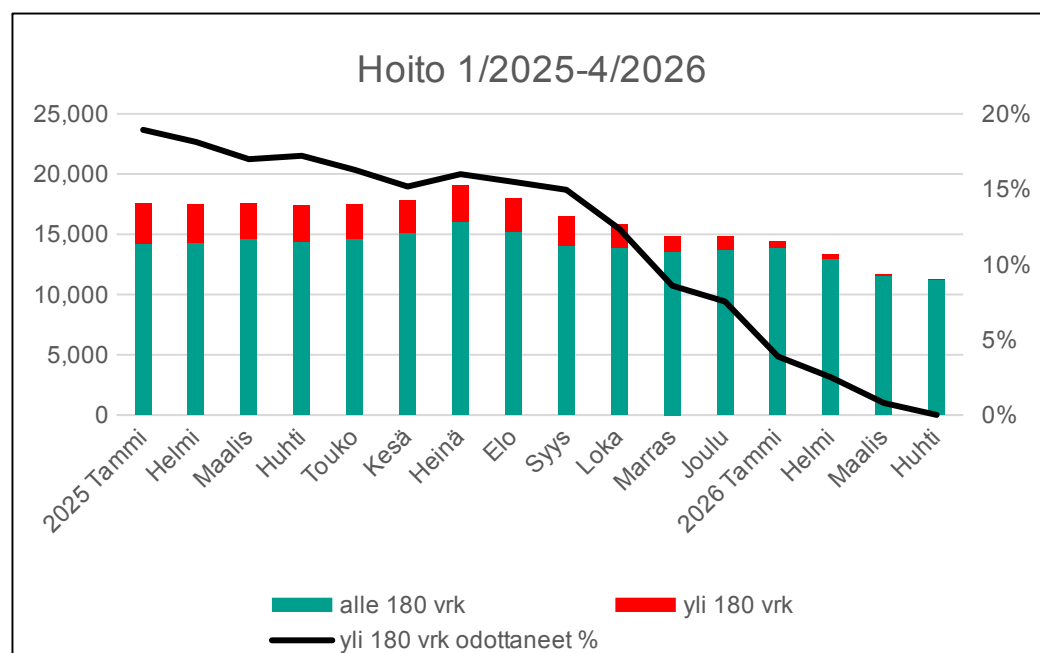
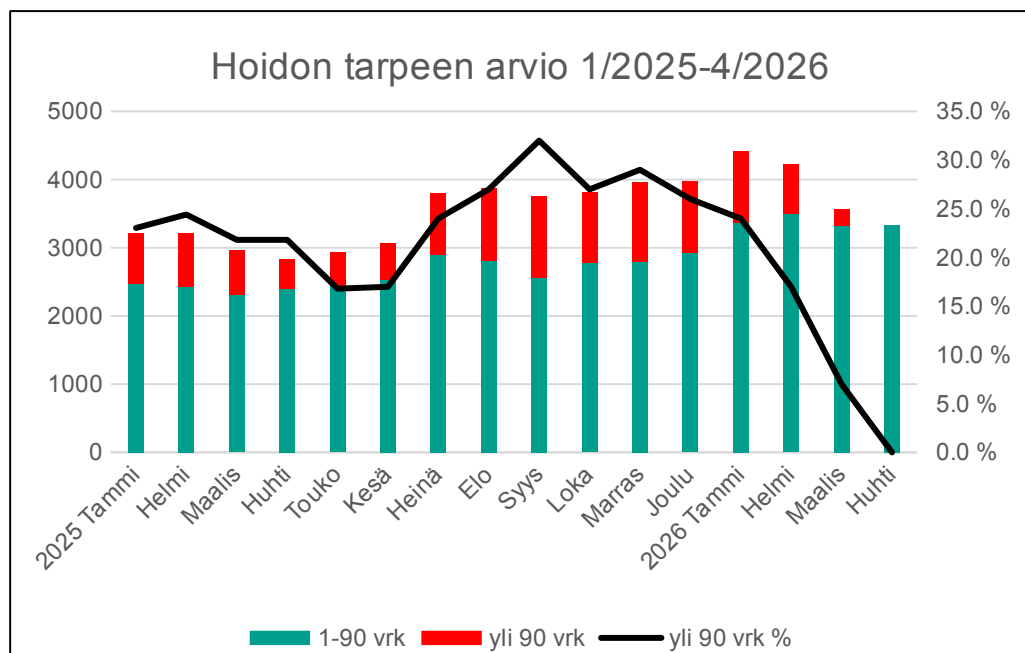


Delårsrapport om egenkontroll 1–4/2026



Tillgång till vård inom den specialiserade sjukvården

Mätare	Mål	30.4.2026	Observationer
Behandling av remisser	≤ 21 dygn	99,3%	36 622 remisser har behandlats inom tidsfristen och endast gällande 248 (0,7 %) remisser har tidsfristen på 21 dygn överskridits. Medianen för den genomsnittliga väntetiden är 1 dygn.
Bedömning av vårdbehovet	≤ 90 dygn	100 %	Bedömningen av vårdbehovet genomfördes för alla inom mindre än 90 dygn
Tillgång till vård	≤ 180 dygn	99,99 %	1 patient hade 30.4.2026 väntat på vård i mer än 6 månader



Tillgång till vård inom primärvården, ≥ 23-åringar

Mätare	Mål	1–4/2026	Observationer
Tillgång till vård, alla			Från och med 22.4.2026 har det i patientdatasystemet upptäckts ett tekniskt fel, på grund av vilket uppgifterna inte överförs rätt till AvoHilmo-systemet. Det här inverkar på alla AvoHilmo-uppgifter förutom inom mun- och tandvården.
Öppenvård Läkare Skötare	≤ 14 dygn (strategiskt mål)		För läkarnas del har man inte uppnått målet gällande 14 dygn. Gällande vårdarbetet är situationen bättre. SHM:s ansökan om statsunderstöd för vårdens kontinuitet pågår. Med hjälp av finansieringen hoppas vi kunna öka i synnerhet läkarresursen. Situationen har gått igenom i områdena och vidare i enheterna.
Tillgång till vård, ≥ 23-åringar			
Öppenvård Läkare Skötare	≤ 3 månader	99,3% 99,8 % 99,2 %	Målet uppnås.
Mun- och tandvård Tandläkare Munhygienist/ tandskötare	≤ 6 månader	96,1% 97,6 % 87,8 %	Målet uppnås i regel bra, men det finns en del regionala skillnader. Situationen har gått igenom i områdena och vidare i enheterna.
Tjänster inom mentalvård och missbrukarvård	≤ 3 månader	99,9 %	Målet uppnås bra.

Tillgång till vård inom primärvården, < 23-åringar

Mätare	Mål	1–4/2026	Observationer
Tillgång till vård, < 23-åringar			Från och med 22.4.2026 har det upptäckts ett tekniskt fel i patientdatasystemet, på grund av vilket uppgifterna inte överförs rätt till AvoHilmo-systemet. Det här inverkar på alla AvoHilmo-uppgifter förutom inom mun- och tandvården.
Öppenvård Läkare Skötare	≤ 14 dygn	89,7% 64,2% 98,1%	Vårdgarantin uppnås inte bland läkarna. Gällande vårdarbetet är situationen bättre. Som stöd för tillgången till vård och vidareutvecklandet av vårdens kontinuitet har man ansökt om social- och hälsovårdsministeriets projektfinansiering. Personalen har hållits uppdaterad om situationen och man har diskuterat utvecklingsåtgärder.
Mun- och tandvård Tandläkare Munhygienist/ tandskötare	≤ 3 månader %	88,3 % 89,9 % 84,1 %	Vårdgarantin för personer under 23 år uppnås inte till 100 %, men antalet patienter för vilka vårdgarantin har överskridits är litet. Situationen har gått igenom i områdena.
Tjänster inom mentalvård och missbrukarvård	≤ 14 dygn	82,6 %	Tillgången till vård för personer under 23 år har förbättrats jämfört med december-januari. Det här har påverkats av inrättandet av bedömning av det egna vårdbehovet i början av året och ökande av användningen av köpta tjänster. Genom att effektivisera dessa förbättras tillgången till vård även framöver.

Behandlingstider som grundar sig på lag inom socialservicen (social- och hälsotjänster)

Mätare	Mål	1–4/2026	Observationer och åtgärder
Behandlingstiderna för barnskyddsanmälningar	≤ 7 dygn	98,1 %	Behandlade anmälningar 7 873
Mätare	Mål	1–4/2026	Observationer och åtgärder
Behandlingstider för utkomststöd	≤ 7 dygn	98,6 %	Behandlade anmälningar 7 424

Tillgång till tjänster inom tjänster för äldre

Mätare	Mål	1–4/2026	Observationer
Tjänsternas omfattning, ≥ 75 år			
Omfattningen av serviceboende med heldygnsomsorg, ≥ 75 år.	≤ 6,0 %	* 6,21 %	Omfattningen har minskat något i enlighet med målet trots att antalet klienter har ökat
Service på en institution (äldreboenden)	≤ 0,1 %	* 0,31 %	
Gemenskapsboende	≥ 1,0 %	*0,81 %	Omfattningen har minskat något, eftersom ökningen i antalet klienter har dämpats
Hemvård, regelbunden	≥ 12,0 %	*12,0 %	Omfattningen är i enlighet med målet
Stöd för närståendevård, ≥ 75 år. (under året)	≥ 4,0 %	** 3,93 %	Stödet för närståendevård har förblivit oförändrat
Mätare	Mål	1–4/2026	
Väntetiderna i genomsnitt från det att ärendet inkommit			
Serviceboende med heldygnsomsorg	< 90 dygn		Väntetiderna är i enlighet med målet
Gemenskapsboende	< 90 dygn		
Stöd för närståendevård	< 50 dygn	48 (1-3 mån.)	
* Omfattningen 31.3.2026			
** Omfattningen 2025			

Tillgång till tjänster inom den prehospitala akutsjukvården

Utfall (min.)	Målsatt tid (min.)	Observationer
AB Centralort: 50 % 6:32, 90 % 10:39	50 % 6:00, 90 % 9:00	Nåendet av en patient i nöd (AB) har förbättrats i riskområdesrutorna 5/6 med 50 % och 90 % jämfört med 2025 Q1. Den enda försämringen är "annan tätort 50 %". Nåendet överskrider fortfarande den målsatta tid som fastställts i beslutet om servicenivån. Förbättrad kunskapsledning har gjort det möjligt att dela exaktare och målstyrd information till akutvårdarna och möjliggör därmed ändring genom chefsarbete.
AB Annan tätort: 50 % 8:52, 90 % 17:53	50 % 8:00, 90 % 17:00	
AB Bebodd landsbygd: 50 % 16:34, 90 % 28:29	50 % 15:00, 90 % 26:00	
C 30:37	30:00	
D 68:46	120:00	

Anmälningar gällande klient- och patientsäkerheten/anmälningar om missförhållanden (HaiPro) 1–4/2026

uppgifterna 1–4/2025 inom parentes

12.5.2026	Varha	ÅUCS/sjukhustjänster	Social- och hälsotjänster	Tjänster för äldre	Räddningstjänster	Koncerntjänster
HaiPro (n)	17 342 (15 290)	7 022 (5 845)	3 077 (2 569)	6 756 (6 389)	81 (100)	314 (298)
Hände en klient/en patient (%)	70 % (68,7 %)	68,7 % (64,6 %)	62,5 % (61,3 %)	76,8 % (77,7 %)	34,6 % (41,0 %)	39,5 % (33,9 %)
De 3 vanligaste typerna av händelse	1. Läkemedels- och vätskebehandling 27,3 % 2. Olycksfall/olycka 22,1 % 3. Laboratorie- eller annan undersökning 12 %	1. Laboratorie- eller annan undersökning 26,9 % 2. Läkemedels- och vätskebehandling 17,7 % 3. Olycksfall/olycka 13,2 %	1. Läkemedels- och vätskebehand- ling 28,1 % 2. Våld 14,1 % 3. Olycksfall/olycka 11,5 %	1. Läkemedels- och vätskebehandling 38,6 % 2. Olycksfall/olycka 37,7 % 3. Annan 4,8 %	1. Läkemedels- och vätskebehandling 18,1 % 2. Apparat, utrustning 15,7 % 3. Operativ miljö inom den prehospitla akutsjukvården 14,5 %	1. Informationsgång/ informationshantering 22,6 % 2. Apparat, utrustning 18,0 % 3. Annan 17 %
Procentuell andel av de behandlade anmälningarna som innehöll utvecklingsåtgärder	3,3 % (3,1 %)	2,8 % (3,5 %)	6,7 % (3,9 %)	2,2 % (2,2 %)	0,0 % (5,5 %)	10,1 % (10,3 %)
Allvarliga (= allvarlig risk eller allvarlig skada)	0,1 %, (0,3 %) 0,4 % (0,5 %)	0,1 % (0,2 %) 0,5 % (0,6 %)	0,2 % (0,5 %) 0,5 % (0,2 %)	0,0 % (0,1 %) 0,3 % (0,5 %)	0 % (0 %) 0,0 % (1 %)	0,0 % (7,4 %) 0,0 % (0 %)
Anmälningar gjorda av klienter/ patienter/närstående	55 (70)	29 (35)	12 (15)	5 (14)	1 (2)	0 (2)
PosiPro-anmälningar	1 376 (863)	638 (505)	264 (135)	382 (159)	50 (32)	33 (24)

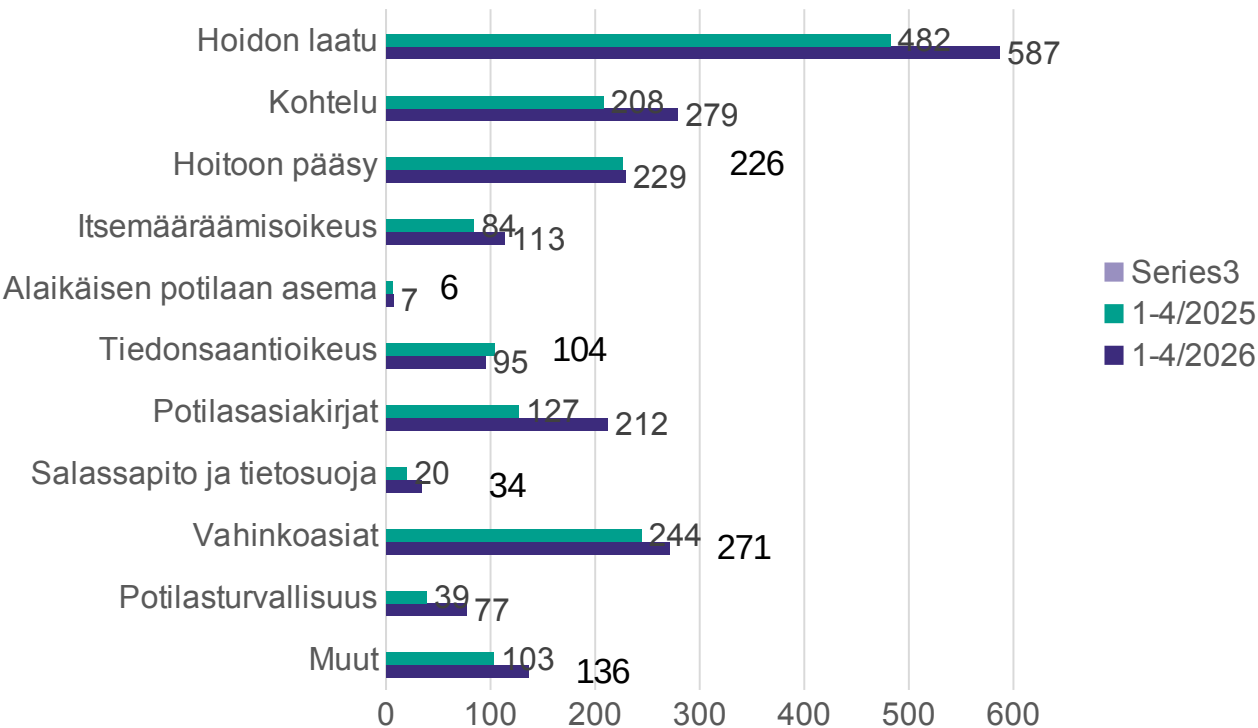
Anmärkningar, klagomål & begäranden om omprövning, anmälningar till dataskyddsombudet

*Uppgifter januari-mars	1–3/2026
Anmärkningar*	
hälsovård	351
socialvård	139
Klagomål*	
mun- och tandvård	6
socialvård	8
Begäranden om omprövning*	166

Orsaker till att patient- och socialombud kontaktats 1–4/2026 (1–4/2025)

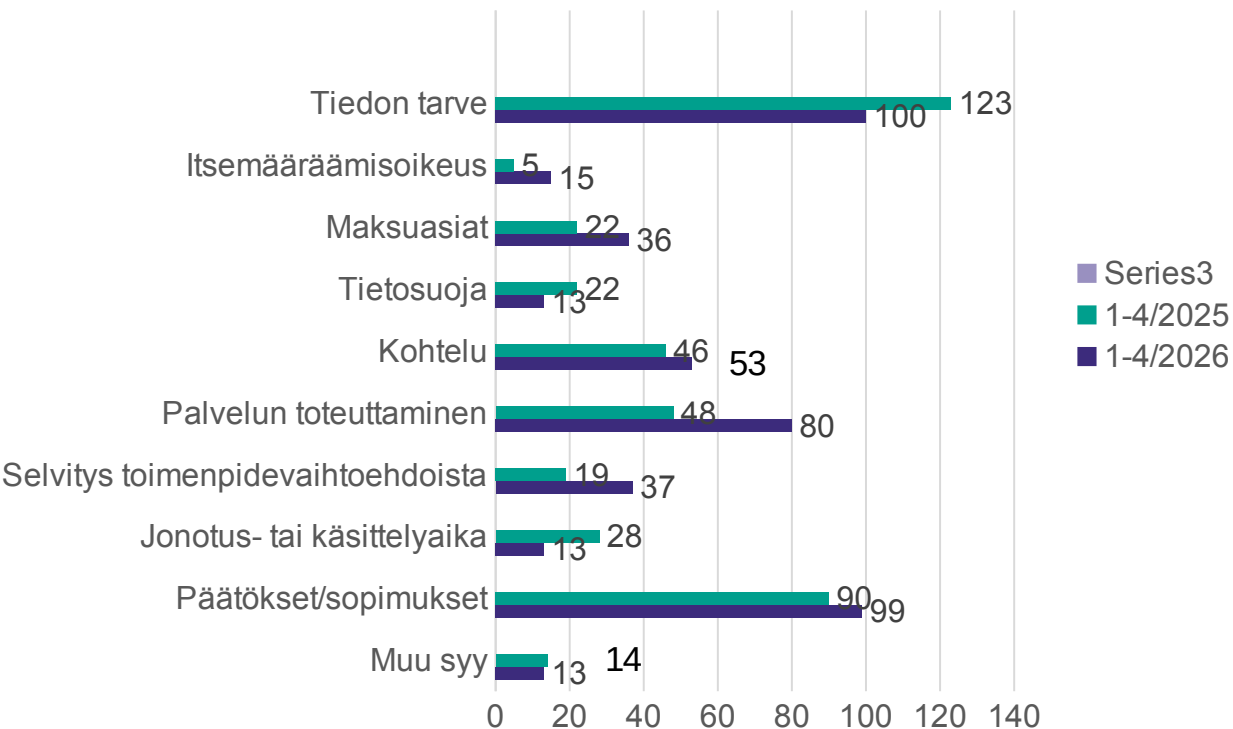
Det kan finnas ett flertal orsaker till att man tagit kontakt

Potilasasiavastaavat



Kontakt 1 124 ggr (998 ggr 1–4/2025)

Sosiaaliasiavastaavat



Kontakt 270 ggr (23 ggr 1–4/2025)

Utnyttjande av SHQS-standarden i Varha

- SHQS-kvalitetsstandarden (Social and Health Quality Standard) är avsedd för de instanser som organiserar och producerar social-, hälso- och räddningstjänster.
- Standarden grundar sig på lagstiftnings- och myndighetskrav och nationella rekommendationer samt allmänna principer för kvalitetskontroll gällande social- och hälsovården samt räddningsväsendet.
- SHQS-standarden innehåller kriterier, med hjälp av vilka verksamhetens kvalitet bedöms och utvecklas multiprofessionellt och systematiskt.
- SHQS har i Varha kopplats till att vara en del av programmet för egenkontroll, och kvalitetsstandarden stöder genomförande och säkerställande av egenkontrollen och av klient- och patientsäkerheten i de olika enheterna i organisationen.
- Hur självutvärderingarna framskrider:
 - Självutvärderingarna har startat i ÅUCS/sjukhustjänster och den prehospitala akutsjukvården
 - I funktionshindersservicen inom social- och hälso- och sjukvård startar självutvärderingarna hösten 2026
 - I tjänster för äldre är målet att börja införa SHQS under 2027
- Hur de interna kvalitetsrevisionerna framskrider:
 - De interna kvalitetsrevisionerna har startat i ÅUCS/sjukhustjänster
 - Inom den prehospitala akutsjukvården är målet att inleda interna kvalitetsrevisioner under 2026

Standarden för kvalitetskontroll inom social- och hälsovården, SHQS, ÅUCS/sjukhustjänster 1–4/2026

- Självutvärderingar
 - inledda självutvärderingshändelser totalt 44 stycken
 - utifrån de gjorda observationerna har totalt 145 förbättringsåtgärder vidtagits
 - De kriterier som medfört flest åtgärder: *Introduktionens systematiskhet, Fastställande och kontroll av processer, Patient- och klientsäkerhet, Systematisk kvalitetskontroll (självutvärderingarnas regelbundenhet och deras utnyttjande i utvecklingsarbetet)*
- Interna kvalitetsrevisioner
 - totalt tre genomförda kvalitetsrevisioner
 - nio kvalitetsrevisioner planeras
- Inspektioner av ledningen
 - har genomförts i enlighet med tidigare praxis

Standarden för kvalitetskontroll inom social- och hälsovården, SHQS, i ÅUCS/sjukhustjänster 2026

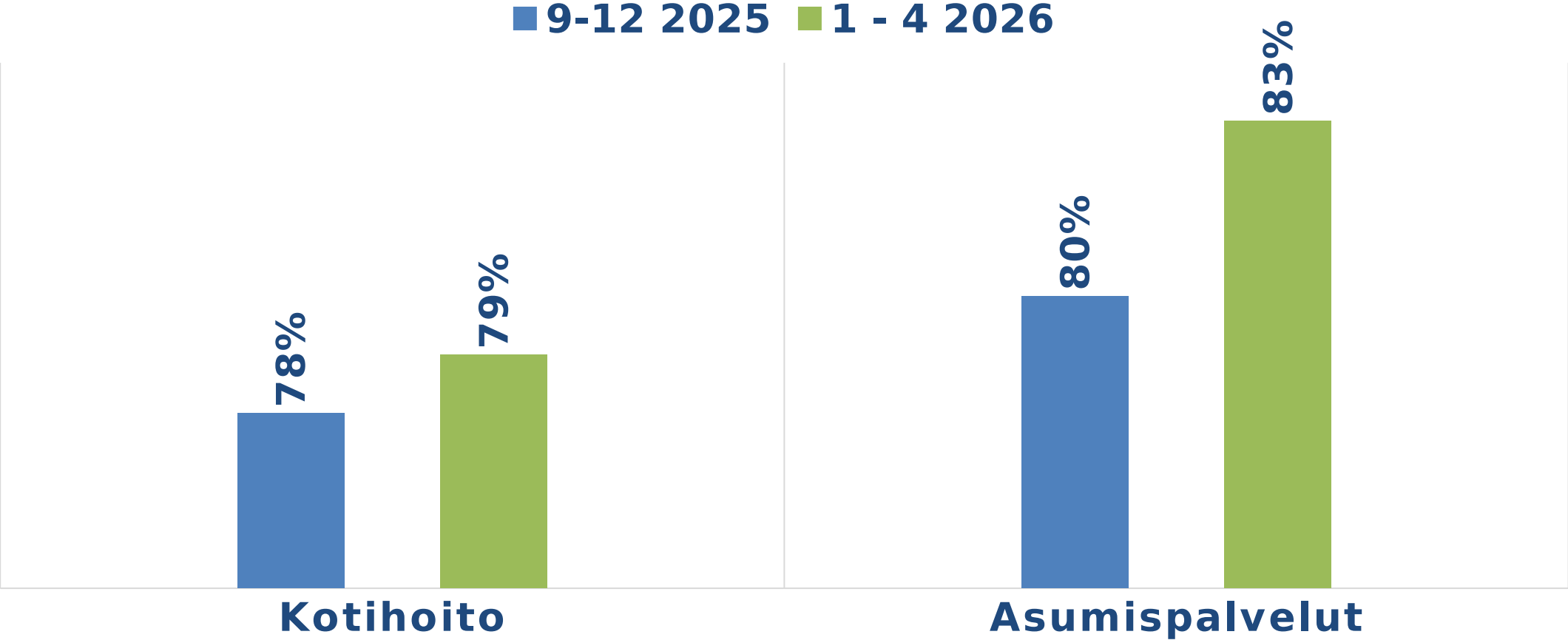
Självutvärderingar	Interna kvalitetsrevisioner	Inspektioner av ledningen
I enlighet med den årsklocka som resultatgrupperna har fastställt	I enlighet med den årsklocka som resultatgrupperna har fastställt	I enlighet med den mall som Varha har utformat (under arbete)
Rapportering i enlighet med årsklockan för egenkontrollen Serviceområdesspecifik uppföljning så som den formulerats i Thinking Portfolio som stöd för uppföljningen och bedömningen av SHQS-årsklockan. Uppföljning kvartalsvis med den första uppföljningen i september. Principerna för kvalitetskontroll enligt SHQS-standard: • Kundorientering • Kontinuerlig förbättring • Riskbaserat tänkande • Multiprofessionell ledning av processer • Beslutsfattande som grundar sig på information • Personalens delaktighet Pågående lärdomsprov som anknyter till kvaliteten: Effekterna av åtgärderna i självutvärderingarna 2025, självutvärderingarna som en del av egenkontrollen så som de upplevs av ansvarspersonerna, SHQS så som den upplevs av personalen, digital tavla för den dagliga ledningen		

Lagstadgad bedömning inom tjänster för äldre (RAI)

RAI (Resident Assessment Instrument) är ett internationellt system inom social- och hälsovården för bedömning och uppföljning av funktionsförmågan och servicebehovet. I Finland grundar användningen av systemet sig på lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre och det innehar en central roll i kvalitativ vård av äldre. Inom tjänster för äldre fastställs klienternas servicebehov med hjälp av RAI-systemet, och det används olika mätarhelheter för olika tjänster. Kundhandledningen använder CA (clinical assessment) och Helsa (Helsinki social assessment), i tjänster som stöder boende hemma används HC (home care) och i boendeservicen LTC (long term care).

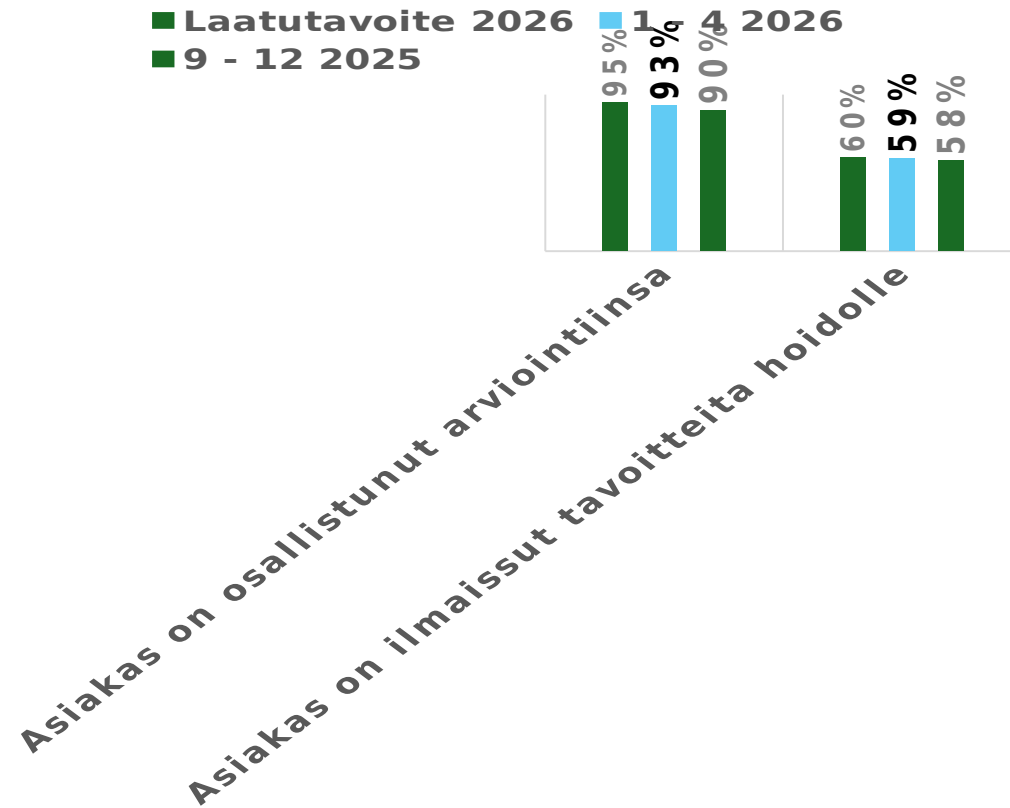
Under perioden har vi fastställt centrala kvalitetsmål i enlighet med RAI-mätaren för tjänsterna, och uppnåendet av målen följs framöver upp som en del av egenkontrollen.

Andelen genomförda RAI-bedömningar av klienterna (uppskattning)

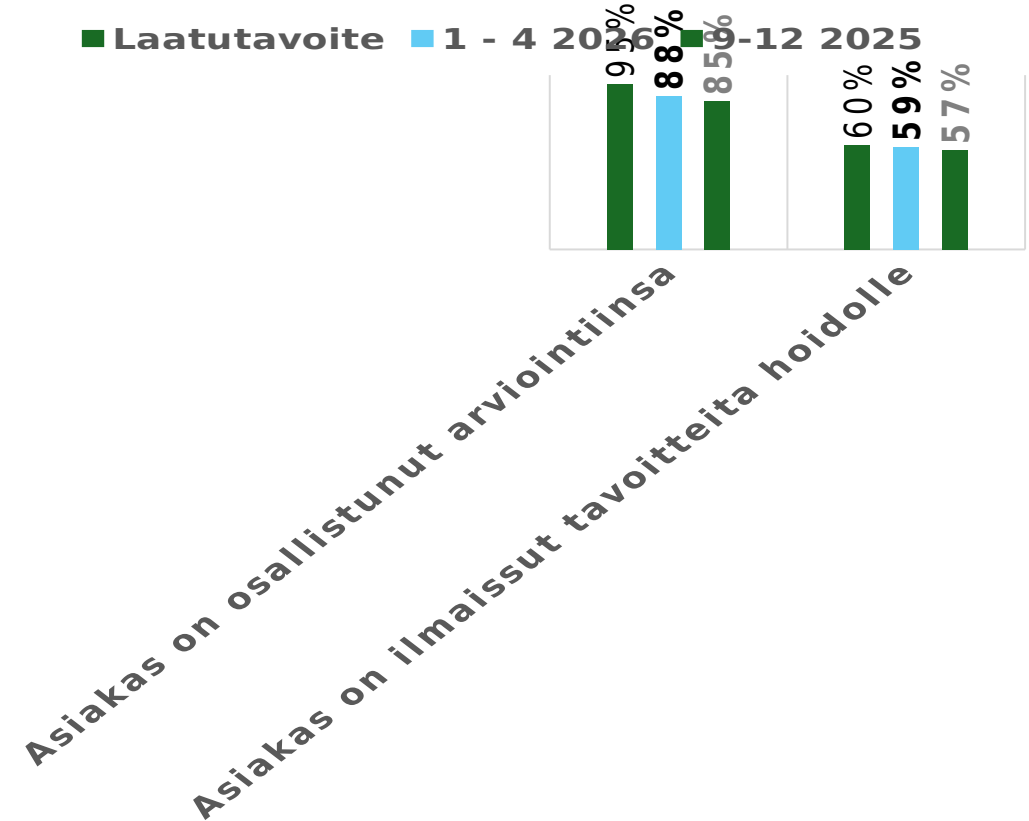


Delaktigheten av klienterna inom hemvården och gemenskapsboende i de genomförda RAI-bedömningarna

Kotihoito



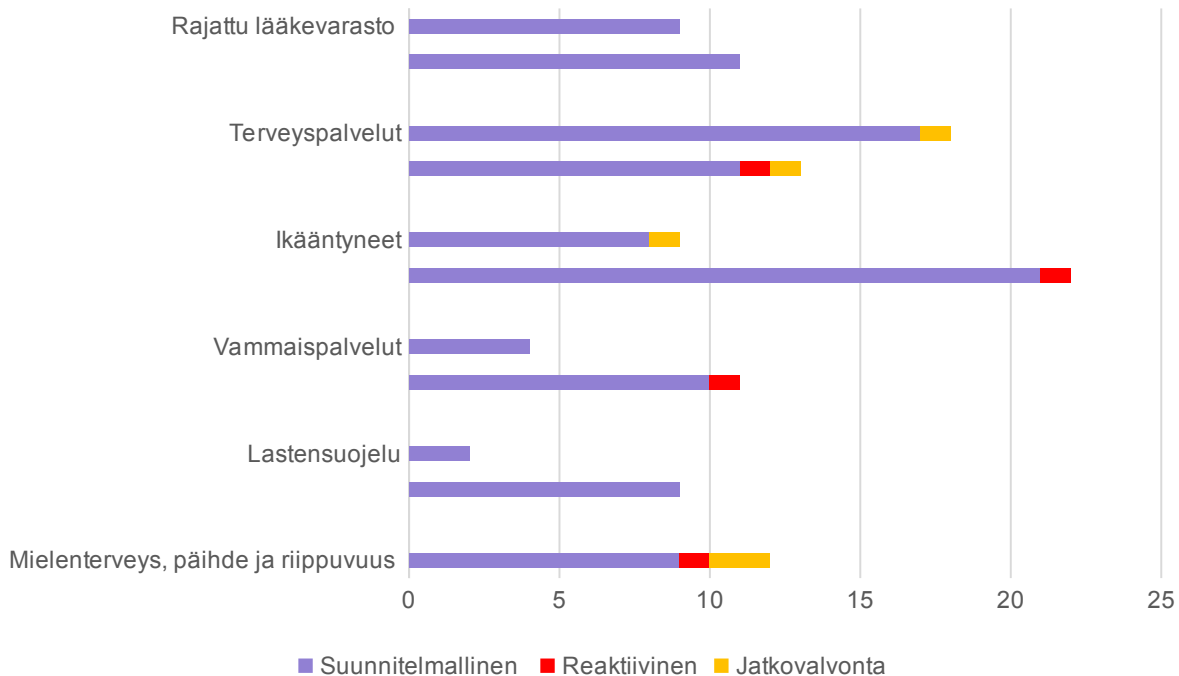
Yhteisöllinen asuminen



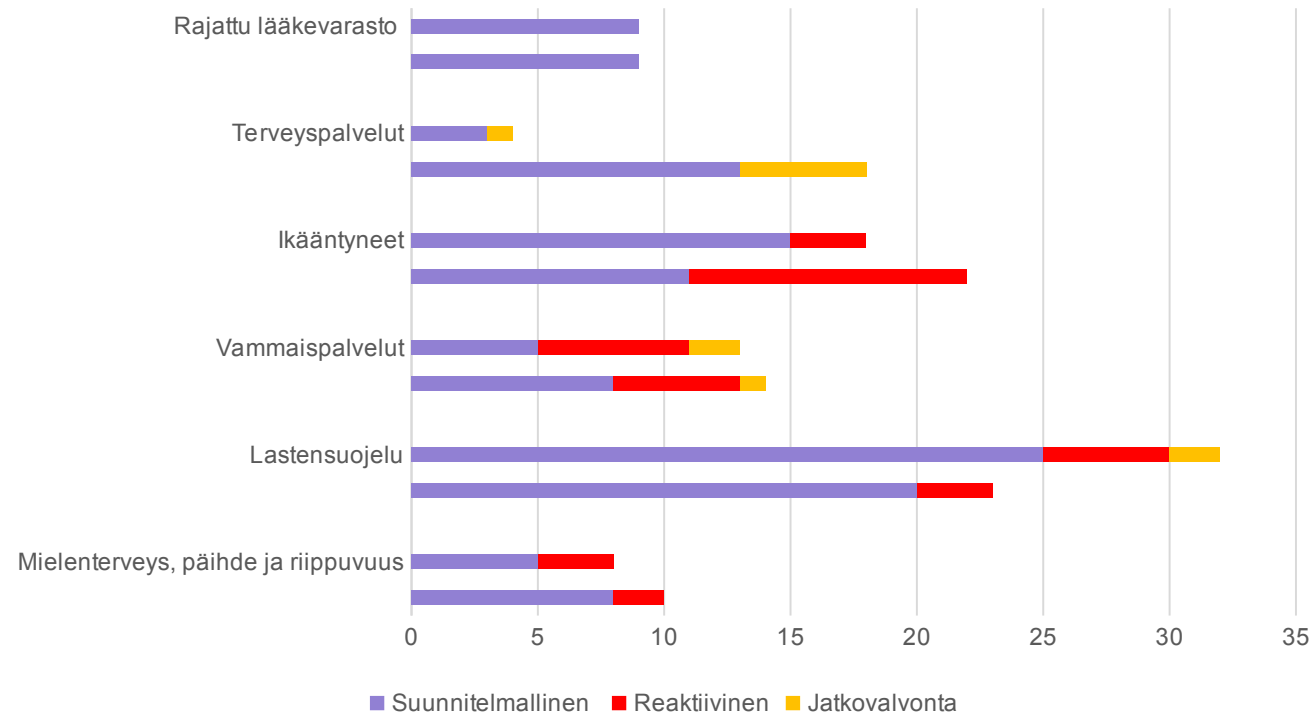
”Klientens egna synpunkter, önskemål och målsättningar ska beaktas när vården och servicen planeras. När klienten deltar i sin RAI-bedömning och ställer upp målsättningar för sin vård, främjas klientens delaktighet och utarbetandet av en vård- och serviceplan som utgår ifrån klientens behov.” Källa: THL Statistikrapport 54/2024 25.11.2024

Verksamhetskostnader för kontrollen 1–4/2026 (jfr 1–4/2025)

Julkinen palvelutuotanto 1-4/ 2025 (n= 54) ja 2026 (n=74)



Yksityinen palvelutuotanto 1-4/2025 (n=84) ja 2026 (n=96)



1-4/2025: Planerade 111, reaktiva 25, tot. 138
1–4/2026: Planerade 137, reaktiva 33, tot. 170

Kundupplevelse och delaktighet

Kundupplevelse och delaktighet

Vår avsikt är att producera fördelar för klienterna och patienterna - vi finns till för dem. Det är viktigt att klientens röst hörs med tanke på utvecklandet av tjänsterna och på deras verkningsfullhet. Metoderna och kanalerna för deltagande för Varhas invånare och kunder finns i [Varhas delaktighetsplan](#)

Kundupplevelsen mäts genom olika responskanaler och system. Det går att ge kundrespons genom olika kanaler; Roidu (= enkäter genomförda på apparater), via webbsidorna eller genom respons per textmeddelande.

Enligt responsen via Roidu var NPS (Net Promoter Score, villighet att rekommendera) 83 i Varha.

I ÅUCS/sjukhustjänster används ett system med respons per textmeddelande. I januari–april kom det in 16 732 responser. Responsernas medeltal var 9,34 (skala 1–10). NPS var 85.

NPS (enkät genomförd på apparat)	
Alla	83
Rehabilitering	88
Tjänster inom mentalvård och missbrukarvård	67
Mun- och tandvård	89
Hälsostationer	80
Laboratorium	84
Jouren	52

Observerade risker och planerade och vidtagna utvecklingsåtgärder

I delårsrapporten om egenkontrollen	ÅUCS/sjukhustjänster
De viktigaste observerade riskerna	Situationer med extra platser som orsakas av belastningstoppar i synnerhet på ÅUCS Akuten, de allmänmedicinska avdelningarna och på vissa avdelningar inom den specialiserade sjukvården (t.ex. trauma-avdelningen)
Utvecklingsåtgärder som vidtagits eller planerats utifrån observationerna	- Anvisningar om att man borde få en fortsatt vårdplats efter Akuten senast inom 1 dygn - Införande av en verksamhetsmodell gällande belastningssituationer i alla 24/7-enheter pågår
Övriga vidtagna utvecklingsåtgärder för att främja egenkontrollen (situationen gällande utvecklingsåtgärderna 2026)	

I delårsrapporten om egenkontrollen	Social- och hälso­­tjänster
De viktigaste observerade riskerna	• Det har funnits utmaningar i tillgången till vård och service • Det finns brister i upprätthållandet av ett uppdaterat register över medicinteknisk utrustning på grund av utmaningarna med de medicintekniska resurserna. Därför finns det fördröjningar i genomförandet av visstidsservice och reparationer av fel i den medicintekniska utrustningen. • Genomförande av läkemedelsbehandling. • I vissa utrymmen har man märkt att ljudisoleringen är bristfällig. • Antalet patienter och klienter som betar sig hotfullt har ökat.
Utvecklingsåtgärder som vidtagits eller planerats utifrån observationerna	• Som stöd för genomförandet av egenkontrollen har enhetsspecifika arbetsinstruktioner för egenkontroll utarbetats. • För att trygga tillgången till och kontinuiteten i vården och servicen har resurserna ökats och allokerats så att de bättre ska motsvara behovet av vård och service. Man har dessutom börjat använda nya verksamhetsmodeller, med hjälp av vilka man försöker förbättra tillgången till och kontinuiteten i vården och servicen. Särskild uppmärksamhet ska dock fortfarande fästas vid förbättrandet av tillgången till vård och service. • Ombesörjande av att registret över medicinteknisk utrustning är uppdaterad inom gränserna för de möjligheter som resultatområdet har. I koncerntjänsterna svarar tjänsterna för medicinsk teknik för upprätthållandet av registret. • Man har kontrollerat att planen för läkemedelsbehandling och praxisen för läkemedelsbehandling är uppdaterade. - Uppdaterandet av planerna för läkemedelsbehandling fortsätter. • Man har försökt förbättra ljudisoleringen genom lokallösningar. • Utökad vaktverksamhet i de enheter där man har observerat att antalet patienter och klienter som betar sig hotfullt har ökat. Man har tillsammans med de anställda gått igenom verksamhetsmodellerna vid hotfulla situationer och i risksituationer. • Framöver ska kunder och närstående mer aktivt handledas i hur man gör en HaiPro-anmälan. • Positiva observationer ska framöver rapporteras mer aktivt.
Övriga utvecklingsåtgärder som vidtagits för att främja egenkontrollen (situationen gällande utvecklingsåtgärderna 2026)	• Utvecklandet av registrering är kontinuerlig verksamhet. • Chefernas ansvar att följa upp den praxis som är i enlighet med planen om egenkontroll har betonats.

I delårsrapporten om egenkontrollen	Tjänster för äldre
De viktigaste observerade riskerna	- Insamlandet av kundrespons är inte tillräckligt omfattande och regelbundet. - Personalens kompetensnivå gällande egenkontroll är inte känd. - Det förekommer utmaningar gällande apparatsäkerheten i registreringen och servicen av apparater samt i säkerställandet av personalens kompetens - Ett säkert genomförande av vård i livets slutskede i boendeservicen förutsätter tillräcklig förberedelse. - I Haipro-anmälningarna betonas de missförhållanden som hänför sig till medicineringssäkerheten och förebyggande av fall.
Utvecklingsåtgärder som vidtagits eller planerats utifrån observationerna	- Under perioden har man beslutat inleda insamling av kundrespons av klienterna inom regelbunden service. - Personalens kompetens gällande egenkontroll har utretts med hjälp av en enkät. Man har utifrån resultaten fattat beslut om åtgärder. Apparatsäkerheten främjas i tjänster för äldre tillsammans med arbetsgruppen för apparatsäkerhet. - Anvisningarna och verksamhetsmodellerna i anknytning till vård i livets slutskede har uppdaterats och enheterna har informerats. - Kompetens gällande grundorsaksanalys stärks och ibruktagande av verksamhetsmodellen för att förebygga fall främjas på serviceställena för social- och hälsovård.
Övriga utvecklingsåtgärder som har vidtagits för att främja egenkontrollen (situationen gällande utvecklingsåtgärder 2026)	- Utvecklingsexperterna inom boendeservice handleder på serviceställena i genomförandet av processerna för egenkontroll. - Resultatområdets resurser för beredskapsplanering har utökats under perioden. - Utvecklings- och sakkunnigtjänsternas roll i verksamheten enligt planen för egenkontroll har blivit starkare.

I delårsrapporten om egenkontrollen	Prehospital akutsjukvård
De viktigaste observerade riskerna	Bristfällig instrumentvård/påfyllnad av vårdinstrument inom den prehospitala akutsjukvården mellan uppdragen. Bristfällig instrumentutrustning kom betonat fram i HaiPro-rapporterna under början av året. Använda injektionsflaskor som inte hade bytts ut har blivit kvar i bilen, batteriet har varit slut i apparaterna och apparaternas kompatibilitet. Som en påverkande faktor i alla anmälningar har arbetsskiftsbyte och omedelbart uppdrag lyfts fram, varvid bilen inte har blivit granskad. Bristerna i fråga är alla sådana där bristen har kommit fram redan under föregående skift och eventuellt redan under en längre tid.
Utvecklingsåtgärder som vidtagits eller planerats utifrån observationerna	Upprätthållande av funktionsförmågan i enheterna för prehospital akutsjukvård dygnet runt är en kritisk faktor när det gäller verksamhetens säkerhet. Arbetsgruppen för patientsäkerhet har tagit det här temat under behandling och det har gjorts en A3-utvecklingsåtgärd i ärendet.
Övriga utvecklingsåtgärder som har vidtagits för att främja egenkontrollen (situationen gällande utvecklingsåtgärder 2026)	Mätare för egenkontroll bereds tillsammans med kunskapsledningen. För närvarande är de operativa mätarna färdiga. De mätare som hänför sig till substansen i vården är under arbete. Ärendet framskrider mer eller mindre planenligt. Elektroniska patientjournaler över prehospital akutsjukvård i fältsystemet KEJO har införts i början av mars, förutom i en enhet. Det här möjliggör noggrannare analyser av genomförandet av vården.

I delårsrapporten om egenkontrollen	Varha
De viktigaste observerade riskerna	• Fastigheternas säkerhet vilar till stor del på enheternas ansvar • Program/utrustning som inte fungerar försvårar verksamheten och orsakar klient- och patientsäkerhetsrisker • Enheternas kompetens gällande upphandling (upphandling av apparater som inte har konkurrensutsatts)
Utvecklingsåtgärder som vidtagits eller planerats utifrån observationerna	• Det har informerats om personalens anmälningsskyldighet (tillsynslagen 29 §) vid olika tillfällen • Enheternas kompetens har i början av året kartlagts med en enkät om förfaringssätt gällande egenkontroll och klient-/patientsäkerhet. Resultaten har presenterats i olika ledningsgrupper. • Tillstånds- och tillsynsverket har ombetts ge handledning i anknytning till egenkontroll.