientarbetet, köp- och stödtjänsterna, det regionala samarbetet och den fysiska miljön. Vi säkerställer säkerheten i vardagen så att utvecklingsbehov och risker identifieras som en del av verksamheten. I identifieringen av risker och missförhållanden eftersträvar vi förutseende identifiering och observation så att nödvändiga åtgärder kan vidtas innan oönskade händelser inträffar.

Det primära målet med rapporteringen av missförhållanden och incidenser som hänför sig till klient- och patientsäkerheten är att förbättra klient- och patientsäkerheten. Arbetstagarna anmäler uppdagade missförhållanden, incidenser eller hot om sådana till sin egen förman i princip via tillbruks stående system. Nära på-situationer och incidenser som riktat sig mot klienter och patienter rapporteras i systemet HaiPro för rapportering av incidenser inom klient- och patientsäkerheten. Systemet SPro används för rapportering av anmälningar om missförhållanden inom socialvården.

I hanteringen av incidenser, uppdagade missförhållanden och nära på-situationer ingår att föra dem på tal, anteckna dem, analysera dem, vidta nödvändiga åtgärder och rapportera. I hanteringen ingår en öppen och konstruktiv diskussion med arbetstagarna, med klienten och vid behov med anhöriga och närstående. En öppen och konstruktiv diskussionsatmosfär stöder uppbyggandet av en god säkerhetskultur inom arbetsenheten. Om en allvarlig skadehändelse, som eventuellt orsakat följder som kräver ersättning, inträffar, informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning söks.

Gjorda anmälningar styrs för hantering till arbetsenheten, där närmaste förman inleder hanteringen av anmälan. Hanteringen av en icke brådskande anmälan ska inledas inom en vecka och alla anmälningar ska hanteras färdigt inom två månader. Närmaste förmannen kan vid behov föra en anmälan till hantering på en högre nivå. Det är särskilt viktigt att diskutera händelserna som inträffat under arbetsenhetssammanträden tillsammans med medarbetarna och tillsammans fundera ut metoder att förebygga incidenser.

Systemens huvudanvändare finns i sektorns gemensamma tjänster som erbjuder stöd och utbildning i hur systemen används. Servicehelheterna, tjänsterna, enheterna och arbetsenheterna svarar vid sidan om ledningen av sin egen verksamhet för uppföljning och hantering av anmälningarna, men gemensamma sammandrag utarbetas också allt enligt behov. Sammandrag som gäller hela sektorn presenteras för årets 2024 del i personalkommittéer våren 2025. Sakkunniga vid stöd för kvalitet och tillsyn har också besökt till exempel tjänsternas ledningsgrupper, andra förmansforum och personaltillställningar för att presentera HaiPro- och SPro-rapporterna.

## **Incidenser**

Mängderna anmälningar säger i första hand det, hur väl vi förmår identifiera eventuella avvikelser, missförhållanden och incidenser jämte hot om sådana och hurdan arbetsenhetens anmälningsaktivitet är. Om mängden anmälningar är mycket blygsam, har vi fäst särskild uppmärksamhet vid det, att personalen känner till och vet vilka processer som hänför sig till anmälandet och förmännen skapar en trygg kultur att föra uppdagade missförhållanden och incidenser på tal. En blygsam mängd anmälningar betyder således inte att incidenser inte alls skulle förekomma i servicen och en hög mängd anmälningar betyder inte heller automatiskt att det förekommer säkerhetsbrister i servicen.

Året 2024 har mängden anmälningar ökat och ökningen i mängden anmälningar beror till huvuddelen på att säkerhetstelefontjänsten i egenskap av ny verksamhet under sina säkerhetstelefonbesök lämnat anmälningar i HaiPro till exempel om att klienter fallit omkull. Personalens medvetenhet om anmälandet har sannolikt också ökat, eftersom man under året 2024 har satsat på utbildning och informering om Sote-tillsynslagen. (Tabell 1.)

|                                                       | år 2021      | år 2022      | år 2023      | år 2024                     |
|-------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------|
| <b>Familje- och socialtjänster</b>                    | 2 348        | 2 241        | 2 398        | 3 074                       |
| <b>Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster</b> | 19 510       | 17 237       | 17 090       | 21 590                      |
| <b>Hälso- och missbrukatjänster</b>                   | 1 692        | 1 765        | 1 717        | 1 676                       |
| <b>Sammanlagt</b>                                     | 23 550       | 21 243       | 21 228       | 26 340                      |
| <b>Ohanterade anmälningar</b>                         | 524<br>(2 %) | 632<br>(3 %) | 739<br>(3 %) | 480<br>(2 %)<br>(29.1.2025) |

Tabell 1. Anmälningar om incidenser år 2021–2024

Andelen ohanterade anmälningar förblir år efter år på samma nivå. För deras del bör observeras att några anmälningar under den tid då rapporten skrevs ännu befinner sig inom den officiella hanteringstiden. Vi strävar under året 2025 att fästa uppmärksamhet vid hanteringen av anmälningar inom utsatt tid och också anteckna det för kännedom i systemet.

Av gjorda incidensanmälningar var över hälften (58 %) gjorts av närvårdare. Sjukskötare lämnade 23 % av anmälningarna. Om yrkesgruppernas anmälningsaktivitet berättar framför allt arbetets karaktär och ett intimt samarbete med klienterna och patienterna.

Av anmälningarna har 86 procent hänt en klient eller patient och 14 procent har varit nära på-situationer (tabell 2). I talen har under de senaste åren just inte skett några förändringar.

Av anmälningarna anknyter 42 % till olycksfall och fallolyckor (tabell 2). Anmälningarna som anknyter till fallolyckor och olycksfall har betydligt ökat under året 2024.

Fallolyckorna har egentligen inte ökat utan det har lämnats fler anmälningar om fallolyckor då säkerhetstelefontjänsten under år 2024 registrerat sådana. En tredjedel av anmälningarna anknöt till läkemedelsbehandling och vätskebehandling. De vanligaste typerna av olycksfall varierar mellan olika tjänster.

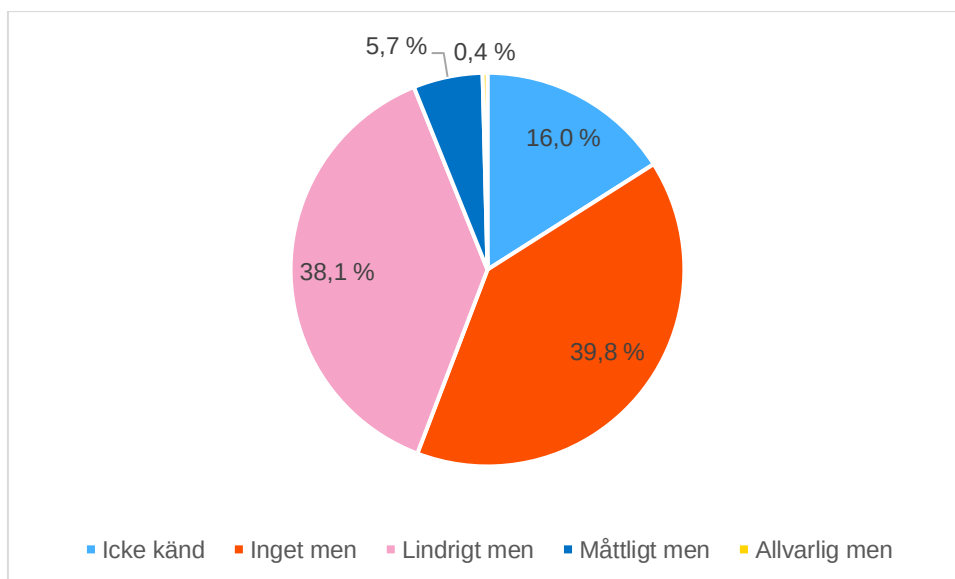
|  | år 2021 | år 2022 | år 2023 | år 2024 |
|--|---------|---------|---------|---------|
|--|---------|---------|---------|---------|



|                                                                                                   |      |      |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| <b>Händelsens karaktär:</b>                                                                       |      |      |      |      |
| <b>Hände en klient/patient</b>                                                                    | 85 % | 85 % | 84 % | 86 % |
| <b>Nära på</b>                                                                                    | 15 % | 15 % | 16 % | 14 % |
| <b>Händelsens typ:</b>                                                                            |      |      |      |      |
| <b>Anknöt till läkemedelsbehandling och vätskebehandling, blodtransfusion eller kontrastmedel</b> | 48 % | 46 % | 43 % | 35 % |
| <b>Olycksfall, olycka</b>                                                                         | 33 % | 33 % | 35 % | 42 % |
| <b>Anknöt sig till informationsflöde eller informationshantering</b>                              | 6 %  | 6 %  | 5 %  | 5 %  |
| <b>Annan</b>                                                                                      | 5 %  | 6 %  | 6 %  | 5 %  |

Tabell 2. Typer av incidenser år 2021–2024

Av de färdighanterade anmälningarna har följderna för klienterna eller patienterna i huvudsak varit lindriga (38 %) och för största delen har bedömts att de inte alls förekommit någon skada (40 %). Måttlig eller allvarlig skada har ändå förekommit för 6 procent av anmälningarna – den mängden kommer vi att befatta oss med och försöka få den andelen att minska under året 2025 i enlighet med klient- och patientsäkerhetsstrategin. (Figur 1.)



Figur 1. Incidensanmälningarnas bedömda följder år 2024

För en knapp femtedel av anmälningarna identifierades inga bidragande faktorer (figur 2), var det normala eller så var de bidragande faktorerna okända. De bidragande faktorerna varierar något mellan olika tjänster. I de flesta fall identifierades klienten eller patienten själv som en faktor som bidrog till händelserna, vilket huvudsakligen torde bero på anmälningarna som anknöt till fallolyckor. Kommunikeringen och informationsflödet jämte tillvägagångssätten identifierades ofta som faktorer som bidrog till händelserna.



Figur 2. Identifierade bidragande faktorer år 2024

Den vanligaste åtgärden med vilken man hindrar att händelsen upprepas var informering och diskussion om det skedda (79 %). Av händelserna styrdes 1 % för hantering på högre nivå i linjeledningen (såsom översköterskan, hemvårdschefen, direktören). För 2,3 % av fallen planerades en utvecklingsåtgärd. Kring en femtedel av anmälningarna ledde inte till några åtgärder eller så har någon anteckning inte gjorts om dem i systemet.

Utvecklingsåtgärder har antecknats för incidenser som anknyter till läkemedelsbehandling såsom läkemedelsbehandlingsprocessens olika stadier, för antecknandet av läkemedelsbehandling i klient- och patientdatasystemet och till exempel för informationsflödet i överflyttningssituationer. Vid förebyggandet av fallolyckor fästs uppmärksamhet i tjänsterna med yrkesövergripande metoder, inom hemvården anlitas bland annat en arbetsmodell för att hindra fallolyckor. På allmän nivå har som utvecklingsåtgärder i fråga om incidenser preciserats instruktioner och tillvägagångssätt och planerats och arrangerats utbildning och kompetensstärkning till personalen.

## Anmälningar om missförhållanden

Anmälningar om missförhållanden inom socialvården rapporteras i systemet SPro. Mängden anmälningar om missförhållanden inom socialvården är betydligt mindre än anmälningarna om incidenser (tabell 3). År 2022 ökade mängden anmälningar vilket till exempel hade att göra med att anmälningsförfarandena var splittrade, något som man sedan utarbetade noggrannare instruktioner om. Mängden anmälningar år 2024 ligger på samma nivå som år 2023.

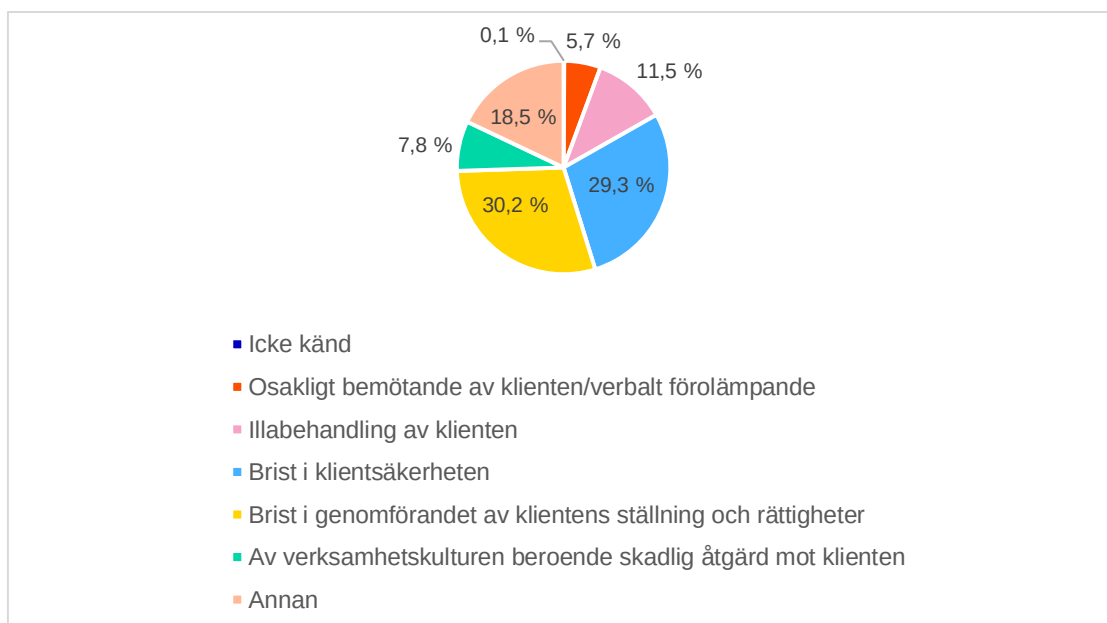
|                                                | år 2021 | år 2022 | år 2023     | år 2024                 |
|------------------------------------------------|---------|---------|-------------|-------------------------|
| Familje- och socialtjänster                    | 198     | 274     | 300         | 346                     |
| Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster | 279     | 559     | 338         | 282                     |
| Hälso- och missbrukartjänster                  | 64      | 17      | 31          | 41                      |
| Sammanlagt                                     | 541     | 850     | 671         | 669                     |
| Ohanterade anmälningar                         | 0       | 0       | 20<br>(3 %) | 33<br>(5 %) (29.1.2025) |

Tabell 3. Anmälningar om missförhållanden inom socialvården år 2023

Under året 2023 och 2024 har mängden ohanterade anmälningar ökat jämfört med tidigare. Under året 2025 fästs uppmärksamhet vid hanteringen av anmälningar inom utsatt tid och också vid antecknandet av det för kännedom i systemet.

Merparten (88 %) av de lämnade anmälningarna gällde missförhållandesituationer och 12 % hot om missförhållande. Under året 2024 lämnade socialarbetarna (29 %) och närvårdarna (25 %) mest anmälningar om missförhållanden. Socialhandledarna lämnade 21 procent av anmälningarna.

En tredjedel av anmälningarna har gällt brister i det hur klientens ställning och rättigheter iaktas och brister i klientsäkerheten (figur 3). Kategorin "annan" stod för 19 procent. Missförhållanden som beror på osakligt bemötande och illabehandling av klienten eller missförhållanden som beror på verksamhetskulturen förs fram (sammanlagt cirka 25 %). För dessas del är det viktigt att vi i fortsättningen öppet diskuterar om våra verksamhetsprinciper och om det hur klienterna bemöts. I gruppen för uppföljning av klient- och patientsäkerheten behandlades bland annat våld mellan klienter och patienter och hur sådant identifieras inom olika tjänster.



Figur 3. Typer av anmälningar om missförhållanden inom socialvården år 2024

För de färdighanterade anmälningarnas del har följderna för klienterna i huvudsak varit lindriga (27 %) eller så har det inte alls medfört någon skada (21 %). Skadan bedömdes som måttlig för 19 procent och som allvarig för 3 procent av anmälningarna.

Den vanligaste åtgärden, med vilken man hindrar att händelsen upprepas, var informering och diskussion om det skedda (78 %). Av händelserna styrdes 11 % för hantering på högre nivå i linjeledningen (såsom överskötare, hemvårdschefen, direktören). För 11 % av fallen planerades en utvecklingsåtgärd. Kring 10 % av anmälningarna ledde inte till några åtgärder. Utvecklingsåtgärderna anknöt oftast till tillvägagångssätt och förfaranden jämte informationsförmedling och kommunikation.

## Allvarliga incidenser

Klient- och patientsäkerhetsstrategin och verkställighetsplanen 2022-2026 har som mål att man fram till året 2026 i Finland tagit i bruk rekommendationer som bygger på bästa forskningsrön i avsikt att säkerställa säkerheten. Som ett mål i riktning mot denna vision nämns i verkställighetsplanen att serviceenheterna tar i bruk förfaranden för utvärdering av allvarliga incidenser. [Guiden utredning av allvarliga incidenser](#) har utarbetats i avsikt att vägleda genomförandet av utredningen av allvarliga incidenser inom social- och hälsovårdens organisationer. Guiden uppdaterades hösten 2023.

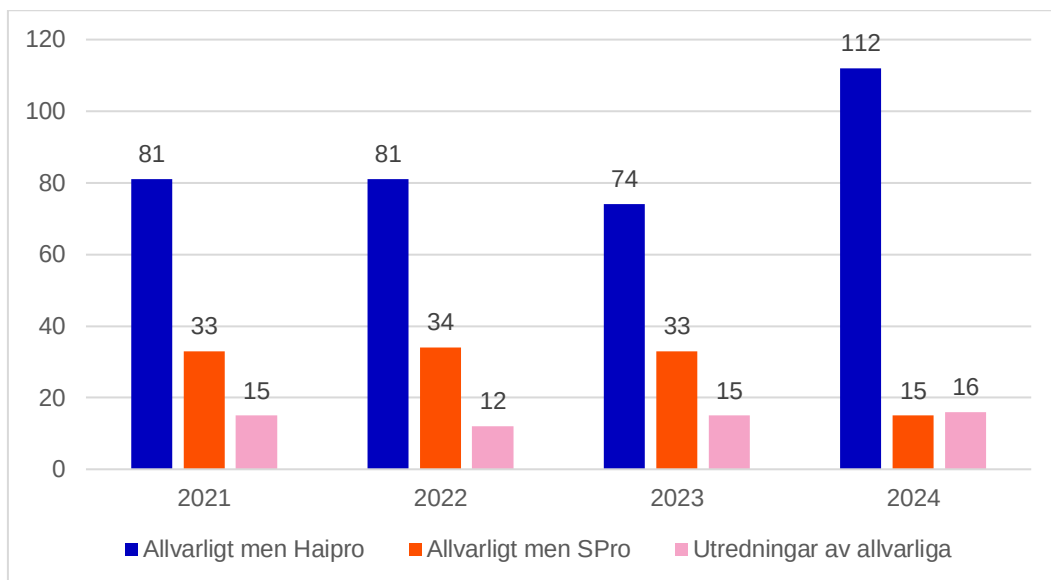
Utredningen av allvarliga incidenser är ett centralt förfarande i utvecklandet av klient- och patientsäkerheten. Att lära sig av incidenser förutsätter såväl kontinuerlig uppföljning av lågriskhändelser som noggrannare undersökning av händelser med allvarigare konsekvenser. Utredningen av incidenser och missförhållanden inom tjänster som vi själva producerat sker i modulen hantering av allvarliga i systemen HaiPro och SPro.

För utredning av allvarliga incidenser och missförhållanden följer sektorn en separat instruktion, där man beskriver tillvägagångssätten och utredningsprocessen. Särskild uppmärksamhet fästs vid utvecklandet av verksamheten utgående från utredningen av incidenser och missförhållanden.

Vid en allvarlig incidens eller ett allvarligt missförhållande har klienten eller patienten orsakats eller nästan orsakats betydande men eller betydande bestående men eller så har hans eller hennes liv eller säkerhet allvarligt äventyrats. En allvarlig incidens eller ett allvarligt missförhållande har också kunnat rikta sig mot en stor mängd människor. Ett allvarligt men innebär en situation som lett till döden, en livshotande situation, en situation som lett till inledd eller fortsatt sjukhusvård, en situation som lett till bestående eller betydande kroppsskada och funktionshinder eller funktionsnedsättning eller annan särskilt allvarlig händelse.

Processen för hantering av en allvarlig incidens och ett allvarligt missförhållande beskrivs i korthet i enhetens plan för egenkontroll. I den beskrivs också om hur ansvaret fördelas då brådskande stöd (såsom krishjälp) ordnas då en allvarlig händelse eller nära på-situation inträffar.

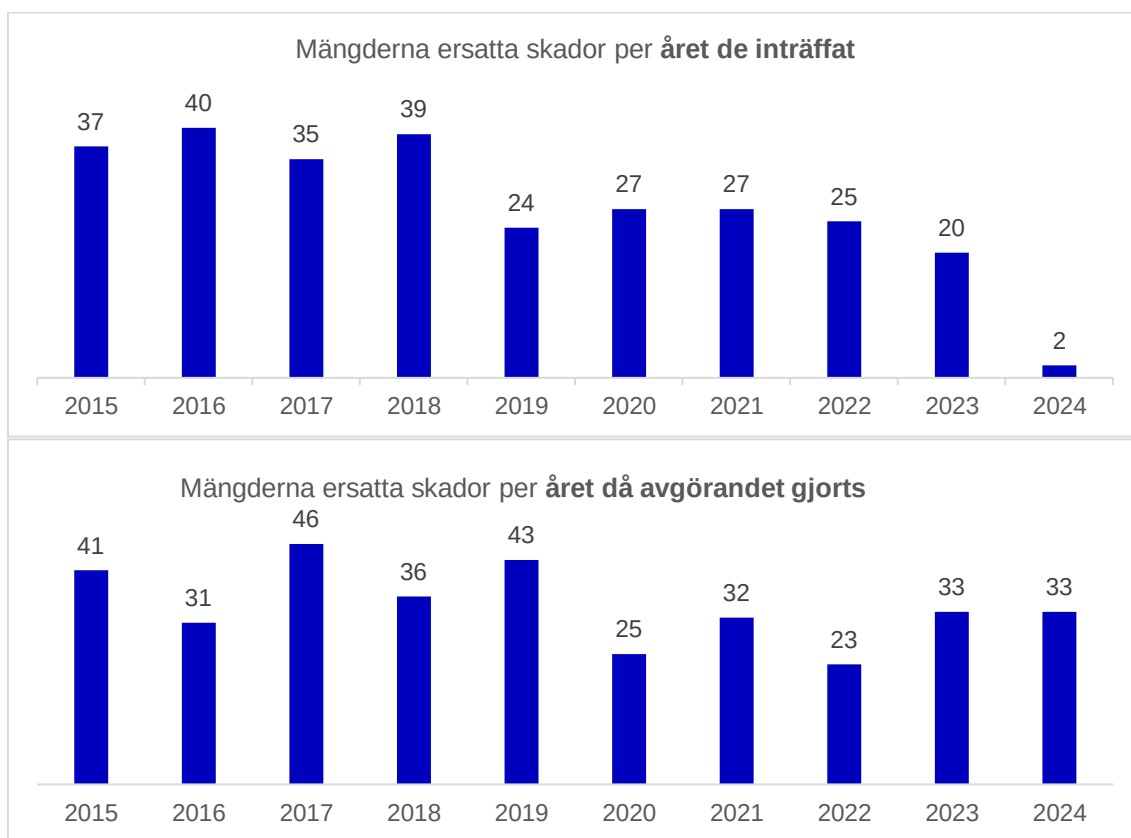
År 2024 har antalet anmälningar som bedömts som allvarliga ökat, men i relation till samtliga anmälningar har andelen förblivit oförändrad och utgör 0,4 % av alla anmälningar.



Figur 4. Bedömd allvarligt men för klienten/patienten HaiPro/SPro jämfört utredningar av allvarliga år 2021-2024

## Patientskador

Mängden ersatta patientskador erhålls från patientförsäkringscentralen via Patientskaderapporten. Patientskadorna inom HUS-områdets hälsocentraler registreras i HUS-områdets statistik. Patientskadecentralen statistik för ersatta skadeanmälningar enligt året för inträffandet och avgörandet.



Figur 5. Mängderna ersatta patientskador Helsingfors sotepe enligt året för inträffandet och avgörandet 2015-2024 (uppgiften hämtad 2/2025)

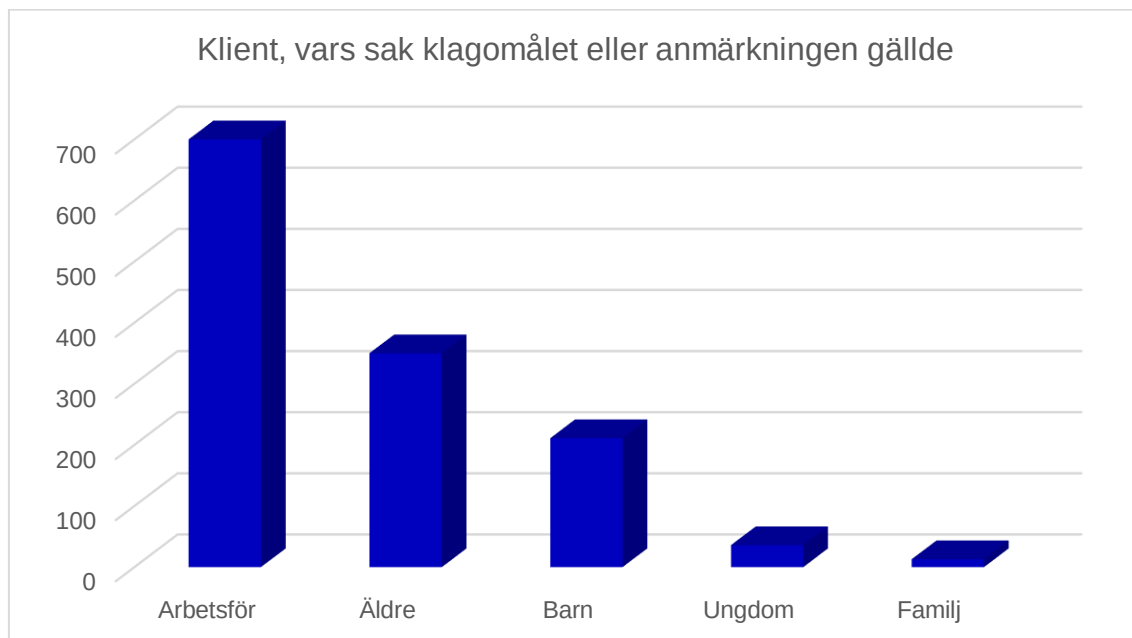
## Anmärkningar och klagomål

I första hand strävar vi efter att erbjuda klienter, patienter och deras närstående en möjlighet att öppet diskutera missförhållandet de upplevt i tjänsten eller vården. Vi erbjuder också olika kanaler att ge klientrespons. I slutet av år 2024 tog vi också i bruk en anonym kanal för klienter och deras närstående att lämna anmälningar om incidenter och missförhållanden inom klient- och patientsäkerheten. Anmälningarna som lämnats via anmälningskanalen styrs till klient- och patientsäkerhetens system HaiPro för anmälning av incidenser och vidare för hantering och åtgärder till den enhet där inträffandet skett. Den anonyma kanalen möjliggör ändå inte svar direkt till klienten eller någon annan som lämnat anmälan.

Utöver att vi informerar om hur man ger respons informerar vi också klienter och patienter om deras rätt att lämna en anmärkning om hur de bemötts i en enhet inom socialvården eller då socialvård annars arrangeras eller om deras vård eller bemötande inom hälsovården.

Under året 2024 lämnades anmärkningar till Helsingfors social, hälsovårds- och räddningssektor sammanlagt 1195 stycken och klagomål 105 stycken. Anmärkningar och klagomål inriktades mest på hälsostationer och inremedicinska polikliniken (ca 35 %), servicehelheten barnskydd och familjearbete (ca 12 %), psykiatri (ca 10 %) och Helsingfors sjukhus (ca 8 %).

Den som lämnat anmärkningar och klagomål är oftast klienten eller patienten själv (60 %), en anhörig eller närstående till denna (18 %) eller en juridisk representant för klienten eller patienten (såsom vårdnadshavaren eller intressebevakaren) (15 %). Vanligen var den som varit klient eller patient i tjänsten som tjänat som mål för anmärkningen eller klagomålet en person i arbetsför ålder (figur 5).



Figur 6. Åldersgruppfördelningen mellan klienterna, vilkas sak klagomålet eller anmärkningen år 2024 gällde.

De centralaste temana var missnöje med vården eller vårdresultatet (37 %), missnöje med bemötandet (13 %) och missnöje med servicen eller resultatet av servicen (12 %).

För genmäle till en anmärkning och ett klagomål har fastställts en skälig tid, som vanligen är en månad efter att enheten fått vetskap om anmärkningen och klagomålet.

Tillvägagångssätten vid genmäle på anmärkningar och klagomål som klinterna lämnat har fastställts i en stående anvisning.

Anmärkningar och klagomål gällande en enhet går igenom i enheten och i uppdagade kvalitetsavvikelser ingrips omedelbart. Handlingar, utredningar och skriftliga genmälen som gäller en anmärkning eller ett klagomål förvaras åtskilda från handlingarna som hänför sig till klientens/patientens vård.

Missförhållanden som uppdagats utgående från anmärkningar och klagomål och utvecklingsåtgärderna som vidtagits med stöd av dem antecknas och verkställandet av dem följs upp på samma sätt som de åtgärder som vidtagits med stöd av andra avvikelsobservationer. Anmärkningarnas och klagomålen hanteringsprocess i enheten beskrivs i planen för egenkontroll.

## Säker läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingssäkerheten utgör ett centralt delområde av patientsäkerheten. Med tillsyn över yrkespersoner inom hälso- och sjukvården garanteras kvaliteten på den vård som ges till patienter och främjas patientsäkerheten. Kraven på yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården har fastställts i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994).

Vid fastställandet av enhetlig praxis vid tillstånd för läkemedelsbehandling har idkats samarbete med Nylands arbetsgrupp för tillstånd för läkemedelsbehandling (före detta PKS-arbetsgruppen för tillstånd för läkemedelsbehandling). Arbetsgruppen har fortsatt sin verksamhet efter att välfärdsområdena har inlett sin verksamhet, även år 2024, arbetsgruppens namn har ändrats till Nylands arbetsgrupp för tillstånd för läkemedelsbehandling.

Instruktionen Säker läkemedelsbehandling för vår sektor uppdaterades år 2023, planen för läkemedelsbehandling modellunderlag justeras och uppdateras vid behov årligen. Som inlärningsmiljö som hänför sig till tillstånd för läkemedelsbehandling och fortbildningen som föregår det tjänar Kunskande i läkemedelsbehandling på nätet (LOVe).

|                                                | LOP –<br>Grundkunskaper i<br>läkemedelsbehand-<br>ling | IV –<br>Intravenös<br>läkemedels-<br>och<br>vätskebehandli-<br>ng | KIPU –<br>Läkemedelsbehand-<br>ling vid smärta | PSYK –<br>Läkemedelsbehand-<br>ling av psykiska<br>störningar samt<br>alkohol- och<br>drogberoende | MiniLOP –<br>Kompetens i<br>läkemedelsbehand-<br>ling som gäller en<br>enskild patient, ett<br>enskilt läkemedel<br>eller en enskild<br>administreringsväg |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster |                                                        |                                                                   |                                                |                                                                                                    |                                                                                                                                                            |
| nv                                             | 807                                                    |                                                                   | 50                                             | 40                                                                                                 |                                                                                                                                                            |
| ss, hv                                         | 433                                                    | 201                                                               | 435                                            | 88                                                                                                 |                                                                                                                                                            |
| soc.yrkes-<br>rs                               |                                                        |                                                                   |                                                |                                                                                                    | 58                                                                                                                                                         |
| Hälso- och missbrukartjänster                  |                                                        |                                                                   |                                                |                                                                                                    |                                                                                                                                                            |
| nv                                             | 80                                                     |                                                                   | 100                                            | 48                                                                                                 |                                                                                                                                                            |
| ss, hv                                         | 365                                                    | 32                                                                | 151                                            | 229                                                                                                |                                                                                                                                                            |
| soc.yrkes-<br>rs                               |                                                        |                                                                   |                                                |                                                                                                    | 3                                                                                                                                                          |
| Familje- och socialtjänster                    |                                                        |                                                                   |                                                |                                                                                                    |                                                                                                                                                            |
| nv                                             | 213                                                    |                                                                   | 50                                             | 35                                                                                                 |                                                                                                                                                            |

|                                   |             |            |            |            |            |
|-----------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| ss, hv                            | 229         | 11         | 213        | 198        |            |
| soc.yrkesps<br>rs                 | 50          |            |            | 78         | 110        |
| <b>*sote<br/>samman-<br/>lagt</b> | <b>2177</b> | <b>244</b> | <b>999</b> | <b>716</b> | <b>171</b> |

Tabell 4. Personer som avlagt utbildningen Kunnande i läkemedelsbehandling på nätet år 2024

År 2024 svarade serviceenheterna själva för övrig fortbildning av sin personal inom läkemedelsbehandling. Centraliserat arrangerades utbildning enligt följande:

- Stödutbildning i läkemedelsbehandling (1 dag) för närvårdare genomfördes som fyra kurser i samarbete med Stadin aikuisopisto
- Utbildning i läkemedelsbehandling för oskolade i läkemedelsbehandling (1sv) genomfördes sex kurser. Utbildningarna genomfördes i samarbete med Stadin ammatti- ja aikuisopisto.

HUS Apotek genomförde 169 stycken (planerats 295 st.) av Fimea förutsatta sjukhusapotekbesök och 9 avtalsenliga läkemedelssäkerhetsrevisioner.

Uppföljningen av läkemedelssäkerheten med HaiPro-rapporteringar, beskrevs i [ett eget kapitel](#).

## Infektionssäkerheten

Inom sektorn finns en utsedd hygienkommitté som följer upp och övervakar problemmikrobsituationerna i alla sote-tjänster som vi själva producerar, infektionerna och epidemierna som hänför sig till vården. Hygienkommittén planerar, utvecklar och leder hygienarbetet. Kommittén sammanträder två gånger om året. I den ingår infektionsläkare och hygienskötare. I kommittén ingår också representanter för social- och hälsovårdstjänsternas olika enheter samt HUS Apotek och -stödtjänsterna.

Utöver det finns hygienarbetsgrupper i varje stadssjukhus, inom dygnetruntomsorgen och inom hemvården. De har som uppgift att utveckla och upprätthålla bekämpningen av infektioner i enlighet med hygienkommitténs anvisningar. Arbetsgrupperna sammanträder 1–2 gånger om året. I sjukhusens arbetsgrupper ingår en infektionsläkare, en hygienskötare och representanter för avdelningarna och andra yrkesgrupper vilket möjliggör förmedling av information till fältet.

## Förbrukningen av handsprit

Användning en av handsprit är den viktigaste enskilda metoden att bekämpa infektioner som hänför sig till vården och spridningen av multiresistenta bakterier och andra mikrober. En uppdatering av Helsingfors handsprituppföljning har pågått, men den är ännu inte slutförd. Beräkningen av förbrukningen av handsprit är problematisk på grund av rapporteringsproblem i klient- och patientdatasystemet. Av den orsaken publicerar vi ingen handspritstatistik för året 2024.

Av resultaten av observationerna om hur handhygien realiserats på avdelningarna och av litermängden handsprit som avdelningarna beställt kan man ändå dra den slutsatsen, att siffrorna fortsättningsvis är lägre än den siffra som uppställts som mål, som i Helsingfors sjukhus är 100 l/1000 vård dagar. I seniorcentren är handspritmålet 70 liter/1000 vård dagar.



## Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner är infektioner som uppkommit eller fått sin början i samband med vård eller omsorg. Uppföljningen och förebyggandet av dem är stadgat i lag (lagen om smittsamma sjukdomar) och utgör en viktig del av arbetet med att bekämpa vårdrelaterade infektioner. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektioner, lunginflammationer, nedre luftvägsinfektioner såsom Covid-19 och gastroenteriter som fått sin början på sjukhus jämte *Clostridioides difficile*. De vårdrelaterade infektionernas incidensuppföljning bygger på avdelningarnas anmälningsaktivitet.

I Helsingfors sjukhus anmäldes vårdrelaterade infektioner år 2024 i Dal 180, i Malm 136 och i Storkärr 122 dvs. sammanlagt 438 st. Vårdrelaterade coronainfektioner anmäldes i Helsingfors sjukhus sammanlagt 250 anmälningar, vilket utgör 57 % av alla HLI-anmälningar. I Helsingfors sjukhus gjordes år 2024 ingen HLI-prevalensundersökning. Några enheter från dygnetruntvården deltog i en HALT-4-prevalensundersökning år 2024.

### *Multiresistenta mikrober och Clostridioides difficile*

Med multiresistenta bakterier avses sådana bakterier, som är resistenta mot flera antibiotika som vanligen används i behandlingen av infektioner. Bland de multiresistenta bakterierna förekommer mest MRSA- och ESBL-stammar.

### *Mängden nya MRSA-bärare i Helsingfors*

År 2024 påträffades bland helsingforsarna 420 nya MRSA-fynd. Merparten av MRSA-fynden härstammade från prov tagna i HUS-laboratorier och cirka en fjärdedel från prov tagna vid Helsingfors enheter. Mängden MRSA-fall i sjukhusen uppvisade en något stigande trend. Fynden i boendetjänster för äldre personer var däremot färre än året innan.

Mängden MRSA-fall i sjukhusen utgör cirka 30 % av alla prov som tagits i Helsingfors olika verksamhetsställen. På missbrukartjänsternas sida har satsningar gjorts på MRSA-screeningar bland användare av intravenösa droger. Injektionsdroganvändarnas andel av de nya MRSA-fallen har något minskat från året innan, de utgjorde 14 % av alla fynd. Mängden MRSA-epidemier har minskat. I Helsingfors sjukhus förekom en epidemi och i boendeserviceenheterna för äldre förekom några små epidemier.

### *Mängden nya ESBL-bärare i Helsingfors*

Mängden ESBL-fynd år 2024 har klart minskat i Helsingfors sjukhus. På den öppna sidan har mängden fynd hållit sig ungefär på samma nivå som året innan. Merparten av ESBL-fynden är ESBL *E. coli*-bakterier. Andelen av sjukhushygieniskt betydande ESBL *Klebsiella pneumoniae* av alla ESBL-fynd har ökat och är för närvarande i Helsingfors sjukhus 36 %. På den öppna sidan är andelen ESBL *Klebsiella pneumoniae* 7 % av alla ESBL-fynd. År 2024 har epidemier inte förekommit i Helsingfors sjukhus.

### *Clostridioides difficile –infektioner i Helsingfors*

*Clostridioides difficile*-infektionerna i Helsingfors sjukhus har betydligt minskat under de 10 senaste åren. Det är skäl att observera att fynden i sjukhusen minskar samtidigt som mängden öppenfynd ökar. De viktigaste metoderna att förebygga *Clostridioides difficile*-infektioner är: förnuftig användning av antibiotika, försiktighetsåtgärder vid beröring av en *Clostridioides*-patient och städning av omgivningen kring en *Clostridioides*-patient med ett rengöringsmedel som är effektivt mot *Clostridioides*-sporer.

## Medicinteknisk säkerhet

De gemensamma tjänsternas medicintekniska team gjorde år 2024 upp en tidtabell för inventeringen av medicintekniska produkter, erbjöd rådgivning till klienterna och följde upp hur inventeringarna genomfördes. En sakkunnig på medicinteknisk apparatur utarbetade en rapport om hur inventeringen genomfördes utgående från en enkät riktad till de närmaste förmännen. Munhälsvården och utrustningen i Hjälpmedelstjänsternas system Effector hade lämnats utanför denna på grund av att dessa tjänster har separata inventeringsprocesser.

Vi genomförde det regelbundna underhållet av sängarna på enheterna och tvätt- och sköljmaskinerna av märket Deko med hjälp av konkurrensutsatta serviceproducenter. Medicintekniska teamet utarbetade för bägge enhetskategoriers del separata servicetidtabeller, erbjöd enheterna stöd och rådgivning och följde upp hur servicen genomfördes. Medicintekniska teamet arrangerade också avtalsuppföljningsmöten med bägge serviceproducenterna två gånger under året och möten på operativ nivå vid behov.

Medusa-registret över medicinteknisk utrustning ersatte tidigare använda Mequsoft. Tack vare systembytet blev bland annat inventeringsprocesserna enhetligare och rapporteringsegenskaperna förbättrades.

Sote konkurrensutsatte uppföljningssystemet i avsikt att säkerställa och dokumentera kompetensen i fråga om medicinteknisk utrustning. Qreforms digitala medicintekniska pass (Laatuportti) segrade i konkurrensen. Arbetsgruppen för medicintekniska pass sammanträdde regelbundet och fortsatte bland annat riskklassificeringen av medicinteknisk utrustning och medicintekniska kategorier och beredningen av ibruktagande av de medicintekniska passen. Ibruktagandeprojektet inleddes under hösten och systemet testades i utvalda enheter.

År 2024 gjordes sammanlagt 290 HaiPro-anmälningar som hänförde sig till medicinteknisk utrustning eller informationssystem. Bland dem finns också andra anmälningar än sådana som gällde egentlig medicinteknisk utrustning (såsom olika larmsystem). Det är ändå viktigt att även framöver på bekant sätt göra anmälningar om händelserna i fråga. Till klient- och patientdatasystemet anknöt 47 anmälningar. Av anmälningarna som gjorts om medicinteknisk utrustning och informationssystem var endast sex sådana, för vilka man fyllde i en lagstadgad yrkesmässig användares incidensanmälan som ska lämnas om medicinteknisk utrustning (Fimeas föreskrift 1/2023). Anmälan i fråga ska fyllas i om en incidens förknippad med medicinteknisk utrustning alltid då händelsen är förknippad med ett fel, en funktionsstörning, en bristfällig bruksanvisning eller liknande gällande utrustningen i fråga.

## Stärkande av klienternas och patienternas delaktighet

Stärkande av klienternas delaktighet ökar välbefinnandet och ger möjligheter att göra tjänsterna mer användarorienterade. I vår sektor genomförs en av Sotepe-nämnden godkänd [delaktighetsplan](#), i vilken tyngdpunkterna för åren 2023-2025 är att stärka kommuninvånarnas delaktighetsupplevelse, öka personalens delaktighetskompetens och beakta stadsbornas flerstämmighet. Klienterna och patienterna bör alltid spela en aktiv roll i sin egen service. I enheternas plan för egenkontroll beskrivs vilka förfaranden och tillvägagångssätt som möjliggör och stöder en realisering av delaktigheten och som omsätts i praktiken i enhetens verksamhet.

Delaktiggörande metoder är bland annat att mångsidigt samla in klientrespons, olika enkäter, intervjuer, kundråd och att inkludera erfarenhetsexperter och frivilliga personer. Delaktighet innebär såväl att bli hörd för sin egen services del som en aktiv och social möjlighet att delta i närmiljön. Delaktigheten kan stärkas till exempel så att man stöder individens deltagande i lågtröskelaktiviteter i sitt eget område eller i planeringen av vardagen i sin egen enhet för dygnetruntboende.

Under service och vård stöds delaktigheten till exempel så att man öppet berättar om saker som påverkar klient- och patientsäkerheten. Patienten och vid behov dennas närstående informeras på ort och ställe om en incidens som inträffat. Incidensen går igenom och antecknas i patientjournalen. Som en del av en normal vårdprocess erbjuds patienten vid behov terapeutiskt stöd. Patienten har också i efterhand möjlighet att diskutera om vården denna erhållit med personalen eller ledningen. Patienten kan utarbeta en anmärkning eller ett klagomål gällande sin vård eller sitt bemötande och ansöka om ersättning för det men som denna fått utstå. Vid behov får klienten eller patienten hjälp från [social- och patientombuden](#) inom sektorn.

Under året 2024 vidareutvecklades klienternas och patienternas metoder att lämna anmälningar till exempel om uppdagade missförhållanden som påverkar klient- och patientsäkerheten. Klienterna, patienterna och deras närstående kan använda sig av en anonym incidensanmälan som finns på [webbplatsen hel.fi](#) och via vilken det är möjligt att lämna en anmälan om incidenser, missförhållanden eller nära på-situationer som uppdagats i vården eller servicen. Det har varit möjligt att lämna en anmälan från och med oktober och under slutåret kom det in 19 anmälningar.

I sektorns [årsöversikt över klienterfarenheter 2024](#) rapporteras nuläget för klienterfarenheter inom olika tjänster och aktuella lyft om delaktighet. Resultaten som erhållits av mätningen av klientupplevelsen utnyttjas som en del av ett kunskapsbaserat ledande och en utvecklad verksamhet. Rapporten publiceras fyra gånger om året på vår [webbplats](#).

## Personalens delaktighet

Utan personalens kompetens, delaktighet och aktivitet omsätts inte klient- och patientsäkerheten i praktiken. Kvalitetsledningen och säkerheten är i första hand beroende av personalens observationer, åtgärder och korrigeringsförslag. Det är också centralt att klient- och patientsäkerhetsinformationen utnyttjas som en del av den övriga ledningen, så också möjliggörandet av fortbildning till personalen.

Vi uppmuntrar personalen att med låg tröskel göra anmälningar om missförhållanden man uppdagat och i hanteringen av dem koncentrerar vi oss på en icke skuldsättande och öppen kultur. Vi utreder saker som lett till situationen på systemisk nivå i stället för att leta efter skyldiga. I hanteringen av avvikelser hörs personalen och alla uppmuntras att komma med egna utvecklingsförslag.

På Intranet finns en klient- och patientsäkerhetssida som hela personalen har tillgång till. Där har sammanförts allmän information om klient- och patientsäkerheten och beskrivs sektorns egen verksamhet i avsikt att främja säkerheten. Säkerhetsinformation delas ut till personalen via linjeledningen i form av e-postdistributioner samt i våra separata nätverk och fortbildningar.

## Social- och patientombudens observationer

Social- och patientombuden har som uppgift att vägleda och rådgiva i saker som hänför sig till tillämpandet av lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) och lagen om patientens ställning och rättigheter (758/1992), vägleda och vid behov biträda i lämnandet av en anmärkning och ge råd i fråga om inledandet av ett klagomål, en patientskadeanmälan eller någon annan sak som hänför sig till en patients eller klients rättsskydd. De har också som uppgift att informera om en klients eller patients rättigheter och också annars agera för att främja och realisera klientens och patienternas rättigheter. Social- och patientombuden följer också upp hur klienternas och patienternas ställning utvecklas och lämnar årligen en utredning över den.

Social- och patientombuden kontaktas i sådana situationer, då man är missnöjd med vården eller tjänsten eller då man har behov av information om klientens och patientens rättigheter inom social- och hälsovården eller småbarnspedagogiken. År 2024 kontaktades social- och patientombuden 2651 gånger. Av kontakterna gällde 43 % hälso- och missbrukartjänster, 14 % familje- och socialtjänster och 12 % sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster. Resten av kontakterna gällde andra serviceproducenter såsom HUS-sammanslutningen, privata aktörer eller så framgick inte objektet av kontakterna. Kontaktagare var klienter och patienter, deras anhöriga eller närstående, deras juridiska representanter eller andra personer och medlemmar av personalen.

De vanligaste motiven för kontakterna i tjänster som Helsingfors stad arrangerar var missnöje med vården eller tjänsten, behov av information om rättsskyddsmetoder, missnöje med bemötandet och problem med att komma till vård. Av kontakterna gällde 196 misstanke om en läkemedels- eller patientskada.

De vanligaste orsakerna till kontakter som gällde **hälso- och missbrukartjänster** var missnöje med vården, möjligheten att få vård, bemötandet och behovet av rättsskyddsråd.

Att få kontakt med *hälsocentralerna* upplevdes som svårt, återuppringningarna upplevdes dröja länge eller det upplevdes omöjligt att komma till en läkarmottagning. Man var också missnöjd med bemötandet.

Kontakterna som hänförde sig till *munhälsovården* gällde missnöje med vården, vårdlösningarna, tillgången till vård och misstankar om patientskador. Brister i tillgången på information beskrevs för vårdens, den fortsatta vårdens, servicesedelns funktionsprincipers eller kundavgifternas del. De sammanlagda kostnaderna för munhälsovården kunde överraska klienterna.

Kontakterna som gällde *psykiatrin* hänförde sig till patienterna missnöje med tillgången på information om deras hälsotillstånd och vård och med att bli hörda. Kontakter som gällde förordnande till icke frivillig vård, rättsskyddsmedel och personalomsättningen kom likaså. Det ansågs svårt att få tillgång till psykiatrisk vård och undersökningar och överförandet av vårdansvaret till hälsostationerna försämrade patientens vård.

*Kontakterna som hänförde sig till boende-, kris- och missbrukartjänster* gällde särskilt missbrukartjänsterna och boendestödztjänsterna. Inom missbrukartjänsterna underströks att samförstånd saknades mellan klienten och personalen. Boendestödsclienterna upplevde bekymmer med att finna en lämplig bostad och köerna till stött boende eller bostadsbytesprocesserna upplevdes långa.

I kontakterna som gällde **familje- och socialtjänster** framkom missnöje med servicen och tjänsteinnehavarens beslut eller med att ett skriftligt beslut saknades. De som tog kontakt med *barnskyddet* och *familjesocialarbetet* var i allmänhet föräldrar eller andra

familjemedlemmar. Kontakterna gällde missnöje med servicen, med tjänsteinnehavarens beslut, med att bli hörd, rättsskyddsmetoderna, otillräcklig tillgång på information och den registrerades rättigheter,

Den vanligaste orsaken till kontakter till *tjänsterna för unga och vuxensocialarbete* var missnöje med tjänsteinnehavarens beslut. Missnöje orsakade också upplevda bristfälliga eller svårtydda motiveringar, dröjsmål i beslutsfattandet och upplevd bristfällig utredning av saker.

Kontakterna som hänförde sig till *funktionshindersservicen* gällde tjänsteinnehavarens delvis eller helt nekande beslut, upplevelse av dröjsmål i beslutsfattandet eller bristfällig utredning av saken före beslutsfattandet. Missnöje orsakade också upplevelser av avbrott i servicen, bristen på stöd i användandet av den beviljade servicen, osakligt bemötande och upplevelse om att inte bli hörd.

Kontakterna som hänförde sig till *rådgivningstjänsterna* gällde missnöje med hur vården och uppföljningen under graviditeten genomfördes, hur barnets uppväxt och uppföljning genomfördes och bemötandet under vården. Det upplevdes också som svårt att få tid till en rådgivningsläkare.

Av kontakterna till **sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna** gällde 43 % Helsingfors sjukhus och 27 % hemvården. De vanligaste motiven var missnöje med vården, servicen och bemötandet. Några av klienterna som tagits kontakt med social- och patientombuden framförde som sina åsikter att personalens bristande yrkeskunskap, personalomsättningen och bristen på personal försämrade klient- och patientsäkerheten. Eventuella patientskador misstänktes bero på fel i vården eller brist på tillsyn.

Missnöje med *Helsingfors sjukhus* orsakade bland annat upplevelse av för tidig eller oplanerad utskrivning, brister i samförstånd och tillgång på information.

I kontakterna som gällde *hemvården* poängterades yrkespersonalens och de anhörigas och den berördas avvikande åsikter om behovet av hemvård. Kontakterna som gällde *seniorcentren* hänförde sig främst till bedömnings- och rehabiliteringsvårdsperioderna och serviceboende med dygnetruntomsorg. Missnöje förekom gällande upplevelser om tillgången på service och vård, upplevelse av bister i den grundläggande omsorgen, i rehabiliteringen, i att bli hörd och i tillgången på information.

**Allmänna observationer** var bland annat att utmaningarna i omsättandet av klienternas och patienternas rättigheter i praktiken upprepas likadana år efter år. Teman som framkommer i kontakterna är ofta tillgången på information, samförståndet och att bli hörd samt tillgången på vård och service. I kontakterna år 2024 framkom oro över otillräckliga kunskaper i finska inom flera tjänster. Utmaningarna med att få kontakt med vård- eller serviceenheten och de i utsatt ställning belägna personernas oro över sin egen hälsa och över hur de ska klara sig var också saker som togs upp.

## Klient- och patientsäkerhetsstrategin och självutvärderingen 2024

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade den 24 februari 2022 en nationell Klient- och Patientsäkerhetsstrategi och dess genomförandeplan för åren 2022–2026 samt en Klient- och patientsäkerhetsstrategi och dess åtgärdsprogram för dem som arrangerar och producerar service 2022–2026 publicerades den 17 april 2023.

Åtgärdsprogrammet konkretiserar strategins genomförandeplan och omvandlar

således planen till praktiska uppgifter och verktyg som främjar förverkligandet av de uppställda målen.

Som en del av uppföljningen av genomförandeplanen har man i klient- och patientsäkerhetscentret för välfärdsområdena utarbetat ett självvärderingsverktyg, med vilket de som arrangerar och producerar service systematiskt kan identifiera styrkor och utvecklingsbehov i genomförandet av strategin och följa upp sina egna framsteg ända fram till utgången av strategiperioden. Verktöget följer innehållet i den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin och åtgärdsprogrammet. I verktöget har uppräknats de uppgifter, för vilka man i åtgärdsprogrammet nämnt välfärdsområde eller en serviceenhet (arrangör eller producent) som ansvarig instans.

Vi utnyttjade självvärderingsverktöget för första gången under hösten 2023. Vi uppsatte då som vårt mål att betona förverkligandet av de lagstadgade målen. Då vi granskar överblicken av självvärderingen kan vi konstatera att Helsingfors ställning i genomförandet av strategin och indikatorerna i den är god och utgående från resultaten år 2024 främjas strategin helt enligt planen med huvudvikten på ett högklassigt genomförande av de lagstadgade uppgifterna (Figur 9). Genomförandet av Klient- och patientsäkerhetsstrategin främjas som en del av det övriga utvecklings- och lagändringsarbetet.

Olika strategiska spetsar, målsättningar och dessas genomförandeprocent:

| Spets 1                                                                                                                    | Spets 2                                                                                                    | Spets 3                                                                                                    | Spets 4                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Helhet</b><br>Tillsammans med klienterna och patienterna<br><br>81 %                                                    | <b>Helhet</b><br>Välmående och kompetent personal<br><br>78 %                                              | <b>Helhet</b><br>Säkerheten först i alla organisationer<br><br>67 %                                        | <b>Helhet</b><br>Vi förbättrar det som redan finns<br><br>74 %                                                            |
| <b>Mål 1.1</b><br>Vi ökar delaktigheten för att förbättra säkerheten<br><br>70 %                                           | <b>Mål 2.1</b><br>Vi säkerställer säkerhetskompetensen och ökandet av den under hela karriären<br><br>71 % | <b>Mål 3.1</b><br>Öppen och tillgänglig information styr vår verksamhet och ökar säkerheten<br><br>69 %    | <b>Mål 4.1</b><br>Vi ökar säkerheten inom läkemedelsbehandlingen genom gemensamma rutiner<br><br>77 %                     |
| <b>Mål 1.2</b><br>Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbetet i samma takt<br><br>100 %                                 | <b>Mål 2.2</b><br>Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsan<br><br>94 %                             | <b>Mål 3.2</b><br>Vi säkerställer distanstjänster och digitala tjänster som är trygga för alla<br><br>69 % | <b>Mål 4.2</b><br>Vi sörjer för säkerheten vid användning av medicinteknisk utrustning och informationssystem<br><br>80 % |
| <b>Mål 1.3</b><br>Klienternas, patienternas och de närståendes erfarenheter styr utvecklingen av våra tjänster<br><br>74 % | <b>Mål 2.3</b><br>Vi förbättrar säkerheten genom aktivt ledarskap<br><br>69 %                              | <b>Mål 3.3</b><br>Säkerhetskulturen ligger som grund för vår verksamhet<br><br>64 %                        | <b>Mål 4.3</b><br>Vi förenhetligar god infektionsbekämpningspraxis<br><br>67 %                                            |

Figur 9. Översikt över självvärderingen av klient- och patientssäkerhetsstrategin år 2024

I samband med utarbetandet av självvärderingen uppkom utvecklings- och åtgärdsförslag för åren 2025 och 2026; säkerhetsbild-snabb mätaren kunde till exempel tas med som en del av personalenkäten och vi kunde främja utnyttjandet klient- och patientsäkerhetscentrets indikatorer, check-listor och verktyg som stöd för egenkontrollen.

### Klient- och patientsäkerhetens kvantitativa indikatorer

År 2024 publicerades Klient- och patientsäkerhetscentrets [Rapport från konsensusgruppen för klient- och patientsäkerhetsindikatorer angående kvantitativa indikatorer för klient- och patientsäkerhet](#), välfärdsområdenas gemensamma syn på

första stadiets klient- och patientsäkerhets kvantitativa indikatorer. Indikatorerna bygger på VN-TEAS-projektet 2021 "Patient- och klientsäkerhetens lägesbild och uppföljningsförfaranden: Förslag till uppföljningsindikatorer", av vilka man i arbetsgruppen valde de lämpligaste indikatorerna att börja med.

I Helsingfors sotepe beslöts att vi tar i bruk de lämpliga indikatorer som finns tillgängliga och att vi främjar ibruktagandet av andra lämpliga indikatorer.

## Som avslutning

Vi har under året 2024 koncentrerat oss på att verkställa tillsynslagen och utveckla rapporteringen över egenkontrollen och klient- och patientsäkerheten och prioriterat nödvändiga åtgärder. Övergripande ser det ut som om det allt kärvare ekonomiska läget eller en föränderlig lagstiftning inte haft någon negativ inverkan på klient- och patientsäkerheten åtminstone för de indikatorers del som vi följer upp.

Året 2024 har gett oss mycket information och tankar med tanke på det framtida utveckling av klient- och patientsäkerheten. **Klient- och patientsäkerhetens uppföljningsgrupp koncentrerar sig också under året 2025 på att främja följande åtgärder och följa upp hur de förverkligas i praktiken:**

- Helhetsuppföljning och rapportering av egenkontrollen inom Helsingfors egen serviceproduktion
- Ibruktagande av klient- och patientsäkerhetsstrategins indikatorer och verktyg i tillämpliga delar
- Höjd kompetens inom klient- och patientsäkerheten och till exempel höjd kännedom om webbkurser och webbmaterial
- Ibruktagande och uppföljning av heta linjen indikatorer (Never event)
- Delning av information om utvecklingsåtgärder i fråga om allvarliga incidenser och lärande tillsammans
- Ökad klientdelaktighet
- Ökat samarbete med räddningsväsendet

Ett mål är också att stöda förmännen att i sitt ledningsarbete i allt högre grad utnyttja information om klient- och patientsäkerheten. Klient- och patientsäkerheten anknyter också i allt högre grad till egenkontrollen som helhet och under året 2025 följer uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerheten upp egenkontrollen inom Helsingfors egen serviceproduktion och rapporterar om den.

