



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Delårsrapport för kvalitet, tillsyn och säkerhet 1.4.2023-31.8.2023

Resultatområdet för kvalitet och tillsyn

Sammandrag

Delårsrapporten för kvalitet, säkerhet och tillsyn sammanställs utifrån serviceproducentens perspektiv och publiceras tre gånger per år i det allmänna datanätet till kännedom för invånarna i välfärdsområdet. Genom att publicera rapporten vill välfärdsområdet främja transparensen i organisationen. Rapporten sammanställs utgående från ett regionalt perspektiv och granskar kundupplevelsen, kvaliteten och säkerhetsaspekterna i den service som tillhandahålls i de 14 kommunerna i välfärdsområdet.

I Österbottens välfärdsområde samordnas kvalitetsledningen, säkerheten och tillsynen av den egna och köpta serviceproduktionen av resultatområdet för kvalitet och tillsyn. De system som används för att uppfölja kvalitetsledningen och säkerheten i hela välfärdsområdet upprätthålls och utvecklas centraliserat av välfärdsområdets förvaltning.

Innehållsförteckning

Sammandrag.....	2
1. Kvalitet och riskhantering i hela Österbotten	5
2. Begrepp.....	6
3. Område 1: Larsmo, Kronoby, Jakobstad, Nykarleby och Pedersöre	7
3.1. Kundnöjdhet: NPS.....	7
3.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet	8
3.3. Hygienarbete.....	10
3.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap.....	11
3.5. Tillsyn.....	11
3.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen	12
4. Område 2: Korsholm och Vörå	12
4.1. Kundnöjdhet: NPS.....	12
4.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet	13
4.3. Hygienarbete.....	14
4.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap.....	15
4.5. Tillsyn.....	15
4.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen	16
5. Område 3: Vasa och Laihela	16
5.1. Kundnöjdhet: NPS.....	16
5.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet:	17
5.3. Hygienarbete.....	18
5.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap.....	18
5.5. Tillsyn.....	18
5.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen	19
6. Område 4: Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad	20
6.1. Kundnöjdhet: NPS.....	20
6.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet:	21
6.3. Hygienarbete.....	23
6.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap.....	24
6.5. Tillsyn.....	24
6.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen	25

7. Specialsjukvård	25
7.1.Kundnöjdhet: NPS.....	26
7.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet	26
7.3. Hygienarbete	29
7.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap	30
7.5. Tillsyn	30
7.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen	31

1. Kvalitet och riskhantering i hela Österbotten

Kvalitetsutbildningen fortsatte i april och maj för all personal i regionen. Vårens sista externa tvådagarsauditeringar genomfördes i april och maj. Kvalitetsenheten gjorde en sammanfattning av kvalitetsarbetet och begäran om ytterligare bevis för det gångna året för varje verksamhetsområde.

I maj genomfördes även interna auditeringar i regionen på temana läkemedelsbehandling och egenkontroll. Det fanns totalt 29 auditeringsobjekt, från alla verksamhetsområden och från hela regionen. Ett område för förbättring var aktualiteten i planerna för egenkontroll och deras offentliga tillgänglighet. Resultaten visade att planen för kvalitetsledning, kund- och patientsäkerhet fortfarande inte var känd på många ställen. Man borde också förbättra introduceringen av läkemedelshanteringsplanen samt utveckla läkemedelshanteringsprocessen.

Inom riskhanteringen låg fokus på att identifiera risker i samband med förändringarna i Framtids- och anpassningsprogrammet på organisations- och verksamhetsområdes-nivå. Dessutom inleddes arbetet med att implementera enheternas riskbedömning. Två workshoppar ordnades under perioden tillsammans med kvalitetsteamet.

Koordinatorn för läkemedelssäkerhet administrerar ett nätverk av läkemedelssäkerhetsansvariga, som hade en träff under den rapporterade perioden. Under den rapporterade perioden publicerades fyra medicinerings säkerhetsmeddelanden baserade på incidenter. Utkastet till läkemedelsbehandlingsplanen för småbarnspedagogik har skickats till kommunerna för kommentarer. De första delarna av Läkemedelsbehandlingsplanen för Österbottens välfärdsområde har godkänts av styrgruppen för säker läkemedelsbehandling och publicerats på intranätet.

För Österbottens välfärdsområde som helhet är NPS=56 (n=8243) för den angivna tidsperioden. Från början av året, 1.1.-31.3.23 var NPS-värdet 63 (n=5308). Under nuvarande rapporteringsperiod har 89,1% av 7698 svaranden märkt i att de instämmer med påståendet "Jag fick vård och service på eget modersmål".

Som en del av egenkontrollen på enheterna ska alla arbetstagare anmäla negativa händelser gällande klient- och patientsäkerheten (HaiPro). Händelserna ska handläggas inom enheten och man ska tillsammans planera och genomföra åtgärder för att minska eller undanröja risken för att liknande uppstår igen. Under rapporteringsperioden har totalt 4028 anmälningar gjorts varav 78% är färdigt handlagda i skrivande stund. Nära ögat händelser är 19%, händelser som drabbat klient eller patient 69% och övriga upptäckter samt utvecklingsförslag uppgår till 12% av alla anmälningar. De tre vanligaste händelsetyperna under perioden är olycksfall 35%, läkemedelsrelaterade händelser 25% och informationsflödes relaterade 11%.

Till välfärdsområdet har det inkommit totalt 15 anmälningar om missförhållanden eller uppenbar risk för missförhållanden (SPro) vid utförande av socialvården under perioden. Ett flertal av de inkomna anmälningarna gäller all-österbottniska enheter, vilket innebär att man inte utgående från anmälan vet vilken region det gäller. Det förekommer även bland personalen en del oklarheter kring hurudan anmälan som skall göras, om anmälingen skall göras som en HaiPro-anmälan eller en SPro anmälan.

Utbildning i HaiPro och SPro anmälan och handläggning fortsätter under hösten.

Totala antalet kontakter till patientombudsmännen mellan april och augusti är 373 st, och av antalet kunde man rikta 334 st direkt till ett visst område. Antalet kontakter för hela året är 670 st. Ett fall (siffra) kan innehålla många och olika patientkontakter pga. patienten kan kontakta patientombudsmän via olika vägar och mera än en gång.

Totala antalet kontakter till socialombudsmännen under denna period är 147 stycken helheter. Kontakterna gäller socialvårdens olika delområden samt småbarnspedagogiken. Ca. 19 % av kontakterna har koppling till FPA, intressebevakning eller övrig verksamhet i samhället.

Under rapporteringsperioden har man inom hälso- och sjukvården gett utlåtande i totalt 62 anmärknings- och 3 klagomålsärenden, ett betydande större antal än under första rapporteringsperioden. Av dessa anmälningar har mer än hälften; 34 anmälningar riktats till specialistsjukvårdens enheter och 19 till Vasa-Laihela området. Till norra området har 7 anmärkningar riktats och till södra området och Korsholm-Vörå har ett fåtal inkommit. Kumulativt från årets början är det missnöje med den vård som getts och patienters missnöje med bemötande, främst av läkare samt otillräcklig eller felaktig undersökning eller vård som är de vanligaste orsakerna till missnöje. Dessvärre ger inte nuvarande rapporteringsprogram statistik över vilken typ av anmärkningsärenden som gjorts områdesvis.

Handläggningen av olika typer av anmälningar dröjer eller är i viss mån bristfällig och därför kommer kvalitet och tillsynsenheten att satsa på utbildning i olika handlägningsprocesser för ansvarspersoner under hösten. Klient-, patient- och anhörigas anmälan om negativ händelse kommer att förbättras för att sänka tröskeln för att anmäla vårdfel, missförhållanden och osakligt bemötande.

2. Begrepp

NPS är ett mått på kundlojalitet. NPS är ett index som bygger på en enda fråga, *“Skulle du rekommendera servicen för en kollega eller en vän”*. Frågan besvaras enligt en skala från 0-10, där 0 innebär att det inte alls är sannolikt och 10 innebär att det är mycket sannolikt. Österbottens välfärdsområdets mål för klientresponsen är ett NPS-värde över 50.

HaiPro är ett tillvägagångsätt och en informationsteknologisk lösning för rapportering av ogynnsamma händelser och farliga situationer som kan äventyra patientsäkerheten inom social- och hälsovården. Handläggningen av HaiPro anmälningar skapar möjlighet att främja patient- och klientsäkerheten i organisationen.

S-Pro - anmälningsskyldigheten baserar sig på socialvårdslagen § 48 om missförhållande eller uppenbar risk för missförhållande i utförande av socialvården.

Roidu - är det program genom vilket välfärdsområdet samlar in kundnöjdhet/respons. Våra kunder kan utvärdera våra tjänster endera via välfärdsområdets hemsida, genom QR-koder, på vanliga tableter eller via tableter placerade på stående ställningar vid sådana verksamhetspunkter där många besökare rör sig.

3. Område 1: Larsmo, Kronoby, Jakobstad, Nykarleby och Pedersöre

Arbetet med att identifiera på vilket sätt framtids- och anpassningsprogrammet kommer att påverka verksamheten har legat i fokus under perioden. Samtliga verksamheter och fastigheter har granskats. I kommunerna i norr har man redan innan Österbottens välfärdsområdes tillkomst gjort många effektiviseringsåtgärder genom vilka man koncentrerat verksamheten till ett mindre antal fysiska verksamhetspunkter. Personalen har med anledning av detta utvecklat sätt att samverka och effektivt använda sig av de resurser som finns. Personalen är även van att arbeta över ett större geografiskt område. Tillgången till behörig personal, speciellt inom det sociala området har dock visat sig vara en utmaning. En identifierad risk för klienter och patienter är de olika patient- och klientdataprogrammen som inte kommunicerar med varandra. Speciellt i Kronobyområdet utgör detta en fara då många patienter anlitar Soites hälso- och sjukvård. Detta kommer inte heller att kunna lösas med att Österbottens välfärdsområde får ett gemensamt program. Det har även förekommit problem med telefonkontakter till välfärdsområdet i Kronoby under sommaren. Problemen är under utredning.

3.1. Kundnöjdhet: NPS

För Österbottens välfärdsområde som helhet är NPS=56 för den angivna tidsperioden. Av dem som har utvärderat servicen har 69,9% (76,6 %*) gett värdet 9 eller 10 vilket innebär att de är nöjda med servicen och gärna rekommenderar den för en anhörig eller vän.

För kommunerna i norr är NPS=58, av de svarande har 70,4% (70,4%*) gett värdet 9 eller 10. Vilket ligger i linje med hela välfärdsområdets resultat. En del av de tjänster (polikliniker, psykosociala tjänster, socialarbete m.m.) som utförs i norr ingår i all-österbottniska enheter, vilket innebär att utvärderingarna slås samman och att det då inte är möjligt att få ett heltäckande resultat för ett enskilt geografiskt område. Trots att resultaten är svagare än under den föregående perioden, är det många som i de öppna kommentarerna tackar för en bra service och ett gott bemötande. Av respondenterna har 82,7% (85,4%*) uppgett att de fick vård och service på eget modersmål.

*(*resultat från föregående period)*

3.1.1. Kontakter med social- och patientombudsmannen

Socialombudsmännen: Kontakter i hela välfärdsområdet 147 st. Andelen från Larsmo-Kronoby-Jakobstad-Nykarleby och Pedersöre 10 st. Fyra ärenden gällde barnskyddet, de övriga från andra enskilda serviceområden.

Patientombudsmännen: Antalet kontakter från området är 28 st. Kontakterna har gällt vård, trygghet och negativt bemötande. Dessutom enskilda anmälningar relaterade till rättidig vård och att läkemedels säkerheten bör beaktas.

3.1.2 Anmärkningar och klagomål

Under perioden (1.4-31.8.23) har det inom hälsovården kommit in sju anmärkningar och ett beslut om klagomål från regionförvaltningsverket.

3.2.Observationer gällande klient- och patientsäkerhet

Följande observationer baserar sig på statistik från HaiPro-programmet:

Hem och boendeservice:

Serviceboenden med heldygnsomsorg; 315 anmälningar, av dessa är 89 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna till anmälningar är olyckor 63 %, förknippat med läkemedels- och vätskebehandling 13 % samt våld 7%.

Service som ges hem; 281 anmälningar, av dessa är 80 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna till anmälningar är förknippat med läkemedels- och vätskebehandling 53 %, olyckor 26 % samt förknippat med informationsflöde eller datahantering 5%.

Totalt inom hem-och boendeservicen har 16% utgjorts av nära ögat incidenter, följder för patient drabbade patient/klient 72 %, samt annan upptäckt/utvecklingsförslag 12 %. Av anmälningarna bedömdes 4,9 % ha förorsakat måttlig skada och 0,5% allvarlig skada som följd för patienten/klienten. Risken bedömdes till betydande i 1,7% av anmälningarna medan allvarlig risk förelåg i ett av fallen (0,2 %).

Bland de anmälningar som lämnats in gäller 11 stycken optimeringen av hemvårdstjänster och samarbetet mellan optimeringen och hemvården. I de flesta fall gäller det brister eller otydligheter i kommunikationen.

Det har även framkommit klagomål såväl från patienter/klienter som från resultatenheter på den mat som Alerte tillreder. Från patienthåll har framkommit att den är smaklös och trist, medan man från resultatenheter ett flertal gånger påpekat att man inte fått den mat som beställts till avdelning, exempelvis vanlig mat istället för dietmat eller mosad mat.

Rehabilitering:

Delaktighetsstöd; 238 anmälningar, av dessa är 71 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna till anmälningar är förknippat med läkemedels- och vätskebehandling 38 %, olyckor 17 % samt våld 18 %. Av anmälningarna utgjordes 22% av nära ögat incidenter, drabbade patient/klient 69%, samt annan upptäckt/utvecklingsförslag 9%. Av anmälningarna bedömdes 3% av anmälningarna ha förorsakat måttlig skada som följd för patienten/klienten. En av händelserna förorsakade allvarlig skada. Risken bedömdes till betydande i 1,3% av anmälningarna medan i ingen av anmälningarna bedömdes risken som allvarlig.

Psykosocialservice:

23 anmälningar, av dessa är 17 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna till anmälningar är olyckor 51 %, förknippade med läkemedels- och vätskebehandling 28 %. För 15 % av anmälningarna har angetts förknippat med annat eller ej känt. Av anmälningarna utgjordes 17% av nära ögat incidenter, drabbade patient/klient 74% samt annan upptäckt/utvecklingsförslag 9%. Av anmälningarna bedömdes 6% ha förorsakat måttlig skada för patienten/klienten medan ingen bedömdes ha förorsakat allvarlig skada. I ingen av anmälningarna bedömdes risken som betydande eller allvarlig.

Sjukhusservice:

Malmska jousen; 27 anmälningar, av dessa är 93 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna till anmälningar är förknippade med annan vårdåtgärd 20%, informationsflöde och datahantering 20%, läkemedels- och vätskebehandling 17% samt diagnos 17%. Av anmälningarna utgjordes 22% av nära ögat incidenter, drabbade patient/klient 63%, samt annan upptäckt/utvecklingsförslag 15%. Av anmälningarna bedömdes 3,7% ha förorsakat allvarlig skada som följd för patienten/klienten. Risken bedömdes till betydande i 7,4% av anmälningarna medan allvarlig risk inte förelåg i någon av anmälningarna.

Avdelningar 24/7 samt dag- och hemsjukhuset; 203 anmälningar, av dessa är 94 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna till anmälningar är olyckor 32 %, förknippade med läkemedels- och vätskebehandling 30 % samt förknippade med informationsflöde eller datahantering 14 %. Av anmälningarna utgjordes 19% av nära ögat incidenter, drabbade patient/klient 73%, samt annan upptäckt/utvecklingsförslag 8%. Av anmälningarna bedömdes 7% ha förorsakat måttlig skada som följd för patienten/klienten och 1 % av händelserna förorsakade allvarlig skada. Risken bedömdes till betydande i ett av fallen medan allvarlig risk inte förelåg i någon av anmälningarna.

Social- och hälsocentral:

Hälso- och sjukvård; 18 anmälningar, av dessa är 44 % färdigbehandlade. De främsta orsakerna är förknippade med läkemedels- och vätskebehandling 17 % samt förknippade med informationsflöde eller datahantering 39 %. Av anmälningarna utgjordes 19% av nära ögat incidenter, drabbade patient/klient 73%, samt annan upptäckt/utvecklingsförslag 8%. Av anmälningarna bedömdes 7% ha förorsakat måttlig skada som följd för patienten/klienten och 1 % av händelserna förorsakade allvarlig skada. Risken bedömdes till betydande i ett av fallen medan allvarlig risk inte förelåg i någon av anmälningarna.

Från specialistsjukvårdens öppenvård samt mödra- och preventivrådgivningen har inkommit ett flertal patientanmälningar kring en enskild gynekologs medicinska kunnande och beteende gentemot patienterna. En intern förundersökning om allvarlig händelse har gjorts där man konstaterat att inga direkta medicinska fel begåtts, däremot framkommer det stora brister i kommunikationen och bemötandet av patienterna. Eftersom nya anmälningar fortsätter att komma in så bedöms kontinuerligt i vilken mån ytterligare utredningar behöver göras och vilka åtgärder som kan vidtas.

Från de övriga resultatenheterna området har inkommit endast ett fåtal anmälningar för den verksamhet som kan särskiljas som SOTE-verksamhet i norr, vilket innebär att inga trender i observationerna kan urskiljas.

Sammantaget för de olika verksamhetsområdena med heldygnsomsorg samt hemvård, kan man konstatera att sommarmånaderna utgjort en utmaning då det gäller läkemedelssäkerheten. Många anmälningar har gjorts gällande feldelning av mediciner, förväxling av patienter samt även klienternas/patienternas eget och/eller anhörigas strul med medicinerna.

3.2.1. Utvecklande av klient- och patientsäkerhet

Diskussion och information om händelser, samt utbildning i hur man hanterar inkomna anmälningar

3.3. Hygienarbete

De regionala hygienskötarna rapporterar enligt ledningens direktiv olika punkter gällande infektionsbekämpning och hygienarbete inom ÖVPH. Områdena har lite olika metoder och förutsättningar till rapportering.

Norra området använder SAI infektionsregistreringsprogram på avdelningar inom allmänmedicin, specialistsjukvård samt på äldreomsorgens boenden exklusive Kronoby. SAI används även på vissa enheter inom socialomsorgen i Jakobstad. Övriga enheter rapporterar vårdrelaterade infektioner manuellt. Vårdrelaterade infektioner registreras fyra veckor efter vårdtillfälle, vilket betyder att statistiken över vårdrelaterade infektioner inte visar helt korrekt situation. Vårdrelaterade infektioner (VRI), sepsis och Clostridoides Difficile räknas per 1000 vård dagar (vd).

På allmänmedicinska avdelningar rapporteras under perioden 1.4. - 31.8. antal VRI 72 (n) dvs. 6,1 VRI /1000vd varav blododlingspositiv sepsis (n=1) 0,1 /1000vd och Clostridoides Difficile (n=3) 0,3/1000vd. Allmänmedicinska avdelningar inklusive specialistsjukvårdens avdelningar avancerad rehabilitering och barn- och ungdom visar för samma period antal VRI 76(n) dvs. 5,8 VRI/1000vd varav blododlingspositiv sepsis (n=1) 0,1 /1000vd och Clostridoides Difficile (n=4) 0,3 /1000vd.

Inom äldreomsorgens boenden (exklusive Kronoby) rapporteras antal VRI 90(n) dvs. 2,6 VRI/1000vd varav 1(n) Clostridoides Difficile infektion 0,02 /1000vd. Ingen förekomst av blododlingspositiv sepsis.

Gemensamt program saknas inom ÖVPH för uppföljning av handdesinfektionsmedelsförbrukning (EDesi). Norra området utför manuell uppföljning av förbrukning genom beställningsrapport från sjukhusapotek i förhållande till vård dagar via Exreport. På de allmänmedicinska avdelningarna är förbrukningen 32,7ml/ vård dag under perioden 1.4. - 31.8. Allmänmedicinska avdelningar inklusive specialistsjukvårdens avdelning avancerad rehabilitering (exklusive barn och ungdomsavdelning) visar en förbrukning 30,9 ml/vård dag. Äldreomsorgens boenden inklusive Kronoby visar en förbrukning 9,7 ml/vård dag under perioden. Förbrukning har allmänt minskat. Vissa enheter har beställt större mängder handdesinfektionsmedel under första perioden, vilket troligtvis påverkar förbrukningsmängden under andra perioden. Metod för handhygienobservationer är under planering. Påminnelse-skyltar för handdesinfektion finns tillgängliga för personal och patienter på Intra och Sharepoint. Förpersoner och hygienansvariga har informerats att placera påminnelse-skyltar synligt på enheterna. Avdelningstimmar hålls enligt överenskommelse.

Personalens influensavaccinationsstatus rapporteras en gång per år (januari). Ingen regionövergripande rapporteringsmetod ibruk. Planering av höstens influensavaccinationer för personalen har påbörjats. Enligt beslut (Vaccinationsgruppen) organiserar företags-hälsovården årets personalinfluensavaccinationer inom norra området.

Antal nya mångresistenta bakteriefynd (MDR) under perioden 1.4. - 31.8.2023 är 29 varav 13 MRSAfynd. Antal nya MDR- och MRSA-fynd håller sig på samma nivå som under första perioden. Ingen förekomst av MDR-epidemier

Under perioden 1.4. - 31.8. har inga större epidemiutbrott förekommit. På vissa boende-enheter har under första delen av perioden förekommit ökat antal infektioner i nedre luftvägarna med bekräftade fall av Covid.

En heltidsanställd hygienskötare arbetar inom norra området. Hygienskötaren stationerad i Jakobstad. Inom ÖVPH arbetar två infektionsläkare. Stationerade på VCS. Antimikrobiella rekommendationer (anvisningar) har utarbetats och översättning är under arbete.

3.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap

Beredskapsplanering görs enligt planeringsprocessen. Vårdsområdets beredskapsplans allmänna del är färdig och tas upp på nästa styrelsemöte och efter det planen finns i intra. Verksamhetsområdets beredskapsplanering är i gång och de borde vara färdigt i slutet av året. Efter det fortsätter arbete med resultatområdets beredskapsplanering och vid behov resultatens beredskapsplanering.

Säkerhetsdag-utbildningar arrangerade ett tillfälle inom område 1. Tillsammans 17 deltagare.

3.5. Tillsyn

I den norra regionen belyser tillsynsresultaten på äldreboendena hur överbelastade förpersonerna är. Alla enheter hade inte sina läkemedelstillstånd i ordning. Uppföljande övervakning av efterlevnaden av THL:s omvårdnadsstandarder. Inom hemvården har en uppföljande kontroll av läkemedelstillstånden utförts under rapporteringsperioden.

Inom funktionshinderservicen har brister och utmaningar identifierats, bl.a. har övergången från Kårkulla till vårdsområdet tagit personalresurser i anspråk. Det finns många nya saker för personalen att lära sig. Som en följd av detta har det inte funnits tid att delta i utbildningstillfällen under våren. Flera enheter saknar beredskapsplaner och arbetsbeskrivningar, men arbete pågår redan för att åtgärda bristerna. Ett positivt övervakningsresultat är att personal och förpersoner är mycket engagerade och kompetenta.

De reaktiva tillsynsbesöken har bland annat gällt läkemedelstillstånd, en läkemedelsavvikelse och en avvikelserapport.

Antalet genomförda tillsynsbesök i de olika tjänsterna framgår av tabellen nedan.

4-8/2023 Norra distrikt: Larsmo, Kronoby, Jakobstad, Nykarleby och Pedersöre			
	Tillsynsbesök: mängd och typ		
Service	Planerat	Reaktiv	RFV och ÖVPH
Äldreomsorg (ej hemvård/service)	21	2	0
Hemvård/hemservice	2	0	0
Funktionshinderservice	11	0	0
Mentalvård/missbrukarvård	2	1	0
Barnskydd	3	0	1
Stödtjänster	0	0	0
Begränsat läkemedelsförråd	8	0	0
Hälsövård	0	0	0
Sammanlagt	47	3	1

3.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen

Inom de verksamheter där läkemedelshantering förekommer (boenden inom alla verksamhetsområden samt hemvården) och där läkemedlen inte ändras så ofta, bör man följa upp de HaiPro anmälningar som gäller läkemedelshantering och framledes överväga att i större utsträckning ta i bruk tekniska hjälpmedel så som dosdispensering och läkemedelsrobotar.

De utmaningar som framtids- och anpassningsprogrammet framledes medför är att hitta lämpliga utrymmen för de satsningar som görs för att förändra verksamhetskulturen.

4. Område 2: Korsholm och Vörå

I slutet av maj godkändes Framtids- och anpassningsprogrammet och arbetet med att identifiera på vilket sätt programmet kommer att påverka verksamheten har legat i fokus under perioden. Fastigheter och verksamheter har granskats, bland annat har också seminarium hållits åt förtroendevalda för att diskutera ändringar och utmaningar.

Under sommarmånaderna har det varit en utmaning att hitta sommarvikarier till äldreomsorgens enheter. De telefonnummer som hör till kommunerna har under våren returnerats åt kommunerna och istället tog välfärdsområdet i bruk egna telefonnummer. Inom munhälsovården har man långa väntetider.

4.1. Kundnöjdhet: NPS

Mätaren för kundnöjdheten NPS i Korsholm och Vörå är 72 (n=751) av de som utvärderat servicen har 80,2% svarat att de är nöjda med servicen och gärna rekommenderar för andra. Majoriteten (87,1%) anser att de har fått service på sitt modersmål och att servicen har varit bra med vänligt bemötande och kunnig personal. Negativ respons har getts även om otrevligt bemötande samt bland annat bristande kommunikation. NPS har sjunkit något både i Korsholm och i Vörå i jämförelse mot de tre första månaderna år 2023 men ändå ges fortsättningsvis mycket positiv respons.

För hela Österbottens välfärdsområde var NPS 56 (n=8539), av dem som gett respons har 72,5% svarat att de är nöjda med servicen och gärna rekommenderar den för andra.

4.1.1. Kontakter med social- och patientombudsmannen

Socialombudsmännen: Kontakter i hela välfärdsområdet 147 st. Andelen från Korsholm och Vörå 15 st. Ärendena gällt främst barnskydd samt hemservice.

Patientombudsmännen: Antalet kontakter från området är 13 st. Kontakterna har gällt vård samt negativt bemötande. Kontakterna har även gällt rätt till information samt värdtillgång. Dessutom enskilda anmälningar relaterade till språkliga rättigheter. Kunderna önskar sig service och dokumentation på det egna modersmålet.

4.1.2 Anmärkningar och klagomål

Under perioden (1.4-31.8.23) har det inom hälsovården kommit in en anmärkning.

4.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet

Observationerna baserar sig på statistik från programmet som används för rapportering av ogynnsamma händelser och farliga situationer som kan äventyra patientsäkerheten inom social- och hälsovården. Enheter som tas med i denna rapport är från boendeservice, service som ges hem, allmänmedicinska avdelningar samt hälso- och sjukvård.

Hem- och boendeservice:

Boendeservice: Totala antalet anmälningar i Korsholm och Vörå är 295 stycken varav 80% är färdigt behandlade samt 16,3% väntar på behandling. De främsta orsakerna till anmälan är olyckor samt händelser förknippad med läkemedels- och vätskebehandling och blodtransfusion. Olyckorna handlar till största delen om fallolyckor. Tillsammans inom boendeservice i Korsholm och Vörå har 75,3% av anmälningarna drabbat patient/klient, 1,7% bedömdes ha förorsakat allvarlig skada för patient/klient medan allvarlig risk inte förelåg i någon av anmälningarna.

Service som ges hem: Totala antalet anmälningar är 71 st varav 80,3% är färdigt behandlade. I Korsholm har enbart 7 anmälningar gjorts varav en är färdigt behandlad. I Vörå väntar 5 st på behandling, dessa har inkommit under augustimånad. Orsaken till anmälan i Korsholm var förknippad med läkemedels- och vätskebehandling och blodtransfusion (100%) medan främsta orsakerna till anmälan i Vörå var olycka (64,1%). I Vörå rapporteras fallolyckorna i klienternas hem via programmet som används för rapportering av ogynnsamma händelser och farliga situationer som kan äventyra patientsäkerheten inom social- och hälsovården medans personalen i Korsholm dokumenterar i annat program. Av alla anmälningar drabbade 85,9% patient/klient och 11,3% var en nära ögat händelse.

Sjukhusservice:

Allmänmedicinska avdelningar, hemsjukhus: Totala antalet anmälningar är 23 st, varav 52% är färdigbehandlade. Orsak till anmälan är i 31% av fallen förknippad med läkemedels- och vätskebehandling samt blodtransfusion, 17% olycka samt 14% informationsflöde eller databehandling. Av anmälningarna drabbade 78% klient/patient, 9% var nära ögat händelse samt 13% annan upptäckt/utvecklingsförslag. Följder för patienten/klienten var måttlig skada i 13% av fallen. Risken har bedömts som betydande i ett av fallen och allvarlig risk i ett av fallen.

Social- och hälsocentral:

Hälso- och sjukvård: Totala antalet anmälningar är 14 st, varav 21% är färdigbehandlade. Orsak till anmälan är i 67% av fallen förknippad med läkemedels- och vätskebehandling samt blodtransfusion och 27% informationsflöde eller databehandling. Av anmälningarna drabbade 43% klient/patient, 21% var nära ögat händelse samt 36% annan upptäckt/utvecklingsförslag. Av anmälningarna är 50 % gjorda av Korsholms apotek.

4.2.1. Utvecklande av klient- och patientsäkerhet

Diskussion och information om händelser. Skolning ordnas under hösten 2023 för att stödja och stärka personalens kunskap samt hur man hanterar inkomna anmälningar.

4.3. Hygienarbete

april - augusti 2023

INDIKATOR	RAPPORTERINGS- INTERVALL	RESULTAT/KOMMENTARER
Förbrukning av handdesinfektionsmedel		Finns ingen metod i bruk
Observering av handhygien		Finns ingen metod i bruk
Personalens influensavaccinationstäckning	Rapporteras 1 ggr x året i januari (endast Specialsjukvård)	Ledningen har inte ännu utvecklat en regionövergripande rapporteringsmetod
MDR-fynd *)		Det här inte förekommit MDR-epidemier. Total mängd MDR-fynd april-augusti: 10
Fall av Clostridioides difficile		Inga siffror att anges. Ingen tillgång till de olika patientdatasystemen/statistik i området.
Antal anställda hygienskötare och infektionsläkare		Hygienskötare 0,5 st inom området. 2 st infektionsläkare i ÖVPH, arbetsplats vid Vasa centralsjukhus. En infektionsläkare tjänst ej tillsatt.
Rekommendation av antimikrobiska mediciner / anvisning		En gemensam riktlinje utarbetas av infektionsläkarna inom VARHA Egentliga Finlands välfärdsområde och hela ÅUCS-samarbetsområdet.
Större epidemier (om de uppkommit)		Inga siffror att anges. Ingen tillgång till de olika patientdatasystemen i området. Säsongs specifika epidemier har cirkulerat, t.ex. covid-19, influensa och norovirus.
Sepsis		Inga siffror att anges. Ingen tillgång till de olika patientdatasystemen/statistik i området

*) Screeningriktlinjerna för multiresistenta mikrober (MDR) har förtydligats och utvidgats från och med 5/2023 baserat på THLs riktlinjer, så detta kan påverka antalet i framtiden.

Kommentarer: Prevalensundersökningar på allmänmedicinska avdelningar planeras för regionen för att få fram förekomsten av infektioner. Genomförande av den första prevalensen planeras till hösten 2023

4.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap

Beredskapsplanering görs enligt planeringsprocessen. Vårdsområdets beredskapsplans allmänna del är färdig och tas upp på nästa styrelsemöte och efter det planen finns i intra. Verksamhetsområdets beredskapsplanering är i gång och de borde vara färdigt i slutet av året. Efter det fortsätter arbete med resultatområdets beredskapsplanering och vid behov resultatenhetens beredskapsplanering.

Säkerhetsdag-utbildningar arrangerade två tillfällen inom område. Tillsammans 25 deltagare.

4.5. Tillsyn

I Korsholm och Vörå har samma utmaningar som i norra området framkommit under tillsynsbesöken, nämligen överbelastning bland förpersoner. Vid besöken har det framkommit att det fortfarande finns ett visst förändringsmotstånd bland personalen i samband med övergången till vårdsområdet och att det har förekommit en del uppsägningar.

Andra tillsynsobservationer som kan lyftas fram inkluderar trånga medicinrum, alla enheter har inte uppdaterat sina läkemedelsbehandlingsplaner, det är oklart vem som är ansvarig socialarbetare för enheten eller om någon har utsetts, kontaktinformation till social- och patientombudsmannen finns inte uppsatt på anslagstavlor i alla enheter, och användningen av kunders dispositionsmedel dokumenteras och övervakas inte systematiskt i alla enheter.

Positiva observationer inkluderar: egenkontrollplanerna är noggrant och omfattande utarbetade, en plan för självbestämmande (IMO-plan) är under utveckling, och lokaler är tillgängliga och säkra.

Det har inte förekommit reaktiva tillsynshändelser i området under den här tidsperioden.

Utförda tillsynsbesök inom olika tjänster visas i tabellen nedan.

4-8/2023 Mellersta distrikt: Korsholm och Vörå			
	Tillsynsbesök: mängd och typ		
Service	Planerat	Reaktiv	RFV och OVPH
Äldreomsorg (ej hemvård/service)	7	0	0
Hemvård/hemservice	0	0	0
Funktionshinderservice	1	0	0
Mentalvård/missbrukarvård	1	0	0
Barnskydd	1	0	0
Stödtjänster	0	0	0
Begränsat läkemedelsförråd	0	0	0
Hälsovård	0	0	0
Sammanlagt	10	0	0

4.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen

Huruvida det under verkställande av framtids- och anpassningsprogrammet uppstår sådana risksituationer att klient- och patientsäkerheten äventyras.

5. Område 3: Vasa och Laihela

Rekrytering av ny personal och vikarier har varit utmanande i alla verksamhetsområden men personalen är mycket engagerad i sitt arbete.

Väntetiderna är långa till munhälsovården, särskilt i Laihela, som även var stängd i somras för renovering.

Arbetet med framtids- och anpassningsprogrammet fortsätter och servicenätet utvecklas, flytten av olika verksamhetspunkter har krävt och kräver tid och resurser.

Seniorlinjen piloterades i Vasa och Laihela och erfarenheterna var positiva.

Förberedelser pågår för att flytta två allmänmedicinska avdelningar från Dammbrunnen till Huset.

5.1. Kundnöjdhet: NPS

Kundtillfredsställelse mäts med hjälp av ROI DU-verktyget. Enligt den insamlade feedbacken låg NPS på en lite lägre nivå än föregående period, 58 (Q1 63). NPS-poängen anger hur sannolikt det är att respondenten rekommenderar tjänsten till sin familj eller sina vänner. Det fanns 2 646 svar från denna period.

5.1.1. Kontakter med social- och patientombudsmannen

Socialombudsmännen: Kontakter i hela välfärdsområdet 147 st. Andelen från Vasa och Laihela 56 st. De tre områden som kunderna tagit flest kontakter från är barnskydd (14), äldreomsorg (8) samt vuxensocialt arbete (8). Alla ärenden är enskilda och man kan ej dra större slutsatser eller trender utifrån dessa.

Patientombudsmännen: Antalet kontakter från området är 98 st. Kontakterna har gällt vård, negativt bemötande och patientsäkerhet. Flertalet kontakter gällande Vasaregionens tandvård som upplevs som otillgänglig samt svårigheter att få läkartid. Inom hem- och boendeservicen bör kundens integritet och trygghet tas i beaktande.

5.1.2 Anmärkningar och klagomål

Under perioden (1.4-31.8.23) har det inom socialvården kommit in fyra anmärkningar och inom hälsovården 19 anmärkningar och ett beslut om klagomål från regionförvaltningsverket. I Vasa-Laihela området har de flesta anmärkningarna riktats till det allmänmedicinska området.

5.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet:

Nedan följer en mer detaljerad uppdelning av de fyra branscherna med flest anmälningar, vilket är jämförbara med alla andra branscher i regionen Vasa- Laihela område. Uppgifterna har hämtats från HaiPro-programmet.

Antalet HaiPro-anmälningar inom **hem- och boendeservice för äldre** var 510, varav 81% är färdigt behandlade. De främsta orsakerna till anmälan är olyckor 59% (varav 83% fallolyckor) och läkemedels- och vätskebehandling och blodtransfusion 35%. Inga allvarliga risker men tre allvarliga skador har rapporterats under perioden. Dessa siffror ligger i linje med resultaten från föregående rapport.

Av de HaiPro-anmälningar (223) som gjordes för **allmänmedicinska avdelningarna och hemsjukhuset** har antalet olyckor minskat från 72 % till 50 % jämfört med anmälningar som gjordes under föregående period. I denna siffra ingår fallolyckor, som är den enskilt största orsaken (87%). Anmälningar om läkemedelsrelaterade avvikelser (21%) hade ökat jämfört med föregående period (12 %), men är fortfarande lägre än 2022. Anmälningar förknippade med informationsflöde eller datahantering utgör 7% av alla anmälningar som gjorts och det har tydligt minskat jämfört med föregående period (14 %). Detta inkluderar anmälningar som rör patientvård, kontinuitet i vården och patientöverföringar. Inga allvarliga risker men en allvarlig skada har rapporterats under perioden.

Service som ges hem (hemvård, närståendevård, dagcenter och hemförlovningssteamet). Antal anmälningar är 190 under den granskade perioden. Siffrorna är inte jämförbara med föregående period, eftersom det nu finns fortfarande tydlig ökning av antalet HaiPro-registreringar i Laihela. Något mer än hälften (53%) av rapporterna gällde medicinsk behandling, 19 % olyckor (alla fall) och 24 % bristande kommunikation. Inga allvarliga risker men en allvarlig skada har rapporterats under perioden.

Rehabilitering omfattar boendeenheter inom funktionshinderservice samt dagvård. Sammanlagt har 173 anmälningar gjorts (Q1: 78), varav 35,8% gällde våld (Q1: 32%), 23,1% olyckor och olycksfall (Q1: 31 %) och 19% i anslutning till läkemedelsbehandling (Q1: 22 %). Siffrorna är inte jämförbara med föregående period, eftersom det nu finns en tydlig ökning av antalet HaiPro-registreringar inom rehabiliteringsområdet. Inga allvarliga incidenter rapporterades. Sex förbättringsåtgärder har vidtagits.

5.2.1. Utvecklande av klient- och patientsäkerhet

Av HaiPro anmälningarna har 97 % diskuterats och enheten har påmint personalen om de överenskomna åtgärderna, 3 % av anmälningarna har följts upp med utvecklingsåtgärder. 11 anmälningar har överförts till högre nivå.

Olyckor är den överlägset vanligaste orsaken till anmälan i Vasa-Laihela området. Det rör sig bland annat om fallolyckor, som i möjligaste mån har minskats genom klientspecifika åtgärder (fasthållning, tillgänglighet, hjälpmedel etc.), med respekt för klientens autonomi och självbestämmande. Det behövs fortfarande mer utbildning i kinestetik för att identifiera, utnyttja och upprätthålla klienternas egna resurser.

5.3. Hygienarbete

De regionala hygienskötarna har uppföljt nio olika punkter gällande infektionsbekämpning och hygienarbete inom ÖVPH. Alla områden har lite olika metoder och förutsättningar till rapportering. Inom Vasa – Laihela-området finns ingen systematisk uppföljning av förbrukning av handdesinfektionsmedel. Det går att beställa information om antalet beställda handdesinfektionsmedelsprodukter från apoteket och i teorin jämföra dessa till antalet totala vårdtygn per allmänmedicinsk avdelning, men den ger oss ingen information om vem som förbrukat handdesinfektionsmedlet (patient, skötare, läkare, anstaltsbiträde, anhörig, servicepersonal etc.) eller när det gjorts och hur stort lagret på enheten. Eftersom enheterna beställer handdesinfektionsmedel till enheterna i varierande takt tydde siffrorna på att vissa enheter skulle förbruka enorma mängder handdesinfektionsmedel medan andra inte skulle ha förbrukat alls något handdesinfektionsmedel. För handhygienobservation finns ingen metod i bruk ännu.

42 fynd av mångresistent mikrober rapporterats under tiden Q2 (Q1: 20 st). Av dessa 42 nya MDR-fynd var 12 st MRSA (Q1: 3 st). Fall av *Clostridioides difficile* går inte att föra ut någon statistik på. Under andra kvartalen har inga större epidemiutbrott framkommit. Antalet sepsis (blodförgiftningar) går inte att rapporteras med nuvarande rapporteringssystem.

5.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap

Beredskapsplanering görs enligt planeringsprocessen. Vårdsområdets beredskapsplans allmänna del är färdig och tas upp på nästa styrelsemöte och efter det planen finns i intra. Verksamhetsområdets beredskapsplanering är i gång och de borde vara färdigt i slutet av året. Efter det fortsätter arbete med resultatområdets beredskapsplanering och vid behov resultatens beredskapsplanering.

Säkerhetsdag-utbildningar arrangerade fyra tillfällen inom centralsjukhuset område. Tillsammans 73 deltagare.

5.5. Tillsyn

I Vasa och Laihela har det vid tillsynsbesök inom äldreomsorgen upptäckts brister inom egenkontrollen exempelvis brister i olika faser av läkemedelshanteringen, temperaturövervakning av läkemedelsrum och läkemedelskylskåp görs inte dagligen, det är oklart vem som är ansvarig socialarbetare för enheterna eller om någon har utsetts, och användningen av boendes dispositionsmedel dokumenteras och övervakas inte tillräckligt systematiskt.

Personalen inom hemvården saknar första hjälputbildning. Möjlighet att delta i utbildningar har varit svårt.

Positiva observationer inom äldreomsorgen inkluderar de planer för självbestämmande (IMO-planer) som är under utveckling inom vårdsområdet och Pihlajalinna. Kundens

delaktighet, önskemål och behov har beaktats väl, lokalerna är tillgängliga och säkra, och läkemedelstillstånden är i ordning.

Feedback från tillsynsbesök har visat att det inom funktionshinderservice har varit svårt att nå kundens socialarbetare, och att vägledning av kunden till stöd- och kompetenscentrum har varit problematisk.

I tillsynsbesök inom barnskyddet har observationer och brister inkluderat: bristfälliga lokaler (gamla utrymmen), diskussioner om ansvarspersonens arbetstid (administrativ tid i förhållande till handlednings- och rådgivningsarbete), oklarheter och behov av uppdateringar gällande verksamhetstillstånd, brist på läkemedelstillstånd för läkemedelshandling i vissa enheter, varierande erfarenheter av samarbete med specialistsjukvården och svårigheter för barn och ungdomar att få tider vid hälsovårdscentralen. Positivt är att det inom barnskyddsenheter har tagits väl hand om möjligheterna till fortbildning för personalen.

Inom mentalvård- och missbruksvården har det gjorts observationer om brister i innehållet i läkemedelsplanerna. Handledning har getts i utformning av planen. Inom mentalvård- och missbruksvården har även den stora arbetsmängden bland förpersoner kommit upp som ett problem. De som är förpersoner önskar mer stöd och kontakt med sina egna förpersoner.

Reaktiva inspektioner inom området Vasa-Laihia har kopplats till bland annat avvikelser i läkemedelshandling, fallolyckor och andra situationer som har hotat kund/patientsäkerheten.

De genomförda tillsynsbesöken inom olika tjänster återfinns i tabellen nedan.

4-8/2023 Mellersta distrikt: Vasa och Laihia			
Service	Tillsynsbesök: mängd och typ		
	Planerat	Reaktiv	RFV och OVPH
Äldreomsorg (ej hemvård/service)	2	5	0
Hemvård/hemservice	0	1	0
Funktionshinderservice	8	1	1
Mentalvård/missbrukarvård	10	0	0
Barnskydd	10	1	1
Stödtjänster	0	0	0
Begränsat läkemedelsförråd	6	0	0
Hälsovård	0	1	0
Sammanlagt	36	9	2

5.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen

Förhoppningen är att användningen av HaiPro fortsättningsvis kommer att öka i området eftersom det är ett viktigt verktyg för att utveckla verksamheten. Framledes vore det önskvärt att antalet utvecklingsåtgärder och förbättringar i samband med HaiPro- och Spro-anmälningar ökar.

6. Område 4: Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad

Serviceproduktionen på området har lyckats bra svara mot servicebehovet på området och inga stora störningar har funnits. I det södra området har det skett några förändringar i serviceproduktionen under Q2 perioden. Elektroniska bokningsmöjligheter har tagits i bruk till vissa tjänster i Malax och i Närpes, vilket underlättar bokningen till skötare. Under våren drog Fimlab bort sina analyseringsenheter från området och började transportera tagna prov till Vasa. Vårdprocessen är inte lika smidig och förlängs för att snabbtester inte alltid kan användas. Vårdsområdets servicenummer har tagits bra i användning och 116117 tjänsten börjar vara mera känd.

Hemvårdsteamet i Närpes södra och Kaskö blev ett team och är nu stationerat i Närpes. Detta underlättar vikariesituation samt servicens kontinuitet. Det råder fortsatt brist på personal på området. Speciellt saknas tandläkare och vårdpersonal samt socialarbetare. Resurshanteringscentret har inte kunnat svara mot enheternas vikariebehov fullt ut och enheter hamnar att själva söka arbetstagare för de arbetspass där arbetstagare fattas. Socialvårdens service fungerar bra fast det råder stor arbetsbörda t.ex. inom barnskyddet. Personalen anstränger sig mycket för att uppnå lagstadgade behandlingstider. Hemvård för barnfamiljer har börjat erbjudas på området från och med augusti.

6.1. Kundnöjdhet: NPS

För Österbottens välfärdsområde som helhet är NPS=56 för den angivna tidsperioden. Det antal personer som har utvärderat servicen på södra området under tiden 1.4.-31.8.2023 är 752 (Q1=529) och NPS= 45 (Q1=57) Av dem som har utvärderat servicen har 66,6% (61,7 %*) gett värdet 9 eller 10 vilket innebär att de är nöjda med servicen och gärna rekommenderar den för en anhörig eller vän. Medelvitsordet för servicen ligger på 8.23 i en utvärderingsskala på 0-10.

Från Q2-perioden syns nu också svaren från boendeenheter för äldre samt delaktighetsstöd i resultatet. Inom skolhälsovården har de också tagit i bruk QR-koder för insamling av feedback vilket har lett till att också barn och ungdomar har gett feedback på servicen.

Svaren som gäller kundnöjdheten med Bottenhavets hälsas tjänster i Kristinestad är inte medräknat därför att de inte är med i välfärdsområdets kundrespons system.

6.1.1. Kontakter med social- och patientombudsmannen

Socialombudsmännen: Kontakter i hela välfärdsområdet 147 st. Andelen från Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad 13 st. Av dessa har 5 st varit familjerättsliga ärenden.

Patientombudsmännen: Antalet kontakter från området är 8 st. Den centralaste orsaken till kontakt var bemötandet. Kontakterna gällde även vård samt självbestämmanderätt och delaktighet vid vårdbedömningen. Kunderna önskar sig betjäning och dokumentation på det egna modersmålet.

6.1.2 Anmärkningar och klagomål

Under perioden (1.4-31.8.23) har det inom hälsovården kommit in fyra anmärkningar.

6.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet:

Södra områdets anmälningsstatistik för farliga händelser har blivit samlade från hemma-och boendeverksamhet, tjänster som ges hem, rehabiliteringsenheter för delaktighetsstöd, missbrukarservice, psykosocial service för södra området, vårdavdelningar, öppen sjukvård samt rådgivningsverksamhet och skolhälsovård.

Under tiden 1.4.2023-31.8.2023 hade det kommit in sammanlagt 486 anmälningar från ovanstående enheter. Av de här anmälningarna gällde 81 läkemedelshantering, 289 olika olyckor främst fallolyckor, 36 våldsamt bemötande eller situation och 14 datahantering. Av alla anmälningar anses 20% orsakats lindrig skada åt patient, 6% måttlig skada och 0,5% allvarlig skada. Situationerna har blivit lösta genom att övervaka klientens mående, korrigera felaktiga åtgärder och genom att utföra extra vårdåtgärder. Situationerna har krävt mera resurser samt arbetstid av personalen.

Hem-och boendeservice:

Under perioden Q2 hade det kommit in sammanlagt 296 anmälningar (Q1= 239), vilka 51 (Q=32) gällde hantering av mediciner, 201 (Q1=158) olika olyckor (vanligast fallolyckor) och 15 (Q1=8) anmälningar gällde våldsamma händelser. Orsakerna som man ansåg hade påverkat händelseloppet var förknippat med patientens sjukdom samt patientens eller anhörigas egenskaper. Också resurser, brådska och fysiska miljön ansågs ha påverkat händelseloppet. Ibruktagning av Anja-doseringstjänsten inom hemvården förebygger doseringsfel men uppdatering av ikraftvarande medicinlistor efter sjukhusbesök orsakar ännu felaktigheter i klientens medicinering. Anmälningar om våld har också ökat vilket berättar om vissa klienternas problematiska natur och de personliga egenskapernas påverkan på vården och utmaningar som uppstår i vardagen på enheterna.

Sjukhusservice, allmänmedicinska avdelningar:

Under perioden Q2 hade det kommit in 43 anmälningar (Q1=17), av dessa gällde 26 (Q1=6) olika olyckor, 10 hantering av mediciner (Q1=8) och 4 (Q1=3) gällde datahanteringar. Medicinska vården på avdelningen uppmärksammas med att medicinförändringarna borde gås genom och kontrolleras så att ändringarna följer med på patientens medicinlista och att rätt patient får rätt medicin. Dessutom uppmanas enheterna att göra dubbelkontroller, speciellt i samband med bruk av riskläkemedel som insulin. Också rutiner med att kontrollera patientens id-armband före medicinintagning minskar risken att patienten skulle få någon annans mediciner.

Rehab enheter, Delaktighetsstöd:

Under perioden Q2 hade det kommit in 123 (Q1=43) anmälningar av vilka 50 (Q1=13) gällde olyckor, 34 (Q1=24) hanteringen av mediciner, 21 (Q1=4) våldsamma händelser. Anmälningar som helhet har ökat och samma gäller antal olyckor och våldsamma händelser. Främsta orsakerna som anges ha påverkat olyckorna och våldsamma händelser är klienternas problematiska natur (19) och personliga egenskaper (32) eller självdestruktiva beteende. (8) Av alla olyckor är fallolyckornas andel 31 st. (Q1=5). Anmärkningsvärt är att i 32 fall anses klientens eller hens anhörigas personliga egenskaper försvårat verksamheten. Detta berättar

i sin helhet att klientelet på enheterna kräver specifikt kunnande både om vården och bemötandet.

Social-och hälsocentral:

Under perioden Q2 hade det kommit sammanlagt 12 (Q1=24) anmälningar från öppensjukvårdsmottagningar, tandvården, skolhälsovård och rådgivningar. De flesta anmälningar handlar om datahantering och informationsgången mellan vårdande enheter. Bidragande faktorer har varit otydlig information samt brådska och stress i vårdsituationen eller kommunikation och informationsgången i situationerna.

I sin helhet på södra området har det i 15 % av alla fall varit klientens personliga egenskaper eller problematiska natur som orsakat eller påverkat olyckan. Under Q2 perioden anses bara några fall orsakats eller påverkats av brådska eller bristande resurser. Bland anmälningarna som gäller hanteringen av mediciner stiger tre huvudteman fram. Medicinen har getts åt fel patient, det finns felaktigheter med doseringen eller medicinen har uteblivit. Anmälningar som gäller datahantering berör de olika patientdatasystem som ännu används på området och att informationen gällande klienten inte följer med klienten till vårdande enhet. De flesta anmälningar har blivit behandlade på enheten genom gemensam diskussion och olika utvecklingsåtgärder som är möjliga att göra på enheten. Utvecklingsarbete har blivit gjort när det gäller olika rutiner som gäller enhetens verksamhet.

6.2.1. Utvecklande av klient- och patientsäkerhet

Gällande läkemedelsbehandlingen och baserat på olika rapporterade anmälningar borde hanteringen av alla mediciner och speciellt riskmediciner dubbelcheckas innan de ges åt patienten. Anvisningarna om detta finns till hands på intranätet. Dessutom borde åtgärder som säkrar att rätt medicin ges åt rätt patient tas i bruk, t.ex. granskande av klienten id-band innan medicinintagning. Anja doseringstjänsten har tagits i bruk i hemvården vilket minskar doseringsfel men noggrannhet krävs också där så att rätta mediciner ges till rätt patient. Dessutom borde informationsgången gällande klientens medicinering förbättras för att undvika felaktig dosering.

Anmälningar om våldsamma händelser har ökat och personal eller andra klienter på enheter har blivit offer vid sådana incidenter. Detta berättar att vissa enheter har utmanande klienter som behöver mycket stöd på grund av sina personliga egenskaper. Personalen behöver stöd och utbildning om hur hantera svåra situationer när våld är inblandat. Detta borde ingå redan i induktion på arbetsplatsen och detta skulle öka tryggheten hos nya arbetstagare samt klienterna på enheten. Det är viktigt att erbjuda stöd och handledning i samband med utmanande situationer på enheterna för att förstärka personalen ork och för att garantera personaltillgången också i framtiden. Processen med anmälningar med våldsamma händelser borde repeteras i enheterna samt processen med arbetarskyddsanmälan.

6.3. Hygienarbete

April – augusti 2023

INDIKATOR	RAPPORTERINGS-INTERVAL	RESULTAT/KOMMENTARER
Förbrukning av handdeisinfectionsmedel		Finns ingen metod i bruk
Observering av handhygien		Finns ingen metod i bruk
Personalens influensavaccinationstäckning	Rapporteras 1 ggr x året i januari (endast Specialsjukvård)	Ledningen har inte ännu utvecklat en regionövergripande rapporteringsmetod
MDR-fynd *)		Det här inte förekommit MDR-epidemier. Total mängd MDR-fynd april-augusti: 21
Fall av Clostridioides difficile		Inga siffror att anges. Ingen tillgång till de olika patientdatasystemen/statistik i området.
Antal anställda hygienskötare och infektionsläkare		Hygienskötare 0,5 st inom området. 2 st infektionsläkare i ÖVPH, arbetsplats vid Vasa centralsjukhus. En infektionsläkare tjänst ej tillsatt.
Rekommendation av antimikrobiska mediciner / anvisning		En gemensam riktlinje utarbetas av infektionsläkarna inom VARHA Egentliga Finlands välfärdsområde och hela ÅUCS-samarbetsområdet.
Större epidemier (om de uppkommit)		Inga siffror att anges. Ingen tillgång till de olika patientdatasystemen i området. Säsongs specifika virus har cirkulerat. **) Epidemier som rapporterats till hygienskötaren
Sepsis		Inga siffror att anges. Ingen tillgång till de olika patientdatasystemen/statistik i området

*) Screeningriktlinjerna för multiresistenta mikrober (MDR) har förtydligats och utvidgats från och med 5/2023 baserat på THLs riktlinjer, så detta kan påverka antalet i framtiden.

Kommentarer: Prevalensundersökningar på allmänmedicinska avdelningar planeras för regionen för att få fram förekomsten av infektioner. Genomförande av den första prevalensen planeras till hösten 2023

**) 6/2023 Luftvägsinfektion cirkulerade bland boende i en enhet av effektiverad serviceboende för äldre. Utreddes genom provtagning, men orsakaren lämnade oklart.

6/2023 Covid-19 cirkulerade bland boende i en enhet av effektiverad serviceboende för äldre. Försiktighetsåtgärder hade vidtagits för att förhindra spridning. Insjuknade hade lindrigare symptomen än tidigare.

6.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap

Beredskapsplanering görs enligt planeringsprocessen. Vårdsområdets beredskapsplans allmänna del är färdig och tas upp på nästa styrelsemöte och efter det planen finns i intra. Verksamhetsområdets beredskapsplanering är i gång och de borde vara färdigt i slutet av året. Efter det fortsätter arbete med resultatområdet beredskapsplanering och vid behov resultatenhetens beredskapsplanering.

Säkerhetsdag-utbildningar arrangerade ett tillfälle inom område 1. Tillsammans 20 deltagare.

6.5. Tillsyn

Vid tillsynsbesöken i den södra delen av vårdsområdet observerades brister och utmaningar inom egenkontrollen samt överbelastning bland förpersoner och personal. Det finns fortfarande ett visst motstånd mot vårdsområdets verksamhet, några uppsägningar har också förekommit.

Personalen har en känsla av otillräcklighet i sitt arbete, särskilt medarbetare med utländsk bakgrund, vilka utgör en betydande andel av personalen inom området.

Personalen har i liten utsträckning deltagit i utarbetandet av egenkontrollplaner. HaiPro-anmälan och RAI-bedömningar har införts som nya arbetsverktyg, och det önskas mer utbildning i användning av dessa. Man har inte infört systemet med egenvårdare och det finns utmaningar med att tillämpa egenvårdarsystemet på grund av arbetstagarnas språkfärdigheter.

På grund av språkliga utmaningar kan personalen ha svårt att förstå riktlinjer och planer som vårdsområdet och enheten har utarbetat. Introduktionsplaner, register över apparat, apparatpass och utbildning om dataskydd är nya för personalen, och de arbetar med att bekanta sig med dem.

Temperaturövervakning av läkemedelsrum och medicinskåp utförs inte dagligen. Det finns för få datorer i förhållande till antalet medarbetare. Teammöten dokumenteras och arkiveras inte systematiskt.

Ansvarspersoner är inte utsedda. Det är oklart vem som är ansvarig socialarbetare för enheten. Användningen av boendes dispositionsmedel dokumenteras inte och övervakas inte tillräckligt systematiskt.

Positiva observationer från tillsynen inkluderar att boende är väl omhändertagna och nöjda. Lokalerna är hemliknande, trivsamma, tillgängliga och säkra. Boendena deltar i olika aktiviteter och utomhusaktiviteter. Samarbete med anhöriga är nära och anhöriga deltar också i läkarrunder.

Reaktiva tillsynshändelser i området har rört ämnen som läkemedelsbehandling, saknade läkemedelstillstånd, bristande dokumentation av kundinformation, IT-system och samarbete mellan olika aktörer.

Utförda tillsynsbesök inom olika tjänster presenteras i följande tabell.

4-8/2023 Södra distrikt: Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad			
Service	Tillsynsbesök: mängd och typ		
	Planerat	Reaktiv	RFV och OVPH
Äldreomsorg (ej hemvård/service)	10	0	0
Hemvård/hemservice	3	1	0
Funktionshindersservice	0	0	0
Mentalvård/missbrukarvård	0	1	0
Barnskydd	0	0	0
Stödtjänster	0	0	0
Begränsat läkemedelsförråd	3	0	0
Hälsovård	0	0	0
Sammanlagt	16	2	0

6.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen

Enheter med utmanade klientel och våldsamma händelser borde få stöd-och handledning för att bemöta våld inom vården. Vid introduktion av nya arbetstagare borde ingå verktyg för att bemöta våld redan från början. Processen med anmälningar med våldsamma händelser borde repeteras i enheterna samt processen med arbetarskyddsanmälan. Dubbelkontroll innan administrering av mediciner bör tas i bruk i alla enheter och speciellt lyfta fram vikten av detta i samband med administrering av riskläkemedel för att undvika allvarliga situationer. Klientsituationen på en enhet under delaktighetsstöd har medfört att flera barn lämnar utan korttidsvård. Situation borde åtgärdas för de familjer som lämnats utan service inom korttidsvården. Uteblivna FPA taxiresor ska uppföljas och feedback om störningar ska genast skickas till serviceproducenten. Uteblivna läkartider eller behandlingstider försämrar klientens situation och att klienten missar tiden på grund serviceproducenten försämrar hens jämlikhet i samhället. Förberedande arbete och rekrytering har inletts för hemsjukhusverksamhetens utveckling till Malax området och detta följs även upp under nästa rapporteringsperiod.

7. Specialsjukvård

Under sommaren har tidvis platsbrist förekommit på avdelningar vilket har medfört längre väntetider på samjouren, dock förlöpte sommaren bättre än befarat. På grund av stora problem under våren inleddes lägesdiskussionstillfällen som hölls dagligen under sommaren via teams med representanter från alla allmänmedicinska avdelningar, specialsjukvårdens avdelningar och samjouren. Detta förfarande fortsätter i nuläget med lägesdiskussioner tre dagar i veckan och kortare genomfartstider på samjouren har kunnat konstateras.

De enheter som bedriver verksamhet i H-huset har under perioden hunnit anpassa sig till nya utrymmen och delvis nya verksamhetssätt. Man har fått vänta länge på installation av vissa tekniska lösningar som tryggar patientsäkerheten och ännu finns utrymme för utvecklande av säkrare processer vilket enheterna jobbar vidare med.

7.1.Kundnöjdhet: NPS

Mätaren för kundnöjdheten NPS i Vasa centralsjukhus är 49 (n=1892). Av de som utvärderat servicen har 70,1% svarat att de är nöjda med servicen och gärna rekommenderar för andra. Majoriteten (83,8%) anser att de har fått service på sitt modersmål. NPS har sjunkit något i jämförelse mot de tre första månaderna år 2023.

För hela Österbottens välfärdsområde var NPS 56 (n=8243), av dem som gett respons har 72,5% svarat att de är nöjda med servicen och gärna rekommenderar den för andra.

7.1.1. Kontakter med social- och patientombudsmannen

Socialombudsmännen: 13 stycken kontakter gällande varierande ärenden tex. avgiftstak, självbestämmanderätt, ekonomiska frågor. Resten av kontakterna har varit övriga kontakter gällande allmänna frågor från personal samt ärenden som kopplats till FPA, intressebevakning eller andra myndigheter.

Patientombudsmännen: Totala antalet kontakter var 187 st. Kontakterna gällde främst vård, patientsäkerhet och negativt bemötande. Kontakterna har även gällt eventuella patientskador som uppstått i samband med behandling. En del anhöriga är missnöjda p.g.a. att de ej får vara tillräckligt delaktiga i vården eller vårdbeslut. Kontakterna har även gällt poliklinikernas telefontider – man får inte kontakt under telefontiden.

7.1.2 Anmärkningar och klagomål

Under perioden (1.4-31.8.23) har det getts svar på 34 anmärkningar och regionförvaltningsverket har gett beslut i ett klagomålsärende rörande specialsjukvårdens enheter. Antalet anmärkningar till akutmottagningen (7), psykiatri (6) och kirurgiska polikliniken (4) är något fler, men i övrigt fördelas anmärkningarna mellan de olika enheterna. Dessutom har förvaltningsdomstolen utfärdat fem beslut i samband med klagomål om genomförandet av ofrivillig vård inom psykiatri.

7.2. Observationer gällande klient- och patientsäkerhet

Antalet patient- och klientsäkerhetsanmälningar minskar ofta lite under sommarmånaderna, troligen dels för att förfaringssättet inte är så bekant för vikarier och dels för att ordinarie personal kanske inte hinner anmäla i samma omfattning.

Handläggningstiden är även lång på vissa av specialsjukvårdens enheter. Enheterna har oftast minst två huvudsakliga handläggare för att säkerställa handläggning av negativa händelser även under semesterperioder. Påminnelse om att sträva till kortare handläggningstider gjordes under våren.

Anmälningar till socialvårdens enheter om upptäckta missförhållanden eller hot om missförhållanden är ännu en obekant anmälmöjlighet för de flesta inom specialsjukvården. Under tidsperioden har endast en SPro anmälan gjorts från psykiatrisk enhet.

Akutsjukhus har mottagit 325 patientsäkerhetsanmälningar under rapporteringsperioden, varav 79% är färdigt handlagda. Största antalet (247 anmälningar) gäller den jourmässiga verksamheten på centralsjukhuset. Av anmälningarna utgörs 26% av nära ögat händelser, 58% av händelser som drabbat patient och 16% av övriga upptäckter eller utvecklingsförslag. De vanligaste händelsetyperna är informationsrelaterade händelser (27%), läkemedelsrelaterade avvikelser (21%) samt händelser relaterade till övrig vård och uppföljning (18%). En händelse hade medfört allvarliga följder för patient, medan sex händelser har bedömts utgöra betydande risk för patientsäkerheten.

Diagnostiken består av flera all-österbottniska enheter (sjukhusapotek, röntgen, instrumentvård) men utgör samtidigt väldigt långt specialistsjukvårdens verksamhetsenheter och rapporteras i sin helhet här. 34 anmälningar har inkommit under rapporteringsperioden, varav endast 38% är färdigt handlagda. Andelen nära ögat tillbud är 29%, händelser som drabbat patient 38% och övriga upptäckter 32%. Händelsetyperna toppas av apparatrelaterade händelser (31%), läkemedelsrelaterade händelser 18% och laboratorie- och bildtagningsrelaterade avvikelser (15%). Händelserna har inte medfört allvarliga följder för patient och inte heller klassats som allvarlig risk.

Vårdavdelningarna inom specialistsjukvården har mottagit 266 anmälningar varav 87% är färdigt handlagda. Bland dessa utgörs 21% av nära ögat händelser, 65% har drabbat patient medan övriga upptäckter/utvecklingsförslag är så stor andel som 14% av alla rapporter. Läkemedelsrelaterade händelser utgör flertalet (30%) av alla händelsetyper och därefter kommer olycksfall (22%). Informationsrelaterade avvikelser förekommer också i stor utsträckning (20%). Följderna för patient har i 22 fall varit måttliga, ingen allvarlig följd medan andelen händelser klassade som betydande risk för patientsäkerheten är 16.

Poliklinikerna inom specialistsjukvården har mottagit 54 anmälningar totalt, varav 57% handlagts hittills. Nära ögat rapporterna utgör 24%, medan händelser som drabbat patient är 44% och övriga upptäckter så många som 32%, vilket vittnar om en god säkerhetskultur. Liksom tidigare är vanligaste händelsetypen informationsrelaterade avvikelser som utgör 65% av alla. Sedan följer läkemedelsrelaterade (11%) och laboratorie- och bildtagningsrelaterade händelser (9%). Inga måttliga eller allvarliga skador har orsakats patienter och inte heller någon händelse bedömts utgöra betydande eller allvarlig patientsäkerhetsrisk.

Psykiatrins specialistsjukvårdsenheter; vårdavdelningar för vuxna, ungdomar och barn samt polikliniker har tillsammans mottagit så många som 123 anmälningar, varav handlägningsprocenten är på mycket god nivå (90%) på vårdavdelningar för vuxna. Största delen av alla anmälningar till psykiatriska polikliniken (33/38) utgörs av samma patients anmälningar om missnöje med vård och bemötande, där anmälaren trots flera olika försök från enheten dessvärre inte blivit nöjd med varken bemötande eller erbjuden vård.

Inom psykiatriska vårdavdelningar för vuxna utgörs de 49 anmälningarna av 33% nära ögat händelser, 53% händelser som drabbat patient och 14% övriga upptäckter och utvecklingsförslag. Händelsetyperna är läkemedelsrelaterade händelser (26%), övriga händelser (21%) och olycksfall (12%). De övriga händelserna utgörs till ungefär hälften av enheternas egna anmälningar om den olägenhet som rökutrymmet medför i form av lukt och risk för brand. I ett fall har man bedömt att fallolycka medfört allvarlig skada åt patient då denne fick fraktur. Inga allvarliga patientsäkerhetsrisker har noterats.

Barn och ungdomspsykiatrin har totalt 36 anmälningar varav 50% av händelserna har drabbat patient, endast 14% varit nära ögat händelser men 36% utgjorts av övriga upptäckter eller utvecklingsförslag. Våldsrelaterade händelser är de vanligaste (32%) medan också flera

gäller den överbeläggning som ihållande präglat ungdomspsykiatriska avdelningen. Inga allvarliga följder för patient eller allvarliga risker i allmänhet har dock uppdagats.

Patienter och anhörigas anmälningar om negativa händelser görs via elektronisk blankett på välfärdsrådets www-sida för respons. 72 anmälningar av totalt 103 under tidsperioden har inkommit till specialistsjukvårdens enheter. Förutom de tidigare nämnda anmälningarna av samma patient som riktats till psykiatriska polikliniken har de flesta gällt jourverksamheten och missnöje med vård och bemötande på samjouren.

Från specialistsjukvårdens mödra- och gynekologiska poliklinikernas verksamhetspunkt i Jakobstad har inkommit ett flertal patientanmälningar kring en enskild gynekologs medicinska kunnande och beteende gentemot patienterna. En intern förundersökning om allvarlig händelse har gjorts där man konstaterat att i de två undersökta fallen har inga direkta medicinska fel begåtts, däremot framkommer det stora brister i kommunikationen och bemötandet av patienterna. Eftersom nya anmälningar fortsätter att komma in så bedöms kontinuerligt i vilken mån ytterligare utredningar behöver göras och vilka åtgärder som kan vidtas.

7.2.1. Utvecklande av klient- och patientsäkerhet

Akutsjukhus enheternas handläggare av HaiPro anmälningarna har antecknat utvecklingsförslag för att förbättra säkerheten endast i samband med 13 händelser (4%). Diagnostiken har i två fall planerat utvecklingsåtgärd medan vårdavdelningarna har planerat 30 utvecklingsåtgärder (11%). Specialistsjukvårdens polikliniker har ganska låg handlägningsprocent och har hittills endast planerat in en utvecklingsåtgärd. Inom psykiatrin, och främst på vårdavdelningar för vuxna, har man planerat utföra så många som 22 utvecklingsåtgärder, vilket är en klar ökning från tidigare. De flesta av alla planerade utvecklingsåtgärder rör ändringar i förfaringssätt.

Enheterna bör bli bättre på att dokumentera åtgärder som faktiskt planeras och verkställts samt utvärdering av deras effekt på patientsäkerheten. Detta bör framöver fokuseras ännu mer på i samband med utbildningar och introduktion av nya förpersoner men även åt läkare som fungerar som handläggare av anmälningar. Att åtgärda säkerhetsrisker och dokumentera dessa möjliggör spridning av goda förfaringssätt och främjar säkerhetskulturen. Dokumentationen är bevis på att man vidtagit åtgärder och kan användas tex i samband med ledningens genomgångar.

7.3. Hygienarbete

April-augusti 2023 (om inget annat anges), enheter vid Vasa Centralsjukhus

INDIKATOR	RAPPORTERINGS- INTERVALL	RESULTAT/ KOMMENTARER
Förbrukning av handdesinfektionsmedel (eDesi)	4 gånger per år, först kvartalsvis förbrukning, sedan kumulativ förbrukning	Under andra kvartalet (1.4.-30.6.23): somatiska vårdavdelningar 32.71 ml/vård dag och intensiv- och övervakningsavdelning 96.83 ml/vd. Kumulativt sedan årets början: somatiska vårdavdelningar 36.92 ml/vd och intensiv- och övervakningsavdelning 78.87 ml/vd. Målet är 100 ml/vd. Under andra kvartalet: på operationsavdelning och dagkirurgi 141.69 ml/operation. Kumulativt sedan årets början 119.56 ml/operation. Målet 100 ml/operation.
Observation av handhygien (eHuuhe)	3 gånger per år	Målet är 30 observation/ enhet / månad. Följande enheter har nått målet i allmänhet: kirurgiska vårdavdelningar (H4 och H5) samt jouravdelning Y1A. Alla vårdavdelningar och TeVa har gjort handhygienobservationer regelbundet. Jour –och operationsverksamhet samt specialsjukvårdens öppenvård har inga resultat, för enheterna har inte haft vårdarresurser för den här verksamheten. Handhygienobservationer i patientarbete har gjorts allt som allt 813 st på somatiska enheter. Läkare har blivit observerade vid 223 tillfällen och 2% av handdesinfektionstillfällen har varat över 20 sekunder vilket räknas som godkänt. Målet är ändå att handdesinfektionen varar 30 sekunder. Vårdare har observerats vid 493 tillfällen och 46% har varat över 20 sekunder. Handdesinfektionstiden har blivit kortare jämfört med början av året. Man kan även se att desinfektionstiden oftast är kortast före patientkontakten. Operations –och åtgärdsenheter har inte gjort observationer av den kirurgiska handdesinfektionen, som ska räcka 3 minuter. Brister i god handhygien framkommer regelbundet vid observationerna. Mest har man dokumenterat armband (47 st) långa ärmar (10 st) , ringar (9 st). Det finns dokumenterat 69 brister allt som allt gällande alla yrkesgrupper.
Personalens influensavaccinationer (ePiikki)	Rapporteras 1 gång om året i januari	-
Vårdrelaterade blododlingspos	3 gånger per år	30 st 1,12 /1000 vård dagar

itiva sepsis (SAI)		Liten ökning jämfört med samma period förra året.
Vårdrelaterade Clostrioides difficile fynd (SAI)	3 gånger per år	19 st 0,71 /1000 vård dagar Liten minskning jämfört med samma period förra året.
Infektioner av konstgjorda ledproteser (SAI)	3 gånger per år. Antalet anmäls kumulativt och i procent.	Elektiva totala höftprotes-op 1,7 %. Elektiva knäprotes-op 0,6 %. Liten ökning av infektioner vid höftproteser. Knäprotesinfektioner på en låg och acceptabel nivå.
Multiresistenta mikrober (SAI/MMKR)	3 gånger per året	Nya fynd inom hela välfärdsområdet: Esbl 72 stycken, mrsa 36 st och mdrgr 2 st.
Större epidemier (om de uppkommit).	3 gånger per året	Inga större epidemier.
Antal anställda hygienskötare och infektionsläkare	3 gånger per året	2 hygienskötare och 2 infektionsläkare. Infektionsläkare betjänar hela välfärdsområdet.
Rekommendation av användning av antimikrobiska mediciner	3 gånger per året	Ett team lett av en infektionsöverläkare från Tyks har uppdaterat rekommendationen på finska. En översättning på svenska är under arbete.

7.4. Säkerhetsutbildning (fastighet, brand och personsäkerhet), beredskap

Beredskapsplanering görs enligt planeringsprocessen. Välfärdsområdets beredskapsplans allmänna del är färdig och tas upp på nästa styrelsemöte och efter det planen finns i intra. Verksamhetsområdets beredskapsplanering är i gång och de borde vara färdigt i slutet av året. Efter det fortsätter arbete med resultatområdets beredskapsplanering och vid behov resultatenhetens beredskapsplanering.

Säkerhetsdag-utbildningar arrangerade fyra tillfällen inom centralsjukhuset område. Tillsammans 73 deltagare.

7.5. Tillsyn

Under den rapporterade 4-8/23 perioden genomfördes inga tillsynsbesök inom specialistsjukvården.

7.6. Faktorer som man bör ge akt på i uppföljningen

Stängning av gamla intra bör följas upp. Vasa centralsjukhus intra stängs 1.10, riskbedömning har gjorts. Skyddsmekanismer för att hantera problemsituationer som kan uppstå har kartlagts och finns. Ifall stora problem med tillgången till viktig information för patientarbetets utförande uppstår så kan gamla intra i nödfall återupprättas.

Under kommande delårsperiod kommer två av Vasas allmänmedicinska avdelningar flytta från Damnbrunnen till H-huset och vissa ändringar i befintliga avdelningars struktur görs. Vissa utmaningar kan befaras uppstå då primärhälsovårdens och specialistsjukvårdens vårdavdelningar finns i samma utrymmen och riskerna behöver fortsätta utredas innan flytten. Tydlig information till alla kontaktytor bland befintliga enheter i Sandviken behöver även följas upp och säkerställas. Positiva effekter kommer säkert ändringen också att medföra både för personal och patienter.

Den indragna laboratorieverksamheten i några kommuner befarades påverka samjouren med flera patientbesök men någon tydlig sådan trend har inte kunnat påvisas. Från de orter där verksamheten begränsats till endast provtagning och snabbtester kommer dock mer negativa bud om att provsvar kommer senare än vanligt sent på eftermiddagen vilket fördröjer den akuta patientens vårdbedömning och den eventuellt hemgångsklara patientens utskrivning från allmänmedicinsk avdelning, vilket i sin tur kan ha påföljden att samjouren måste vänta med att flytta patient till vårdavdelningen. Planeringsmöte med Fimlab har inbokats för att diskutera ärendet och om möjligt göra processen smidigare.