



Rapportering om programmet för egenkontroll

Maj-augusti 2026

Innehåll

Rapportering om programmet för egenkontroll	1
Maj-augusti 2026	1
1 Kundrespons	3
2 Erfarenhetsexpert och klientråd	3
3 Kvalitetsarbete	3
4 Tillsynsbesök	4
5 Klient- och patientsäkerhet	4
5.1 Farliga situationer rapporterade av personalen	4
5.1.1 Fallolyckor och ramlanden som skett under vården eller servicen och som orsakat skada till patienten eller klienten	5
5.1.2 Till Fimea anmälda tillbud angående medicintekniska produkter	6
5.1.3 Kvalitetsmätare för läkemedelssäkerheten	6
5.1.4 Distans- och digitala tjänster om bidragande faktor	6
5.2 Farliga situationer rapporterade av patienter/klienter/anhöriga	6
5.3 Anmälningar av privata serviceproducenter	6
5.4 Utredningsgrupp för allvarliga incidenter	7
5.5 Produktsäkerhet	7
5.6 Infektionsförebyggande åtgärder	7
6 Tillgänglighet	7
6.1 Kötid till hälso- och sjukvårdstjänster	7
6.2 Väntetid för äldreboende	8
7 Kontinuitet	8
7.1 COCI-index	8
7.2 Personalresurs	8
8 Kontakter med patient- och socialombudet	8
8.1 Socialombudet	8
8.2 Patientombudet	9
9 Anmärkningar	9

10 Klagomål	10
-------------------	----

Inledning

Östra Nylands välfärdsområdets uppdaterade program för egenkontroll godkändes av välfärdsområdesstyrelsen 26.9.2024. Lagen om tillsyn över social- och hälsovården (741/2023) trädde i kraft 1.1.2024, vilket förutsätter att programmet för egenkontroll rapporteras var fjärde månad. Nästa rapport publiceras i januari 2027.

1 Kundrespons

Möjligheten att ge kundrespons via webbplatserna genomförs med hjälp av Vitec Roidus enkät- och rapporteringssystem och bygger på THL:s nationella frågebatteri. Integrationen mellan Vitec Roidu och det nya klient- och patientdatasystemet planeras vara genomförd före utgången av år 2026. När integrationen är färdig kan kundrespons samlas in systematiskt och utnyttjas på ett ännu mer mångsidigt sätt i utvecklingen av tjänsterna.

Under perioden maj–augusti 2026 lämnades 244 responser för social- och hälsovårdstjänster via webbplatserna, med ett NPS-värde på -26. Räddningsverket fick 12 responser, med ett NPS-värde på 100. Totalt samlades 898 SMS-responser in, med ett NPS-värde på 73. Det bör noteras att insamlingen av SMS-respons hade ett avbrott på en månad i samband med införandet av det nya klient- och patientdatasystemet, vilket ledde till att färre responser samlades in jämfört med tidigare uppföljningsperioder. De responser som samlades in via HyVä-digis plattform för distanstjänster (1 169 st.) gav ett NPS-värde på -8. Baserat på dessa responskanaler var välfärdsområdets viktade NPS 22. Dessutom inkom 3 svar till kundresponsenkäten för barn i åldern 7–12 år, 17 svar till närståendeenkäten (NPS -59) och 13 svar till kundresponsenkäten inom funktionshindersservicen (boendeservice och arbetsverksamhet).

Under perioden genomfördes en intensifierad insamling av kundrespons den 8.6–18.6.2026, då kunderna i välfärdsområdets verksamhetsenheter påmindes om möjligheten att lämna respons via webbplatserna eller QR-koder. All kundrespons som inkommit har förmedlats till serviceenheterna för behandling och för att utnyttjas i den kontinuerliga utvecklingen av verksamheten. Från och med augusti har kunderna haft möjlighet att följa NPS-värden i realtid via välfärdsområdets webbplats. Målsättningen är att stegvis ansluta nya tjänster till SMS-enkäten under år 2026.

2 Erfarenhetsexpert och klientråd

Under uppföljningsperioden har en erfarenhetsexpert anlitats inom välfärdsområdets Kirjo-projekt för ett enskilt utvecklingsuppdrag. Inom utvecklingsgrupperna för projektet Tillsammans i tid (förebyggande av narkotikarelaterade dödsfall bland unga) fortsätter två erfarenhetsexperter sitt arbete.

Beslut om att inleda regionala delaktighetspaneler har fattats i juni 2026. Delaktighetspanelerna (3 st.) inleds stegvis från början av år 2027.

3 Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet utvecklas och genomförs systematiskt i enlighet med årsklockan för kvalitetsarbete i Östra Nylands välfärdsområde. Området har utarbetat en egen kvalitetsstandard år 2025, och implementeringen av denna fortsätter.

Självutvärderingarna för år 2026 öppnades i maj för alla tjänster inom välfärdsområdet. Totalt öppnades 94 självutvärderingar för år 2026.

Ledningens översikter genomfördes i april. Totalt planerades 26 översikter, varav 18 genomfördes. Genomförandegraden var 69,2 %.

Under uppföljningsperioden 1.5–31.8.2026 sammanträdde styrgruppen för kvalitetsarbetet en gång, i maj. Vid mötet behandlades genomförda ledningens översikter, dokumenthanteringen i IMS-programvaran, ordnandet av utbildning för interna auditörer samt genomförandet av självutvärderingarna för år 2026. För år 2027 beslutades att styrgruppen för kvalitetsarbetet sammanträder tre gånger: i februari, maj och oktober.

För att stödja dokumenthanteringen i IMS-programvaran ordnades två interna skolningar under uppföljningsperioden 1.5–31.8.2026. Syftet med skolningarna var att stärka personalens kompetens i användningen av IMS-programvaran samt att säkerställa en enhetlig hantering och uppdatering av dokument.

4 Tillsynsbesök

Under uppföljningsperioden 1.5.-31.8.2026 har Östra Nylands välfärdsområdes enhet för tillsyn och kvalitet tillsammans med ansvarsområdena genomfört sammanlagt 15 planerade tillsynsbesök och inlett sammanlagt 2 reaktiva övervakningsprocesser. Vid tillsynsbesök har man allmänt konstaterat brister som hänför sig till egenkontrollen. Dessutom framkom oklarheter kring kameraövervakning i flera tillsynsärenden under uppföljningsperioden.

5 Klient- och patientsäkerhet

5.1 Farliga situationer rapporterade av personalen

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 anmäldes sammanlagt 1564 farliga situationer inom hälso- och sjukvården samt inom socialvården, av vilka 387 gällde familje- och socialtjänster, 361 gällde gemensamma hälso- och sjukvårdstjänster och 816 gällde tjänster för äldre. Vid tidpunkten för utarbetandet av rapporten 3.9.2026 var sammanlagt 14 % av dessa obehandlade och 11 % var under behandling, 76 % av anmälningarna hade behandlats.

Av de anmälningar om farliga situationer som kom in gällde 329 olyckstillbud, 1096 var sådana som en klient eller en patient råkade ut för och 136 var andra iakttagelser/utvecklingsförslag. Av anmälningarna var sammanlagt 465 st. nära ögat situationer/hot om missförhållande eller andra observationer, dvs. var andelen proaktiva anmälningar (%) av alla anmälningar (1564 st.) cirka 30 procent.

Den som behandlar anmälan bedömer riskklassificeringen. Vid 96 anmälningar bedömdes risken vara betydelselös, vid 675 anmälningar bedömdes risken vara lindrig, vid 465 anmälningar bedömdes risken vara måttlig och vid 14 anmälningar bedömdes risken vara betydande. Ingen anmälan bedömdes ha en allvarlig riskklassificering.

Vid 314 anmälningar hade igen riskklass ännu valts, eftersom anmälan var obehandlad eller under behandling.

Konsekvensen för klienten/patienten var okänd vid 52 anmälningar, vid 506 anmälningar hade man bedömt att händelsen inte hade orsakat klienten/patienten skada, vid 510

anmälningar hade man bedömt att klienten/patienten hade lidit lindrig skada, vid 93 anmälningar hade man bedömt att klienten/patienten hade lidit måttlig skada, vid 2 anmälningar hade man bedömt att klienten/patienten hade lidit allvarlig skada, vid 401 anmälningar hade man inte bedömt den skada som klienten/patienten hade lidit.

Anmälningarna om farliga situationer har till största delen gällt olycksfall och olyckor (537 st.) samt läkemedelsbehandling och vätsketerapi, kontrastmedel eller spårämne (441 st.). Dessutom identifierades händelser som gällt våld (118 st.), vårdens/servicens arrangemang eller tillgänglighet (73st.) samt informationsgång och informationshantering (67 st.) samt annan vård eller uppföljning (57 st.). Andra typer av händelser förekom i betydligt mindre utsträckning, men det fanns 178 anmälningar i kategorin övrigt. I fråga om läkemedelsbehandling var 182 anmälningar förknippade med fel i administrering av läkemedel och 56 anmälningar till utdelningsfel. I fråga om olycksfall var 364 anmälningar relaterade till ramlande och 158 till fallolyckor. I fråga om våld hade 75 anmälningar att göra med att klienten/patienten var upphovsman, i frågan om vårdens/tjänstens arrangemang eller tillgänglighet hade 18 anmälningar relaterade till tillräckligheten av personalresurserna och i fråga om informationsgång och informationshantering hade 26 anmälningar att göra med dokumentation.

Den vanligaste bidragande faktorn i situationer som lett till anmälningar har varit patienter/anhöriga, med totalt 465 anmälningar, vilket har berott på till exempel hur allvarlig eller problematisk klientens/patientens sjukdom är (193 st.), förvirring, berusning, våldsamhet eller sänkt kognition (221 st.) eller personliga egenskaper (178 st.). Vid 252 anmälningar hade de bidragande faktorerna inte identifierats.

Konsekvenserna för den vårdande enheten var merarbete eller mindre vårdåtgärder (701 st.), ingen konsekvens (318 st.), skadad image (313st.) samt andra inte så ofta förekommande orsaker. Utifrån anmälningarna har utvecklingsåtgärder planerats bland annat i anslutning till verksamhetssätt (21 st.), informations- och tekniska system, utrustning och förnödenheter (4 st.), utbildning (1 st.), informationsförmedling och kommunikation (1 st.) samt andra utvecklingsåtgärder (5 st.).

5.1.1. Fallolyckor och ramlanden som skett under vården eller servicen och som orsakat skada till patienten eller klienten

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 inträffade sammanlagt 302 fallolyckor och ramlanden som skett under vården eller servicen och som orsakat skada till patienten eller klienten. Av dessa var 271 ramlanden och 31 fallolyckor.

Majoriteten av ramlandena bedömdes ha orsakat patienten eller klienten lindrig skada (246 st.), men även måttlig skada förekom (25 st.). Vid bedömningen av händelseomständigheterna och andra bidragande faktorer identifierades patienten och närstående som den största bidragande faktorn i samband med ramlanden (196 st.), följt av arbetsmiljö, arbetsredskap och resurser (18 st.), eller så bedömdes inga bidragande faktorer ha funnits (54 st.). Arbetsmiljö, arbetsredskap och resurser påverkade fyra anmälningar (4 st.), medan apparatur och förnödenheter påverkade två anmälningar (2 st.). I 16 ramlanden var de bidragande faktorerna inte kända. För att förhindra att ramlanden upprepas föreslogs i huvudsak information eller diskussion om det inträffade (252 st.), och utifrån sammanlagt 27 anmälningar planerades en utvecklingsåtgärd. För totalt 16 ramlanden som orsakat skada bedömdes det att upprepning av händelserna inte kan förhindras genom åtgärder.

Majoriteten av fallolyckorna bedömdes ha orsakat patienten eller klienten lindrig skada (27 st.), men även måttlig skada förekom (4 st.). Vid bedömningen av händelseomständigheterna och andra bidragande faktorer identifierades patienten och närstående som den största bidragande faktorn i samband med fallolyckor (19 st.), eller så bedömdes inga bidragande faktorer ha funnits (6 st.). Apparatur och förnödenheter påverkade ett fall (1 st.) och verksamhetssätt ett fall (1 st.). I fem fallolyckor (5 st.) var de bidragande faktorerna inte kända. För majoriteten av fallolyckorna (27 st.) planerades information eller diskussion om det inträffade för att förhindra att händelsen upprepas. Dessutom planerades en utvecklingsåtgärd utifrån tre anmälningar (3 st.), och utifrån fyra anmälningar (4 st.) bedömdes att upprepning av händelserna inte kan förhindras genom åtgärder.

5.1.2 Till Fimea anmälda tillbud angående medicintekniska produkter

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 gjordes sammanlagt 22 Klient- och patientsäkerhetsanmälningar eller anmälningar om missförhållanden som gällde en medicinteknisk produkt eller användningen av den. Av anmälningarna gällde merparten (7st.) informationssystem eller användningen av dem.

Dessutom gjordes anmälningar som gällde funktionsstörningar i medicintekniska produkter (3 st.), medicintekniska produkter som inte var tillgängliga, inte i funktionsdugligt skick, var på service eller motsvarande (3st.) samt felaktig användning av medicintekniska produkter (2 st.). Utifrån tre (3 st.) av dessa anmälningar gjordes även en anmälan om tillbud till Fimea. Samtliga anmälningar som skickades till Fimea gällde en patient eller klient och var vid rapporteringstidpunkten den 3.9.2026 fortfarande under behandling.

5.1.3 Kvalitetsmätare för läkemedelssäkerheten

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 gjordes sammanlagt 441 anmälningar i anslutning till läkemedelsbehandling och vätsketerapi, kontrastmedel eller spårämne. Av dessa var 160 stycken nära ögat-situationer eller andra iakttagelser dvs. var de proaktiva anmälningarna angående läkemedelsbehandling ca 36 %. Östra Nylands välfärdsområde strävar efter en 50 % andel. I fyra (4 st.) av dessa proaktiva anmälningar och iakttagelser planerades en utvecklingsåtgärd, vilket innebär ca. 2,5 % av de proaktiva anmälningarna.

5.1.4 Distans- och digitala tjänster om bidragande faktor

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 var distanstjänsten/e-tjänsten en bidragande orsak i sammanlagt tolv (12) anmälningar. Av dessa anmälningar gällde största delen händelser som inträffade hos en patient eller klient (9 st.).

5.2 Farliga situationer rapporterade av patienter/klienter/anhöriga

Under uppföljningsperioden 1.5–31.8.2026 gjordes en (1) anmälan om tillbud inom hälso- och sjukvården och socialvården av patienter, klienter eller anhöriga. Det är möjligt att göra en anmälan via Östra Nylands välfärdsområdes webbplats.

5.3 Anmälningar av privata serviceproducenter

Privata serviceproducenter kan göra via en elektronisk anmälningskanal göra anmälningar om händelser som äventyrar klient- och patientsäkerheten i enlighet med 29 § i tillsynslagen.

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 har sammanlagt 14 anmälningar tagits emot. Alla anmälningar behandlas både av enheten för tillsyn och kvalitet och av respektive ansvarsområde.

5.4 Utredningsgrupp för allvarliga incidenter

En utredningsgrupp för allvarliga incidenter har inrättats genom beslut av direktören för välfärdsområdet (11.1.2024). Arbetsgruppen inledde sitt arbete den 10 april 2024 och dess permanenta medlemmar är kvalitetschefen, som är ordförande för arbetsgruppen,

specialsakkunnig för klient- och patientsäkerhet, chefsläkaren, ansvarsområdesdirektörerna samt specialsakkunniga från enheten för tillsyn och kvalitet. Allvarliga incidenter vidarebefordras via HaiPro-systemet till kvalitetschefen, som med stöd av arbetsgruppen beslutar om vilka incidenter som ska utredas. För varje utredning utses en ansvarig person. Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 inleddes en ny utredning.

5.5 Produktsäkerhet

Under uppföljningsperioden 1.5-31.8.2026 har nätverket för produktansvariga, som består av enheternas chefer och produktansvariga, sammanträtt en gång. Inom nätverket har man behandlat aktuella frågor som gäller medicintekniska produkter samt uppgifter enligt årsklockan för produktsäkerhet.

5.6 Infektionsförebyggande åtgärder

Under uppföljningsperioden har det inkommit totalt 30 elektroniska anmälningar om vårdrelaterade infektioner.

På Östra Nylands område har vårdrelaterade infektioner rapporterats enligt följande:

- Clostridioides Difficile 1 st
- Blododlings positiv infektion 1 st
- Pneumoni 2 st
- Norovirus 25 st

Sammanlagt 5 avdelningsepidemier har anmälts elektroniskt under uppföljningsperioden. Epidemierna har orsakats enligt följande:

- 4 Norovirus epidemier
- 1 RS-virus epidemi
-

Dessutom har skabb orsakat ett par epidemier under sommaren. Dessa har inte anmälts elektroniskt.

6 Tillgänglighet

6.1 Kötid till hälso- och sjukvårdstjänster

Enligt vårdgarantin (från och med 1.1.2025) ska du ha tillgång till primärvård senast inom 3 månader. För personer yngre än 23 år gäller dock en maximitid på 14 dygn för att bli undersökt eller få vård vid sjukdom eller skada. Inom mun- och tandvården bör personer yngre än 23 år få vård inom 3 månader och personer som fyllt 23 år inom 6 månader.

Statistiken för tillgången av första vårdhändelsen till icke-brådsakande vård inom primärvården samt mun- och tandvården finns tillgänglig offentligt på webbplatsen Institutet för hälsa och välfärd.

6.2 Väntetid för äldreboende

Den genomsnittliga väntetiden för äldreboende med heldygnsomsorg var under uppföljningsperioden 1.5.-31.8.2026 56 dagar (113 placeringar) och 68 dagar (9 placeringar) för gemenskapsboende. Väntetiden beräknas i genomsnitt och från den tidpunkt då ansökan har inkommit.

7 Kontinuitet

7.1 COCI-index

COCI-indexet (Continuity of Care) följs upp i Östra Nylands välfärdsområde. Indexet beskriver spridningen av besök som en primärvårdsklient gör hos olika yrkesutbildade personer under en viss period: till exempel om klienten vanligtvis träffar samma läkare eller om läkaren vanligtvis är en annan. Baserat på klientens individuella besöksmönster tilldelas indexet ett värde mellan 0 och 1: ett värde på 0 indikerar att alla besök gjordes hos olika vårdgivare (ingen kontinuitet), medan ett värde på 1 indikerar att alla besök gjordes hos samma vårdgivare, vilket återspeglar full kontinuitet i vården. Indexet beräknas med hjälp av andelen besök som klienten gjort hos olika professionella, med hänsyn till det totala antalet besök. COCI-indexet för uppföljningsperioden 1.5.-31.8.2026 var 0,163 för sköterskor och 0,356 för läkare. Välfärdsområdet följer indexet och utvecklar tjänsterna. Välfärdsområdet har infört Mitt hälsoteam-modellen för vissa kundgrupper, vilket förbättrar COCI-indexet.

7.2 Personalresurs

Den 31.8.2026 hade välfärdsområdet totalt 2679 anställda. Personalomsättningen (frivillig, ordinarie) var under tidsperioden maj-augusti 2,64 %.

8 Kontakter med patient- och socialombudet

Östra Nylands välfärdsområde har ett social- och patientombud.

8.1 Socialombudet

Under uppföljningsperioden 1.5.-31.8.2026 fick socialombudet 107 kontakter, varav 40 (37 %) gällde nya klienter. Av alla som tog kontakt var 53 (50 %) klienter inom socialvården, 25 (23 %) anhöriga/ närstående/ närståendevårdare, 13 (12 %) personalrepresentanter och 12

(11 %) övriga personer (till exempel en oroad kommuninvånare). I 12 fall gällde ärendet ett minderårigt barn.

Den som tog kontakt använde finska (76 %) eller svenska (16 %). Tre kontakter inkom på andra språk.

Flest kontakter kom från Lovisa (22 %), Borgå (20 %) och Sibbo (9 %). Kontakter kom även från Lappträsk (5 %), Mörskom (2 %) och Askola (1 %). Från Pukkila inkom inga kontakter. För (40 %) av dem som tog kontakt saknas uppgift om hemkommun.

Den vanligaste orsaken till kontakten var bemötande och växelverkan (39 %), att man inte får den service man önskar (36 %), genomförande av service (22 %), att vården eller omsorgen inte motsvarade förväntningarna (16 %), processen för anmärkningar (15 %), missnöje med den vård eller omsorg som erhållits (8 %) samt beslut och avtal (7 %). Enstaka kontakter gällde andra ärenden, såsom klientavgifter, kö- och handläggningstider samt allmänt informationsbehov. Ofta hade klienterna fler än en orsak till kontakten. Inga kontakter gällde småbarnspedagogik.

Kontakterna skedde huvudsakligen per telefon eller e-post. Under uppföljningsperioden hölls ett (1) klientmöte.

8.2 Patientombudet

Under uppföljningsperioden 1.5.-31.8.2026 fick patientombudet 139 kontakter, varav 69 gällde nya kunder. Av alla som tog kontakt var 104 (75 %) patienter, 13 (9 %) anhöriga/närstående, 1 (1 %) intressebevakare/ vårdnadshavare och 21 (15 %) övriga personer. Inga kontakter gällde ett minderårigt barn.

Den som tog kontakt använde finska (76 %) eller svenska (22 %). En procent (1 %) av kontakterna inkom på engelska. För en kontakt har kontaktspråket inte antecknats.

Flest kontakter kom från Borgå (48 %) och Sibbo (17 %). Kontakter kom även från Lovisa (6 %), Askola (4 %) och Pukkila (1 %). Från Lappträsk och Mörskom inkom inga kontakter. I 17 % av fallen saknades uppgift om bostadsort.

Den vanligaste orsaken till kontakten var övriga orsaker (till exempel allmänt informationsbehov eller frågor om anmärkningsprocessen) (35 %), vårdens kvalitet (34 %), bemötande och växelverkan (31 %) samt problem med tillgången till vård (24 %). Kontakt togs också i ärenden som gällde misstanke om patientskada (15 %) samt patienthandlingar (9 %). Enstaka kontakter gällde självbestämmanderätt, patientsäkerhet och rätten till information. Ofta hade patienterna fler än en orsak till kontakten.

Av kontakterna gällde (10 %) specialistsjukvården och (8 %) den privata hälso- och sjukvården. Inom välfärdsområdets egen serviceproduktion gällde flest kontakter hälsocentraltjänster (42 %), mun- och tandvård (20 %) samt hälsocentralsjukhustjänster (2 %).

Kontakterna skedde huvudsakligen per telefon eller e-post. Under uppföljningsperioden genomfördes sammanlagt fem (5) kundmöten.

9 Anmärkningar

Under uppföljningsperioden 1.5.-31.8.2026 inkom sammanlagt 42 anmärkningar angående gemensamma hälsovårdstjänsterna, 23 angående familje- och socialtjänsterna och 3 angående tjänsterna för äldre.

10 Klagomål

Tillstånds- och tillsynsverket har ombetts lämna uppgifter om antalet klagomål. Verket har meddelat att det under perioden 1.5-31.8.2026 har avgjorts 6 klagomål som gäller socialvård och 5 klagomål som gäller hälso- och sjukvård. Ett klagomål som gäller hälso- och sjukvård är anhängigt och ett klagomål som gäller socialvård är anhängigt.

I anslutning till den föregående rapporten kunde myndigheten i maj 2026 inte lämna ut statistikuppgifter för perioden 1.1-30.4.2026. Med anledning av en ny begäran om information har myndigheten meddelat att sammanlagt 29 klagomål som gäller socialvård och 9 klagomål som gäller hälso- och sjukvård har avgjorts under den aktuella uppföljningsperioden. Dessutom uppger myndigheten att 2 klagomålsärenden som gäller hälso- och sjukvård fortfarande är anhängiga.