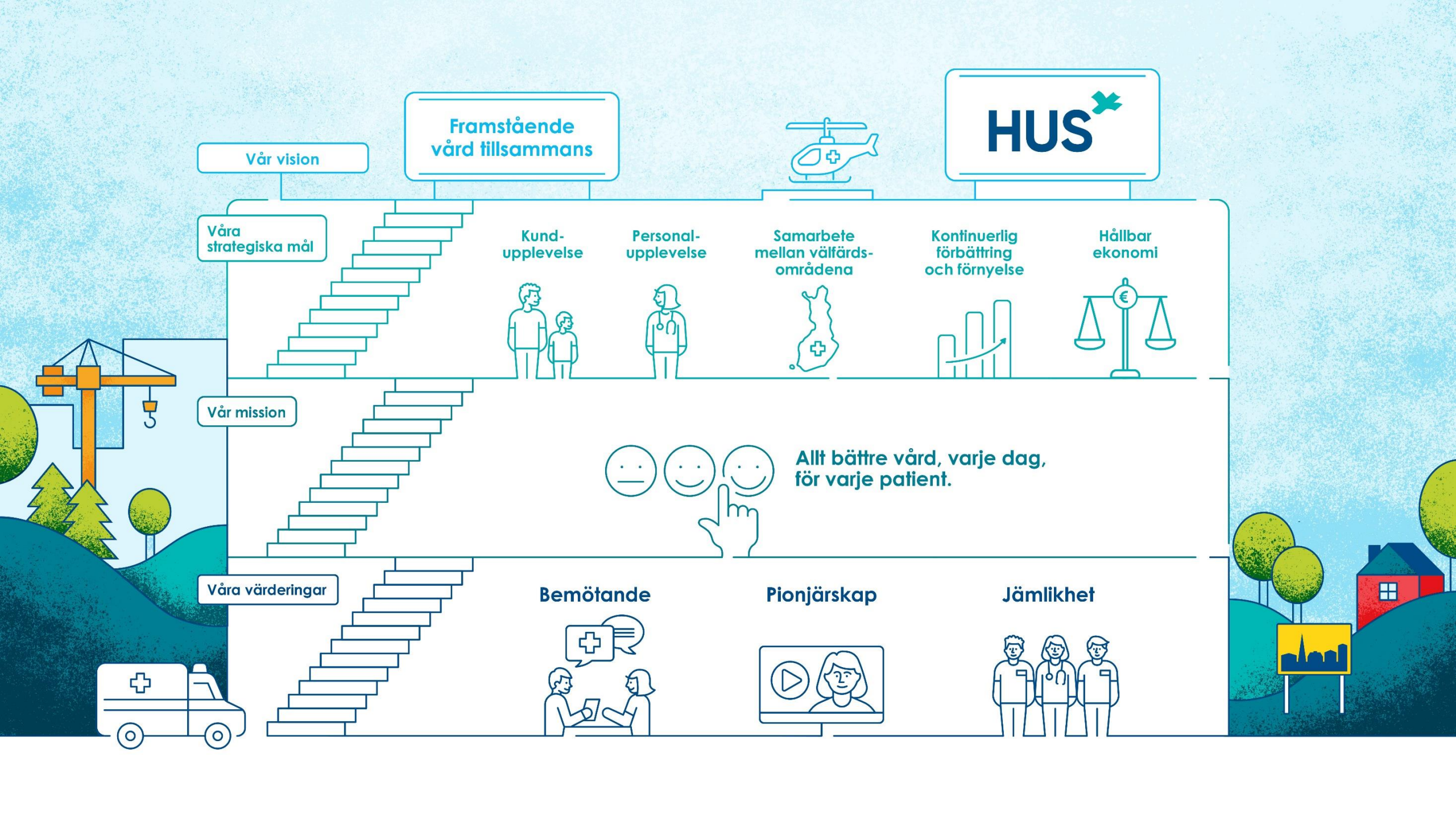


HUS-SAMMANSLUTNINGENS EGENKONTROLL DELÅRSRAPPORT 9–12/2025 OCH ÅRSRAPPORT 2025

26.2.2026

Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten



HUS-SAMMANSLUTNINGENS EGENKONTROLL

Egenkontroll är den primära formen av övervakning av serviceverksamheten inom social- och hälsovård. Det innebär att organisationen kontinuerligt följer upp, utvärderar och utvecklar den egna verksamheten ur kunden och patientens perspektiv. Egenkontroll omfattar klient- och patientsäkerhetsarbete, kvalitetsarbete i anknytning till det och god kundservice.

Inom hälso- och sjukvården innebär egenkontroll tillgodoseende av patientens rättigheter samt uppföljning och säkerställande av kvaliteten och säkerheten samt tillräckligheten för de tjänster som patienten ges på medicinska grunder.

HUS-sammanslutningens egenkontroll baserar sig på [programmet för egenkontroll](#), samt planer för egenkontroll som utarbetats för varje resultatenhet. Genomförandet av egenkontrollen rapporteras minst tre gånger per år.

INNEHÅLL RAPPORTERING OM EGENKONTROLL ÅRSRAPPORT OCH DELÅRSRAPPORT 3 FÖR 2025

- HUS-sammanslutningens egenkontroll
- Lyft från översiktsperioden
- Kvalitetsarbetets fokusområden 2025
- Tillgången till vård
- Personalens tillräcklighet
- Medarbetarnas kompetens; kvalitetsutbildningar
- Farliga situationer för patientsäkerheten
- Säker läkemedelsbehandling
- Utrustningssäkerhet
- Infektionssäkerhet
- Interna auditeringar
- Tillsynsärenden
- Kunddelaktighet
- Samarbete mellan välfärdsområden
- Resultatenheternas rapporter januari–december 2025



EGENKONTROLL 2025

HUS-sammanslutningens egenkontroll har vidareutvecklats kraftigt under 2025. I anknytning till det är den här årsrapporten den första årsrapporten i sin nuvarande form som tillägg till delårsrapportens rapporteringsmodell som infördes under 2025.

År 2025 etablerades auditeringsarbetet för HUS interna egenkontroll. Auditeringarna genomfördes med betoning på utveckling av verksamheten för de enheter som ska auditeras. I enheterna fick Auditeringarna ett nästan genomgående positivt mottagande. Från auditeringarna lyckades man också lyfta fram observationer på HUS-nivå till gemensamma utvecklingsobjekt på HUS-nivå. Auditeringarna visade på så sätt också att de behövdes.

Tydliga utvecklingsobjekt som observerats i egenkontrollen 2025 var till exempel svårigheter i anknytning till identifiering av patienten och handhygien. För dem inleddes utvecklingsåtgärder och de fortsätter ännu 2026.

CENTRALA OBSERVATIONER

INTERNT AUDITERINGARBETE INOM EGENKONTROLL

- Tillgången till planerna för egenkontroll för patienterna har förbättrats på verksamhetsställena.
- Uppföljningen samt dokumenteringen av introduktionen och utbildningen bör ytterligare förbättras.

INFEKTIONS- SÄKERHET

- Användningen av handdesinfektionsmedel är på en alltför låg nivå.

PATIENT- SÄKERHET

- Antalet anmälningar är på samma nivå som tidigare år.
- Andelen anmälningar om händelser som patienten varit med om av alla anmälningar var 51 procent, vilket överskrider målet < 50 procent.

PERSONAL

- Tillgången till personal är fortsatt god.

MEDICINERINGS- SÄKERHET

- Vidare har det har rapporterats färre farliga situationer i anknytning till läkemedelsbehandling än vid motsvarande tidpunkt förra året.
- Identifieringen av patienter och läkemedel genom scanning har utvecklats i önskad riktning på intensivvårdsavdelningarna och avdelningarna (patienter 88 procent, läkemedel 88 procent, mål > 90 procent).

KUNDELAKTIGHET

- Rekommendationsindexet NPS är 82 (på en skala från -100 till 100), vilket indikerar en utmärkt kundnöjdhet.
- Kund- och forskningspanelerna har förtydligat det material som riktar sig till patienterna samt sjukhusets lokaler och skyltar.

KVALITETSARBETETS FOKUSOMRÅDEN 2025

Etablering av processer och praxis för programmet för egenkontroll

- Utvecklar och gör pilotförsök med egna interna processer och praxis för egenkontroll som till exempel att skapa och rapportera en lägesbild för egenkontrollen, behandla avvikelser som ska tas upp på koncernnivå eller annars är allvarliga.

Utökad skanning av läkemedel med pilotförsök inom operations- verksamheten och vid jourerna

- Vid uppdateringen i november uppnåddes den önskade Apotti-utvecklingen och pilotförsöket fortsätter i uppvakningsrummen i början av 2026. Fokusområdet fortsätter alltså 2026.

Identifiering, registrering och rapportering av vårdrelaterade incidenter

- Utveckling och implementering av registreringspraxisen i patientdatasystemet under hösten.

Förbättrad dataskydds-kompetens för personalen

- Obligatorisk grundläggande utbildning i dataskydd och informationssäkerhet för hela personalen. Färdigställs 3/2026
- Inleda planering av dataskyddsagentens funktionalitet.
- Fokusområdet fortsätter 2026.

Uppbyggnad av kvalitets-systemet ISO 9001

- Projektet har framskridit enligt planen.

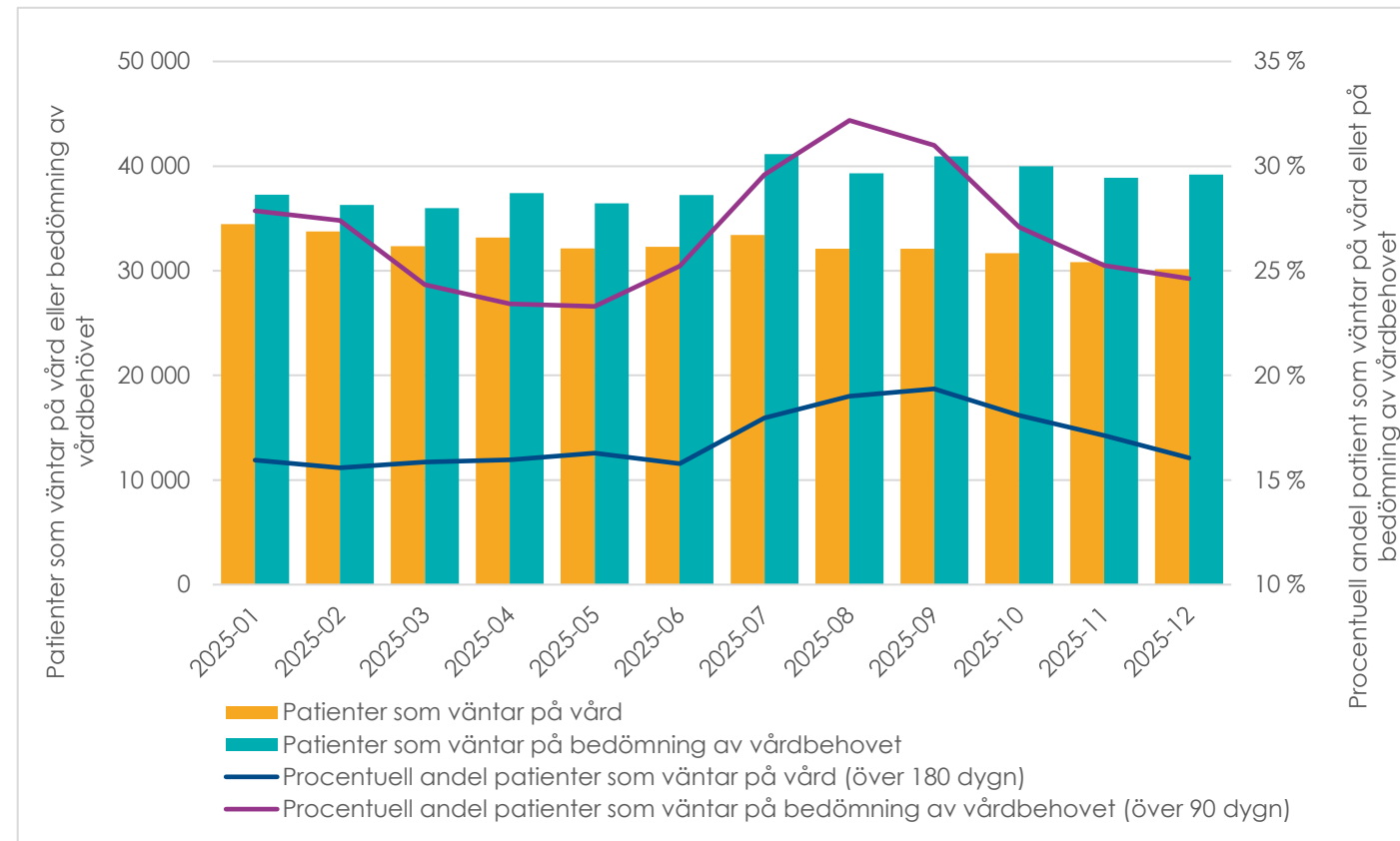
TILLGÅNGEN TILL VÅRD

TILLGÅNGEN TILL ICKE-BRÅDSKANDE VÅRD

- År 2025 följer tillgången till vård en säsongsbetonad trend liksom tidigare år (bild 1).
- Köerna med patienter som väntar på en bedömning av vårdbehovet växer under sommarmånaderna och blir kortare på hösten. Vid årsskiftet ser man en ny långsammare ökning av köerna som avhjälpas under vintermånaderna.
- Bestämmelser om tillgången till icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården (den så kallade vårdgarantin) finns i hälso- och sjukvårdslagen:
 - Remissen ska behandlas inom 21 dygn.
 - Patientens vårdbehov ska bedömas inom 90 dygn.
 - Patienten ska få den vård som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig inom 180 dygn.

Bild 1 Patienter som omfattas av vårdgarantin och som väntar på vård och bedömning av vårdbehovet samt den procentuella andelen patienter som väntat länge (1/2024–12/2025):

Antalet patienter som väntar på vård eller en bedömning av vårdbehovet beskriver den totala efterfrågan. Den procentuella andelen som väntat länge beskriver svårigheter att svara mot efterfrågan.



TILLGÅNGEN TILL BEDÖMNING AV VÅRDBEHOVET FÖR VARJE RESULTATENHET 31.12.2025 OCH FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE ÅR

- Andelen personer som väntat i mer än tre månader på en bedömningen av vårdbehovet var 24,8 procent av alla som väntar på en bedömning av vårdbehovet. Andelen har ökat med 5,5 procentenheter sedan december 2024.
- I bedömningen av patienternas vårdbehov och planeringen av vården är målet att för varje specialitet utnyttja modellen med en kö för att möjliggöra en snabbare och mera jämlik tillgång till vård i området. Kösituationen följs upp regelbundet och målet är att förhindra köbildning genom att bland annat öka mottagningstiderna och effektivisera verksamheten.

Resultatenheten	Antal patienter som väntar på bedömning av vårdbehovet		Antal patienter som väntar på bedömning av vårdbehovet (över 90 dygn)		Procentuell andel patienter som väntar på bedömning av vårdbehovet (över 90 dygn)	
	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	31.12.2024
Huvud- och halscentrum	8 580	-106	2 477	-116	29 %	30 %
Muskuloskeletal och plastikkirurgi	8 340	799	3 739	-149	45 %	52 %
Gastrocentrum	7 618	200	2 143	400	28 %	23 %
Kvinnosjukdomar och förlossningar	3 794	22	482	-122	13 %	16 %
Inflammationscentrum	2 611	210	161	67	6 %	4 %
Internmedicin och rehabilitering	2 517	-617	180	-306	10 %	20 %
Neurocentrum	1 781	449	180	-23	7 %	10 %
Sjukvård för barn och unga	1 602	60	47	-113	3 %	10 %
Hjärt- och lungcentrum	1 160	8	243	-12	21 %	22 %
Psykatri	879	-78	74	12	8 %	6 %
Cancercentrum	312	-82	7	5	2 %	1 %

TILLGÅNGEN TILL ICKE-BRÅDSKANDE VÅRD FÖR VARJE HUVUDSPECIALITET 31.12.2025

Huvudspecialitet	Totala antalet patienter som väntar på vård		Patienter som väntar på vård och omfattas av vårdgarantin		Antalet patienter som väntat på vård i mer än 180 dygn och omfattas av vårdgarantin		Procentuell andel patienter som väntat på vård i mer än 180 dygn och omfattas av vårdgarantin, antal	
	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	31.12.2024
Intermedicin	133 075	7 009	1 403	-95	104	-48	7 %	10 %
Kirurgi	78 329	-5 000	13 924	-2 968	3 209	-1 313	23 %	27 %
Lungsjukdomar	52 340	2 019	370	-47	13	-10	4 %	6 %
Barnsjukdomar	41 499	287	676	-84	23	-16	3 %	5 %
Ögonsjukdomar	34 448	100	7 463	-504	1 528	106	20 %	18 %
Cancersjukdomar och strålbehandling	21 539	-1 163	255	-47	0	0	0 %	0 %
Neurologi	27 162	1 200	147	-111	8	-3	5 %	4 %
Öron-, näs- och halssjukdomar	21 283	864	1 441	10	54	-25	4 %	6 %
Gynekologi	16 632	-1 793	1 938	-179	42	-56	2 %	5 %
Hudsjukdomar och allergologi	17 332	410	122	-31	16	5	13 %	7 %
Barnneurologi	10 023	43	201	-133	4	2	2 %	1 %
Neurokirurgi	7 028	-1 052	608	109	30	-28	5 %	12 %
Fysioterapi (rehabilitering)	5 783	-70	19	-54	1	0	5 %	1 %
Tand-, mun- och käksjukdomar	6 109	643	1 185	364	169	5	14 %	20 %
Klinisk genetik	2 377	-425	242	-58	1	-58	0 %	20 %
Psykatri	5 184	2 910	62	45	3	1	5 %	12 %

Huvudspecialitet	Antalet patienter som väntar på vård		Patienter som väntar på vård och omfattas av vårdgarantin		Antalet patienter som väntat på vård i mer än 90 dygn och omfattas av vårdgarantin		Procentuell andel patienter som väntat på vård i mer än 90 dygn och omfattas av vårdgarantin, antal	
	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	Förändring föreg. år	31.12.2025	31.12.2024
Ungdomspsykiatri	7 344	-260	54	39	10	10	19 %	0 %
Barnpsykiatri	9 363	473	38	11	10	0	26 %	37 %

- Vid uppföljningen av tillgången till specialiserad sjukvård följs den första kontakten upp.
- Största delen av HUS patienter fortsätter dock med upprepad vård och uppföljning efter det. Detta framgår i kolumnen Totala antalet patienter som väntar på vård.
- I december 2025 var andelen patienter som väntat länge på vård 16,9 procent av alla som väntar på vård. Andelen har minskat med 2,4 procentenheter sedan december 2024.
- Den mest betydande förbättringen har skett i kösituationen för barnpsykiatri och klinisk genetik.
- Kösituationen för hudsjukdomar, fysioterapi och ögonsjukdomar har försämrats från i fjol.

PERSONAL

NYCKELTAL FÖR PERSONALEN OCH TILLRÄCKLIGHET

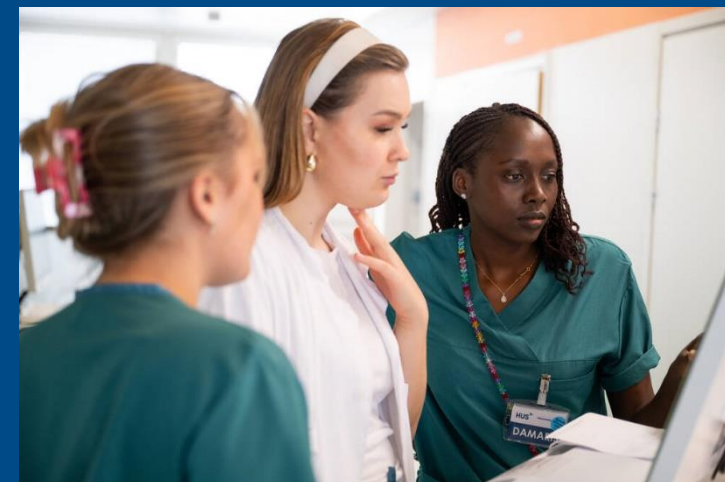
- Den totala personalmängden vid HUS uppgick till 26 481 personer vid årets slut (2024: 27 051).
- Tillgången till personal och personalens tillräcklighet är på sammanslutningsnivå god.
- Personalomsättning exklusive pensioneringar var 4,9 procent (2024: 5,5 procent).
- Antalet sjukfrånvarodagar var 16,4 dagar/person (2024: 14,4 dagar/person)



PERSONALENS KUNNANDE

UTBILDNINGAR SOM KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSENHETEN ORDNAT

- Under året ordnades bland annat utbildningar i medicinerings-säkerhet, medicinteknisk säkerhet och strålsäkerhet, vård av äldre patienter samt utbildningar som behandlar dataskydd och datasäkerhet. Dessutom erbjöds personalen möjlighet att höra om aktuella frågor inom cybersäkerhet och beredskap.
- Vid de kvalitetsutbildningar som Kvalitet- och patientsäkerhets-enheten ordnar är det meningen att förmedla både aktuella frågor som rör kvalitet och på ett allmänt plan öka kännedomen om kvalitet och patientsäkerhet.
- Utbildningarna har haft som mål att öka diskussionen om viktiga teman i anknytning till patientvården, som till exempel medicinteknisk säkerhet och medicinerings-säkerhet, egenkontroll och interna auditeringar.
- Hela personalen har tillgång till utbildningarna i form av inspelningar.

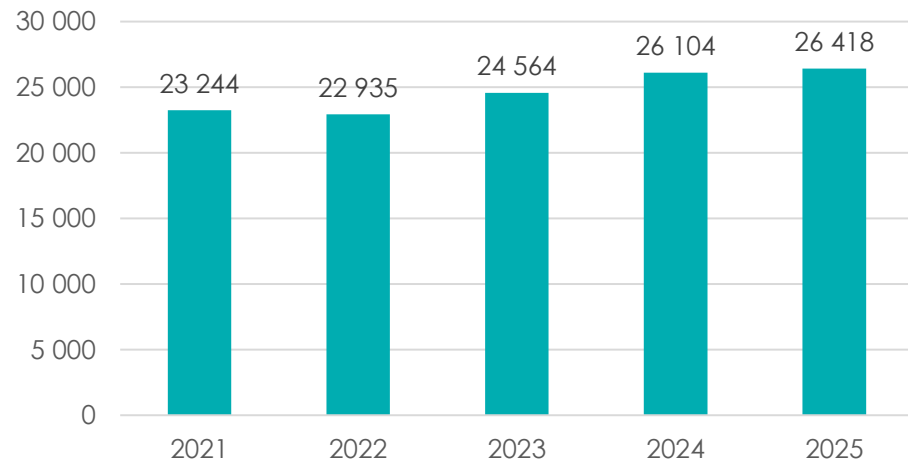


PATIENTVÅRDENS SÄKERHET

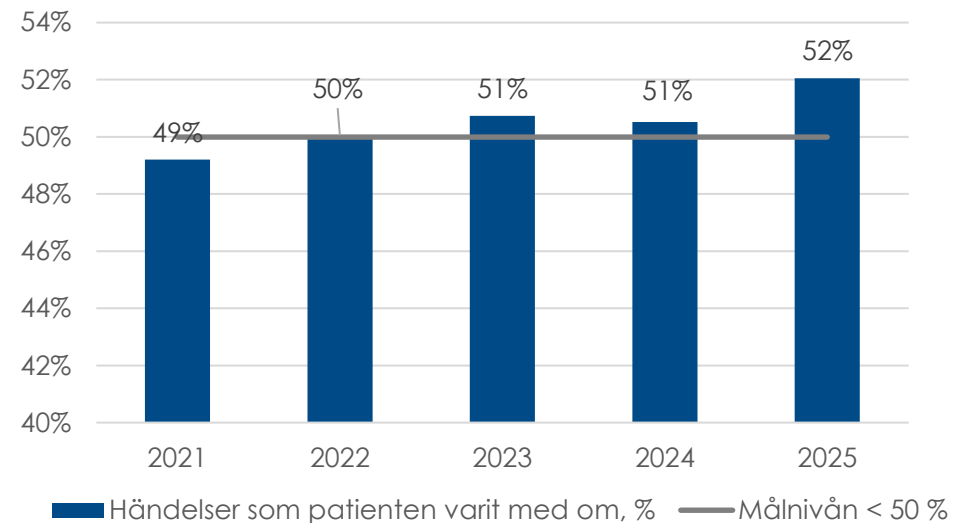
FARLIGA SITUATIONER FÖR PATIENTSÄKERHETEN

- År 2025 gjordes det totalt 26 418 anmälningar om farliga situationer (2024: 26 102). Antalet ökade med 1,2 procent.
- Av anmälningarna klassades 52 procent som sådana patienten hade varit med om (2024: 50,5 procent). Målnivån är satt till <50 procent, vilket innebär att hälften av anmälningarna gjorts i farliga situationer där någon patientskada ännu inte har hunnit uppstå.
- Av anmälningarna behandlades 3,4 procent (890 anmälningar) som allvarliga farliga situationer.
- Antalet Never event-situationer, det vill säga farliga situationer som aldrig borde få hända var 13.

Antalet anmälningar 2021-2025



Andel av händelser som patient varit med om, % av alla 2021-2025



Av anmälningarna om farliga situationer behandlades 306 (3,3 procent) som allvarliga farliga situationer.

Viktiga lyft:

Läkemedelsbehandling

- Antalet farliga situationer som klassas allvarliga inom läkemedelsbehandling var totalt 54 (18 procent), vilket är klart färre än under motsvarande tid i fjol (9–12/2024: 70, 25 procent).
- Utöver korrigerande åtgärder på enhetsnivå har som åtgärder på HUS-nivå införts etiketter med texten lokalbedövningsmedel (puudute) för att märka slangar med lokalbedövningsmedel, utreder tillgången till redskap som uppfyller NRFIT-standarden, det har gjorts och görs meddelanden om medicinerings säkerhet, chefsöverläkarens anvisning om återupplivning (JYL-Elvytysohje) uppdateras i fråga om kommunikation om läkemedelsbehandling och införs uppföljning av lägesbilden för medicineringsfrågor i Apottis systemuppdateringar.

Utrustning

- Antalet farliga situationer som klassas allvarliga med utrustning, förnödenheter eller datasystem var totalt 49 (16,1 procent), vilket är färre än under motsvarande tid i fjol (19 procent).

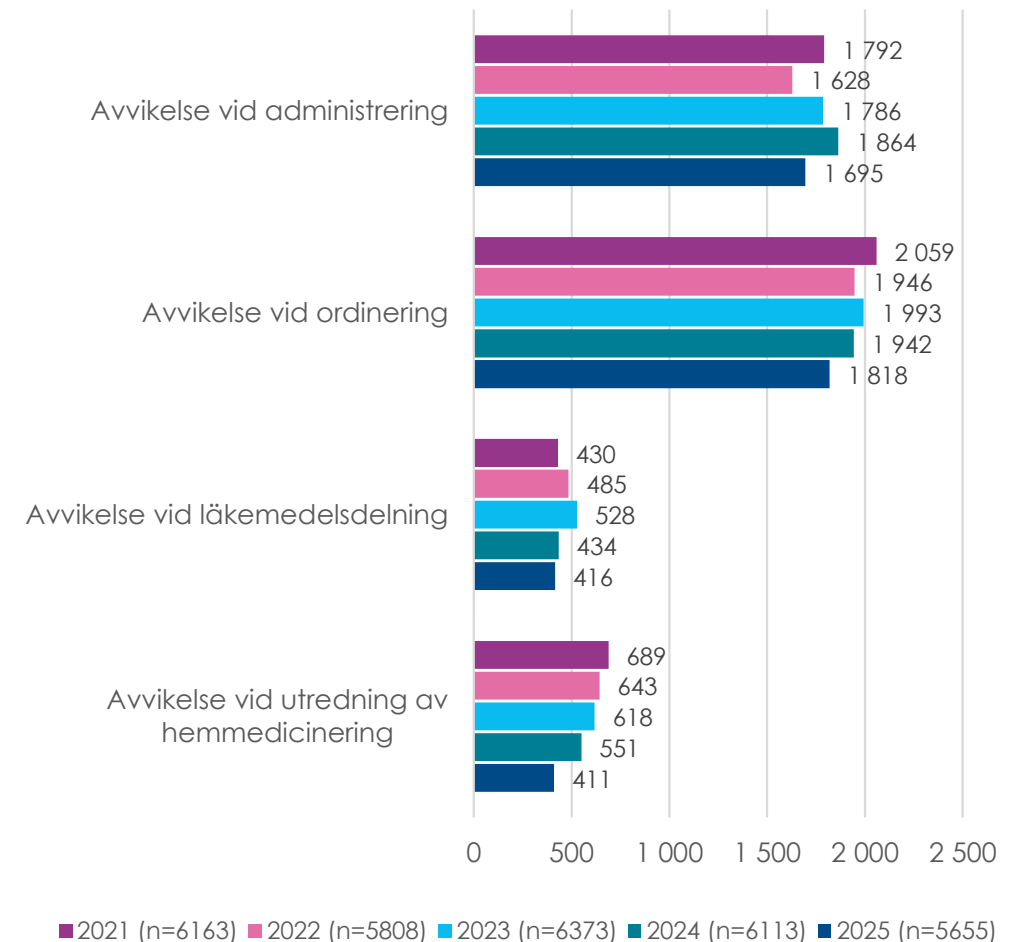
Övriga

- Chefsöverläkarens anvisning om identifiering av patienten reviderades och en Power Point presentation om genomförandet av den.
- Beredning av en anvisningsuppdatering: never event-kriterium. En anvisning för tolkning av allvarliga farliga situationer.

MEDICINERINGSSÄKERHET 2025: FARLIGA SITUATIONER I ANKNYTNING TILL LÄKEMEDELS- OCH VÄTSKEBEHANDLING

- Inom HUS gjordes 2025 totalt 5 655 (2024: 6 113) anmälningar om farliga händelser i anknytning till läkemedels- och vätskebehandling (HaiPro), vilket utgör 21,4 procent av alla anmälningar (2024: 23,4 procent)
 - Det totala antalet och procentandelen sjönk, även om antalet anmälningar av farliga händelser samtidigt ökade inom HUS.
 - Av dem var 57 procent händelser som patienten varit med om (2024: 55 procent), 23 procent tillbud och 20 procent andra föregripande observationer i anknytning till patientsäkerheten.
- De vanligaste undertyperna av farliga situationer i anknytning till läkemedelsbehandling och utvecklingen av dem under de senaste åren presenteras i bild 1.
- Antalet farliga situationer i anknytning till läkemedelsbehandling som behandlades var 167 och av dem 12 situationer som orsakat allvarlig skada (år 2024: 178, varav 14 med allvarlig skada).

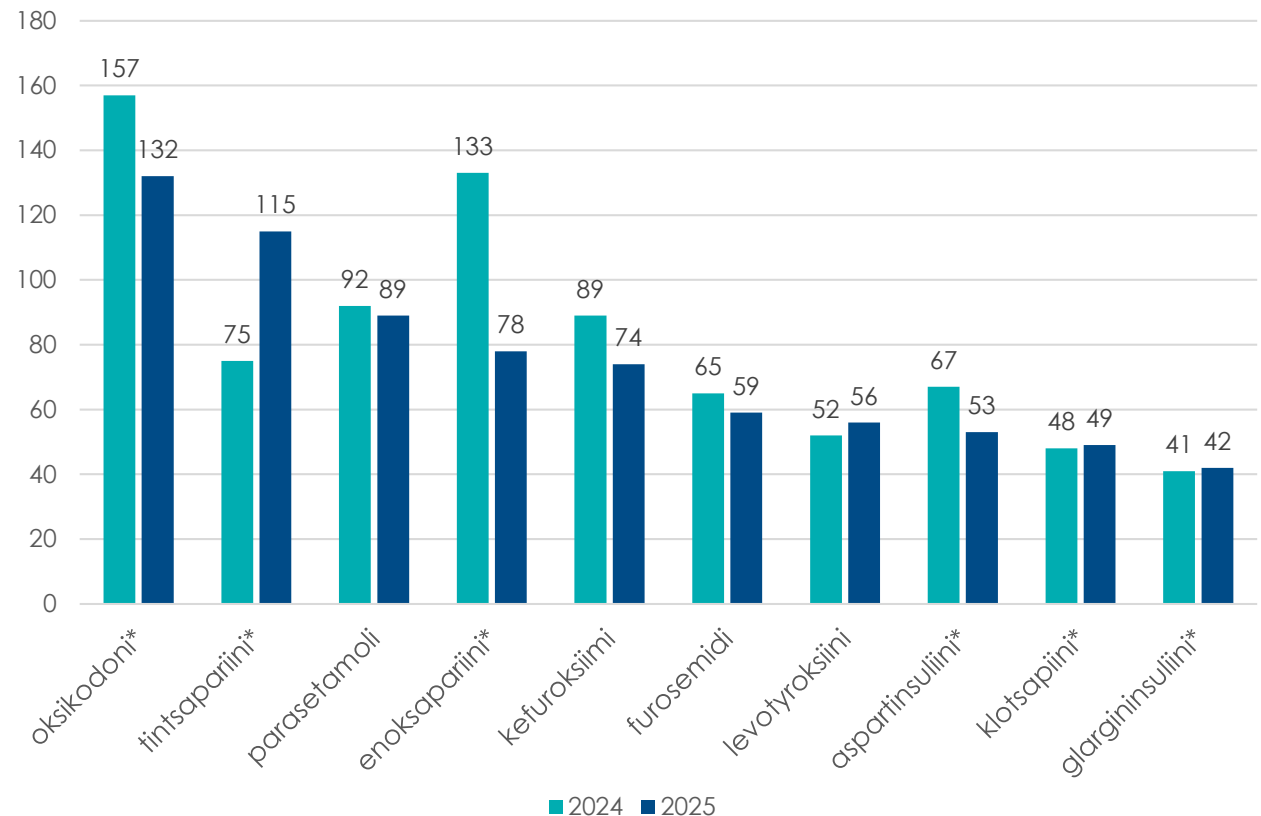
Bild 1 Fördelningen av de vanligaste anmälningarna om farliga situationer i anknytning till läkemedels- och vätskebehandling 2021–2025.



MEDICINERINGSSÄKERHET 2025: FARLIGA SITUATIONER I ANKNYTNING TILL LÄKEMEDELS- OCH VÄTSKEBEHANDLING

- De läkemedel som vanligast är förknippade med farliga situationer inom läkemedelsbehandling har långt varit de samma som 2024 och största delen (6/10) av dessa är högriskläkemedel (bild 1).
- Det har rapporterats färre farliga situationer i anknytning till oxikodon.
- Av de småmolekylära heparinerna har förbrukningen av tinzaparin ökat och förbrukningen av enoxaparin minskat i motsvarande grad, vilket också ses som förändringar i de farliga situationerna i anknytning till dessa.
- Rapporteringen om farliga situationer i anknytning till noradrenalin har minskat (44 → 28), och kommer inte som under tidigare år med på TOP10 listan längre.

Bild 1 Läkemedel som var förknippade med anmälningar om farliga situationer 2025 (TOP 10) och jämförelsedata för 2024.



*Högriskläkemedel, det vill säga läkemedel där fel i anknytning till dem mera sannolikt än för andra läkemedel leder till allvarliga konsekvenser för patienten.

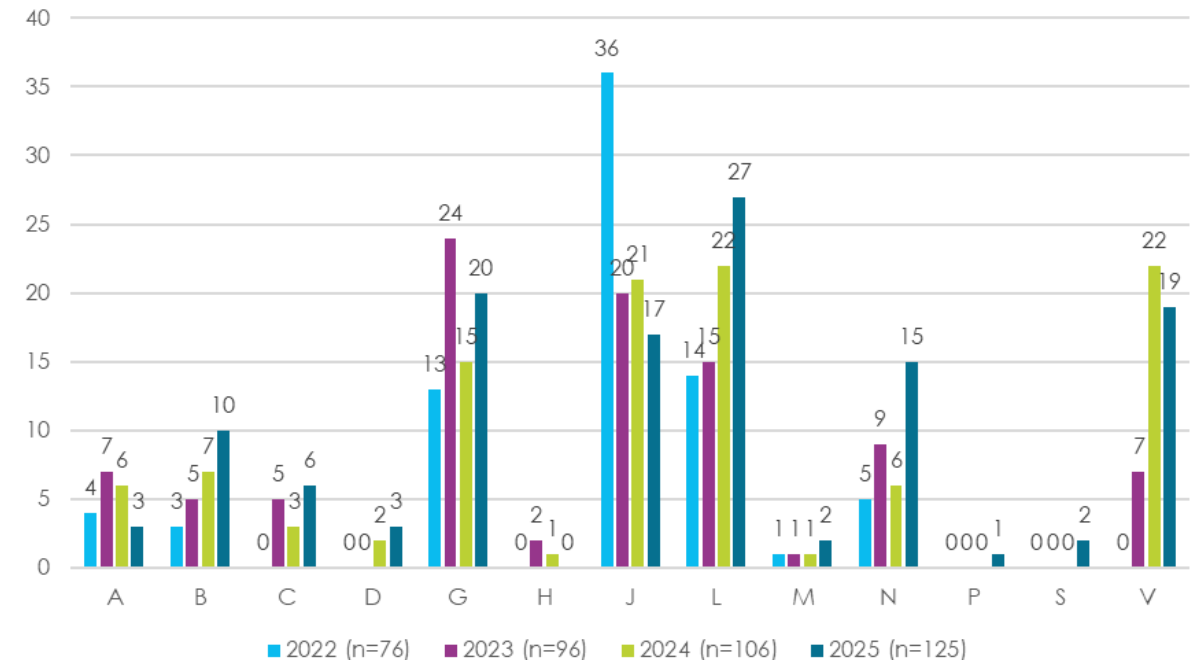
UTVECKLINGEN FÖR INDIKATORERNA FÖR LÄKEMEDELSSÄKERHET

HUS-nivå	2024	2025	Mer information
Multidisciplinärt utarbetad och årligen uppdaterad plan för läkemedelsbehandling (HUS arbetsgrupp för säker läkemedelsbehandling)	ja	ja	ja/nej
Andelen (procent) förutseende HaiPro-anmälningar (även tillbud och andra observationer i anknytning till patientsäkerheten) av alla HaiPro-anmälningar om läkemedelsbehandling	45,1 %	43,2 %	mål >50%
Procentuell andel utvecklingsåtgärder som registrerats i HaiPro för de HaiPro-anmälningar som gäller läkemedelsbehandling (utvecklingsåtgärd planeras)	5,2 %	10 %	mål ↑
Avdelningar för intensivvård och övervakning: Identifiering av patienter genom skanning Identifiering av läkemedel genom skanning	84 % 87 %	88 % 88 %	mål > 90 % av administreringen av läkemedel

RAPPORTERING OM MISSTÄNKTA LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR TILL FIMEA*

- År 2025 gjordes från HUS totalt 125 anmälningar om misstänkta läkemedelsbiverkningar till Fimea (2024: 106).
- En viss mån tillväxt fanns bland annat i ATC-grupperna:
 - N = Läkemedel som verkar via nervsystemet, där det till skillnad från tidigare år bland annat var två dödsfall vid användning av Suboxone (buprenorfin och naloxon), och två biverkningar i anknytning till Medikinet CR (metylfenidat) samt ett fall i anknytning till blandbruk av droger och läkemedel.
 - L = Tumörer och rubbningar i immunsystemet, men bland dem framhövdes inget enskilt läkemedel.
 - G = Urin- och könsorgan samt könshormoner, där det precis som tidigare år framhövdes oönskade och extrauterina graviditeter vid användning av preventivmedel.
- I ATC-gruppen V (Varia) rapporterades något färre biverkningar för lomeron (jomeprol) än i fjol då de visade en tydlig uppgång.

*) Vid kontroll av de anmälningar som finns i Fimeas register över läkemedelsbiverkningar ska följande beaktas: anmälningarna gäller misstänkta samband som reflekterar anmälarens observationer och åsikter, en anmälan i registret betyder inte att en eventuell koppling mellan läkemedlet och de misstänkta biverkningarna har fastställts, på basis av anmälningarna kan det inte beräknas hur allmänna biverkningarna är, utifrån antalet anmälningar går det inte att sinsemellan jämföra säkerheten för olika läkemedel.



HUS anmälningar till Fimea om misstänkta biverkningar 2022–2025.

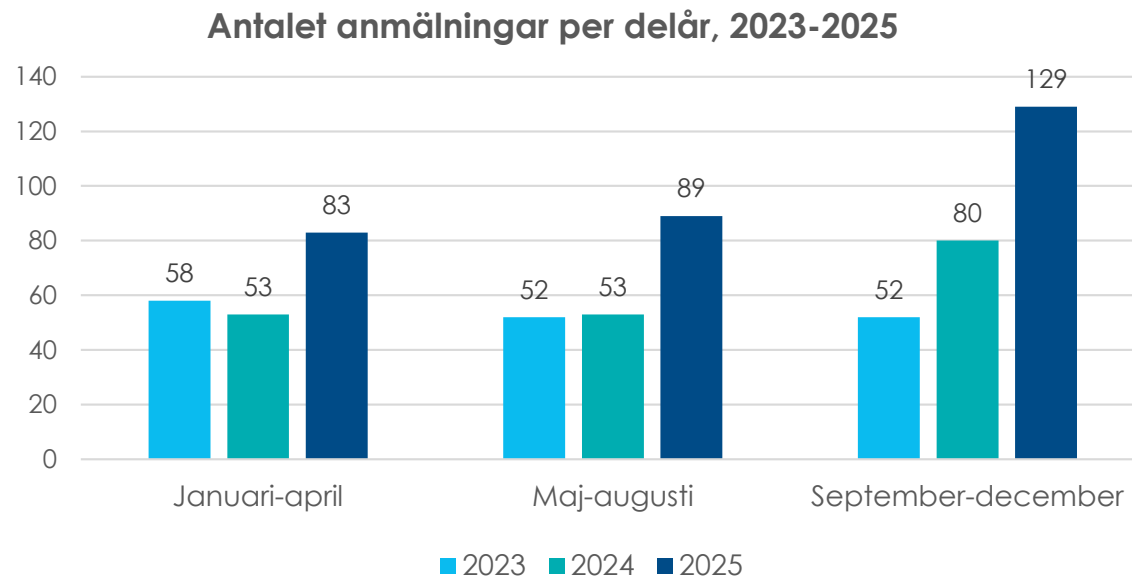
Förklaring till ATC-grupperna: A = Matsmältningsorgan och ämnesomsättningen, B = Blod och blodbildande organ, C = Hjärt och kretslopp, D = Hud, G = Urin- och könsorgan samt könshormoner, H = Hormoner för systemiskt bruk (exklusive könshormoner och insuliner), J = Systemiskt verkande medel mot infektioner, L = Tumörer och rubbningar i immunsystemet, M = Stöd- och rörelseapparaten, N = Nervsystemet, P= Antiparasitära, insektdödande och repellerande medel, S= Ögon och öron och V = varia.

FRAMGÅNGSRIKA HÄNDELSE OCH PRAXIS I ANKNYTNING TILL PATIENTSÄKERHETEN – POSIPRO-RAPPORTER

- Under 2025 rapporterades 4 872 fall av framgångsrika händelser och praxis i anknytning till patientsäkerheten (2024: 3874).
- Rapportering gör till exempel om inställning, sociala färdigheter, arbetssätt, samarbete eller andra saker som hänför sig till framgångar.
- Syftet med rapporterna är att samla information om personalens framgångar och faktorer som bidragit till dem. Målet är dra lärdom av fungerande praxis, stöda arbetsgemenskapen och i förebyggande syfte utveckla verksamheten så att den blir mera patientsäker.

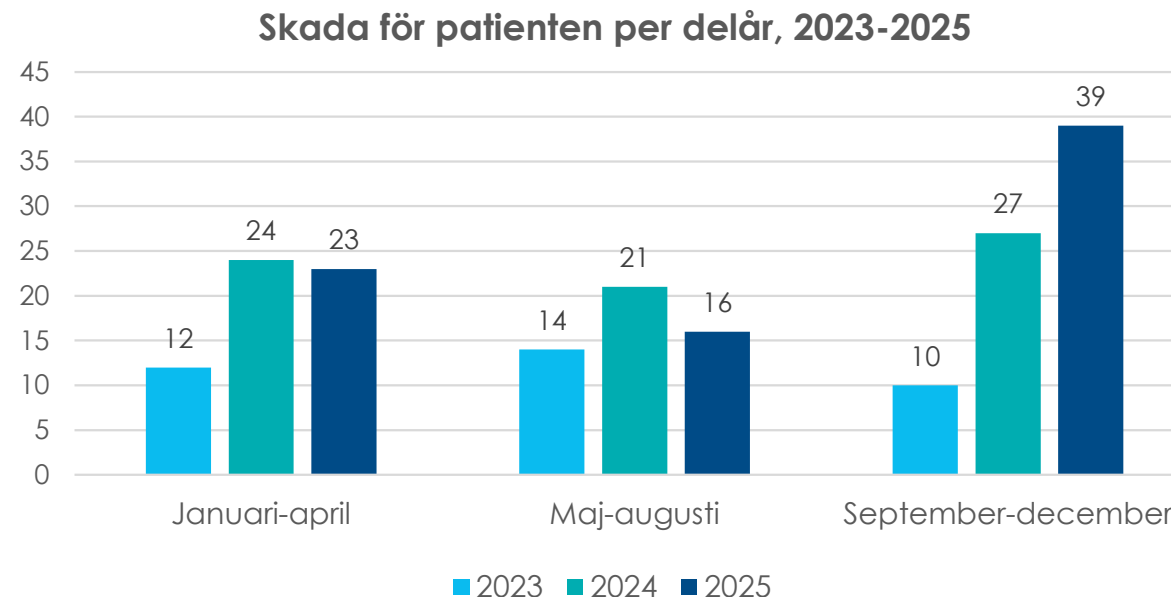
ANMÄLNINGAR TILL FIMEA OM FARLIGA SITUATIONER I ANKNYTNING TILL MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

- Antalet anmälningar till Fimea har ökat betydligt 2025; det gjordes 301 anmälningar (2024: 186). En bidragande orsak till det ökade antalet anmälningar är att anmälningar som hänför sig till vårdartiklar har lagts till i klassificeringen samt en förbättrad säkerhetskultur.
- Anmälningarna till Fimea är på en allmänt god nivå, eftersom HUS 2024 stod för 17 procent av alla anmälningar till Fimea om farliga situationer med medicintekniska produkter.



SKADOR SOM MEDICINTEKNISKA PRODUKTER ORSAKAT PATIENTERNA

- Av de farliga situationerna med medicintekniska produkter orsakade 26 procent (78) skada för patienten (år 2024: 39 procent).
- I samband med en betydande ökning i antalet anmälningar visar en nedgång i den procentuella andelen en ökad benägenhet att med lägre tröskel göra anmälningar om tillbud.



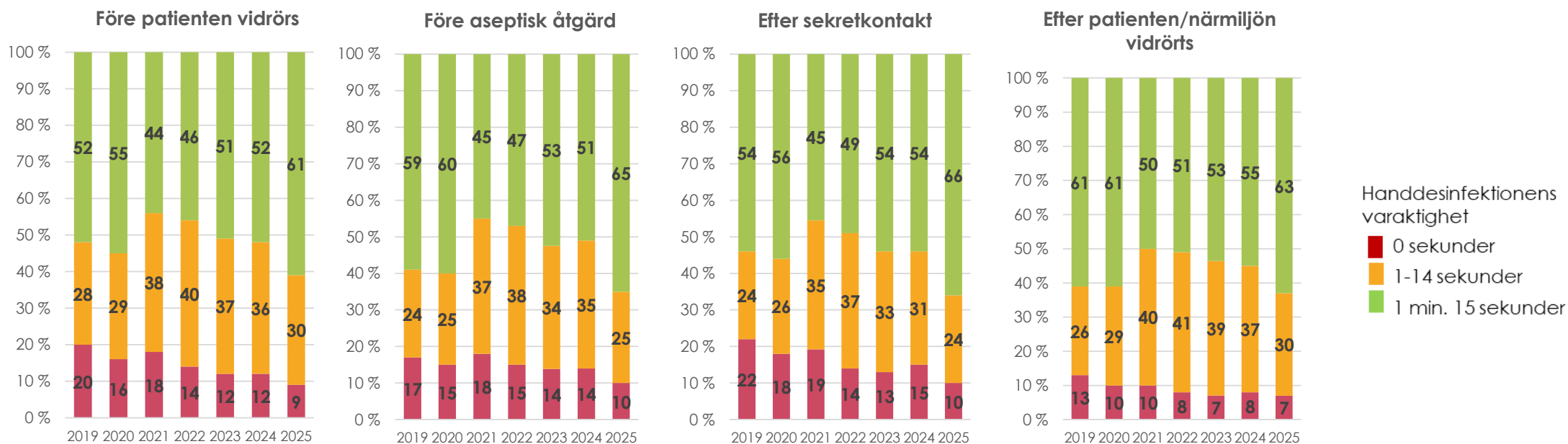
UTVECKLINGÅTGÄRDER INOM MEDICINTEKNISK SÄKERHET 2025

- Publicering av HUS plan för medicinteknisk säkerhet.
- Beredning av en guide om egen tillverkning av medicintekniska produkter/specialanpassade produkter.
- Slutförande av Fimeas åtgärder för att avhjälpa avvikelser, skriva slutrapport.
- Införande av ett nytt rapporteringssystem.
- Interna säkerhetsmeddelanden (3).
- Månadsbrev för de som är ansvariga för medicinteknisk utrustning.
- Ingripande i problemen med örontermometrar och inledande av konkurrensutsättning.
- Ingripande i felaktiga kopplingar för luft-/syreflödesmätare och genom det ett minskat antal farliga situationer.
- Förbättrad spårbarhet för de medicintekniska produkter som överläts för hemmabruk.
- Ytterligare en ansvarig person för yrkesmässiga användaren börjar arbeta. Vid Digagnostikcentrum.
- Anslutning till EUHA (European University Hospital Alliance) MDR/IVDR gruppen.

INFEKTIONSSÄKERHET

- År 2025 var förbrukningen av handsprit på avdelningarna 59 liter/ 1 000 vårddagar, vilket ännu är för lågt och lågt från målnivån.
- Förbrukningen av skyddshandskar har ökat efter tre år med nedgång. Det används i genomsnitt 16 par skyddshandskar per vårddag, vilket är för mycket.
- År 2025 observerades mer än 40 000 situationer som kräver handhygien. Jämfört med tidigare år ökade andelen situationer med korrekt användning av handdesinfektionsmedel och desinficering av händerna uteblev mera sällan än tidigare, dock ännu i 7–10 procent av situationerna (bild 1).

Bild 1. Handhygien på basis av observationer i fyra olika situationer som kräver desinfektion av händerna 2019–2025.

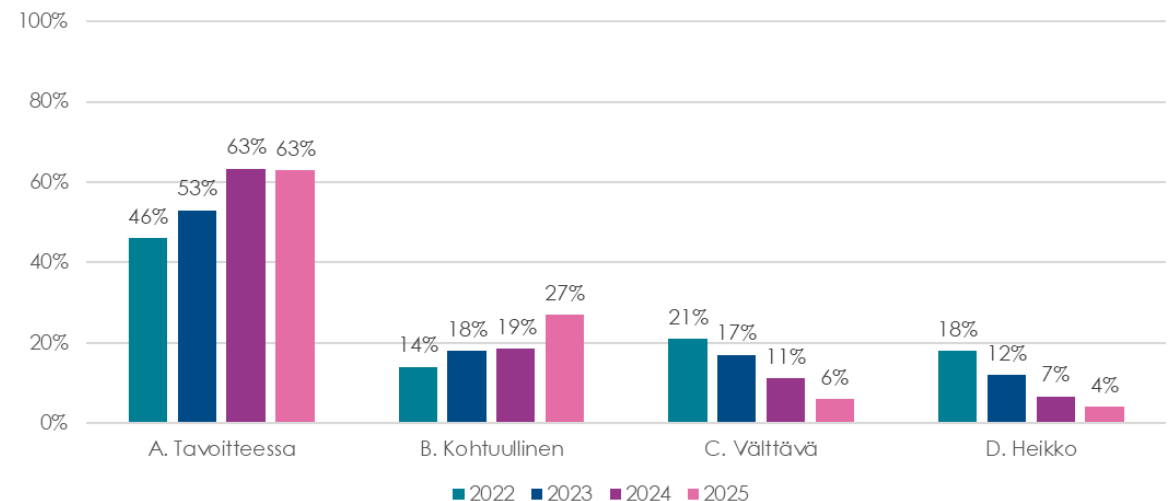


- I fråga om vårdrelaterade infektioner är situationen stabil (bild 2).
- Uppföljningen av injektionsstället för en perifer venkanyl med hjälp av klassificeringen VIP-score har förbättrats (bild 3).
 - Andelen avdelningar med måttlig uppföljningen har ökat (B: 19 procent → 27 %).
 - Andelen avdelningar har minskat där uppföljningen är nöjaktig (C: från 11 procent till 6 procent) eller svag (D: 7 % → 4 %).
 - Andelen avdelningar där uppföljningen av injektionsstället genomfördes under minst 3/4 dygn är på samma nivå som tidigare (A: 63 procent).

Bild 2. Förekomsten av vissa infektioner som ska följas upp 2021-2025

	2021	2022	2023	2024	2025
Alla blododlingspositiva infektioner / 1 000 vård dagar	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2
Blododlingspositiva infektioner orsakade av <i>Staphylococcus Aureus</i> / 1 000 vård dagar	0,2	0,23	0,27	0,27	0,3
Blododlingspositiva infektioner relaterade till central venkateter per dagar med central venkateter, %	0,13	0,20	0,20	0,14	0,14
Vårdrelaterade <i>clostridioides difficile</i> -infektioner / 1 000 vård dagar	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Infektioner relaterade till primär ledproteskirurgi i knä eller höft och som sträcker sig till leden	0,8	1,0	1,1	0,9	0,9

Bild 3. Utfallet för beläggningsgraden i klassificeringen VIP-score på HUS vårdavdelningar 2022-2025



FÖRBRUKNING AV ANTIMIKROBIELLA LÄKEMEDEL

- HUS totala förbrukning av antimikrobiella läkemedel var 2025 på samma nivå som 2024 (1 019 DDD/1 000 vård dagar).
- Förbrukningen av Cefuroxim ökade jämfört med 2024, men även användningen av smalspektrig penicillin ökade, förbrukningen av kloxacillin ökade 10 procent och bensylpenicillin sju procent.
- Förbrukningen av bredspektrig betalaktamantibiotika som också har effekt på pseudomonas uppvisar en svag ökning. Däremot fortsatte användningen av fluorkinoloner att minska (-3,6 %). Även förbrukningen av svampläkemedel (-7,5 %) minskade.
- HUS styrgrupp för antimikrobiell läkemedelsbehandling inledde i november 2025 kampanjen "Använd antibiotika förnuftigt". Kampanjens tre huvudsakliga budskap är:
 - Det inte är motiverat att söka eller behandla asymtomatisk bakteriuri hos äldre.
 - Använd antibiotika vid infektioner i de nedre luftvägarna endast om du misstänker att patienten har lunginflammation.
 - Smärtstillande läkemedel är den primära behandlingen av öroninflammation hos barn.

INTERNA AUDITERINGAR TILLSYNSÄRENDEN

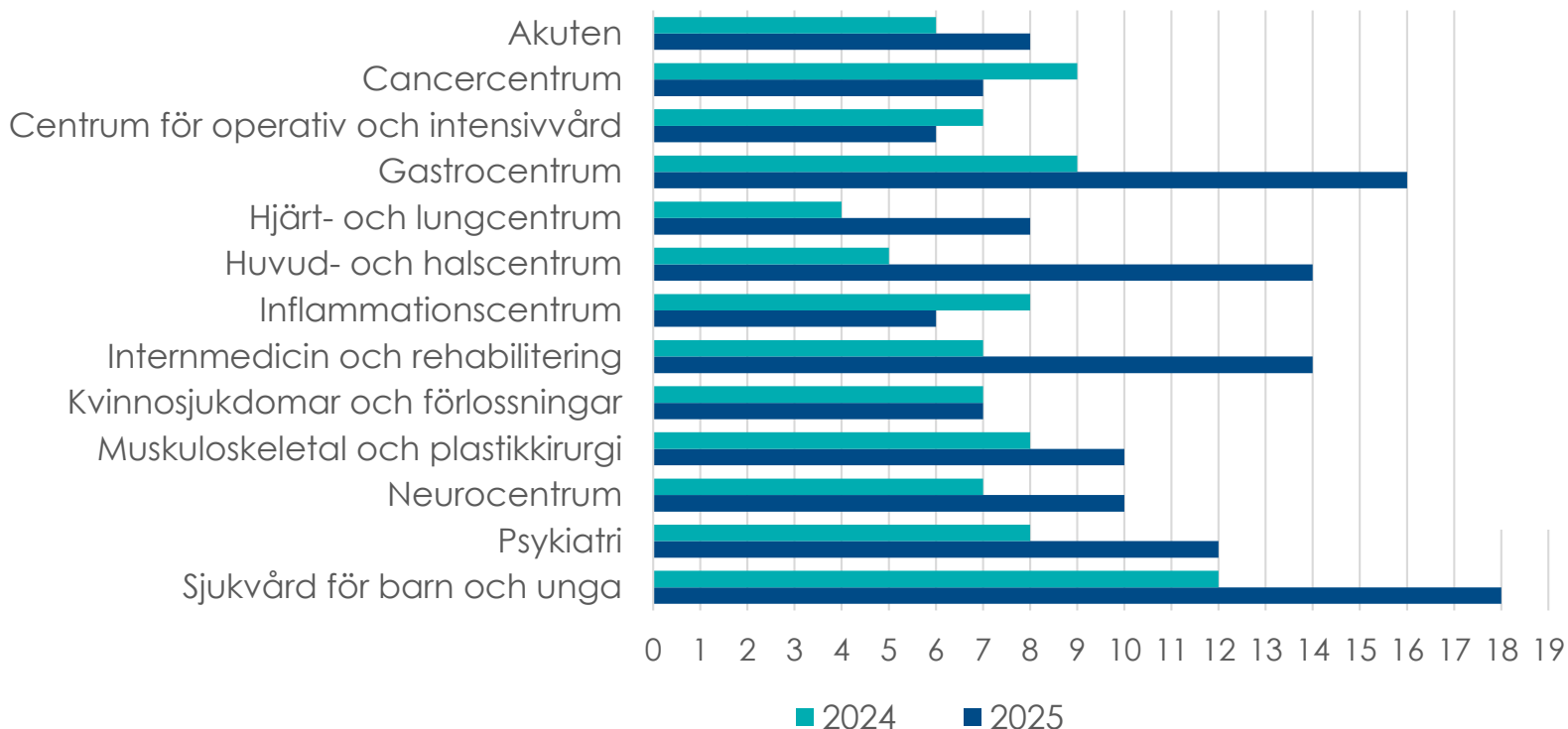
INTERNA AUDITERINGAR

- Interna auditeringar är en etablerad del av egenkontrollen och fungerar som en metod genom vilken HUS-sammanslutningen fullgör tjänsteanordnarens lagstadgade (741/2023) skyldighet att styra och övervaka.
- Under 2025 gjordes planmässiga auditeringar av 136 ansvarsenheter, vilket är cirka 40 procent fler än 2024 (97). Dessutom gjordes ett gemensamt reaktivt auditeringsbesök som var riktat mot två olika ansvarsenheter.
- Vid besöken registrerades totalt 3 240 observationer (2024: 2 033) det vill säga i genomsnitt 24 observationer (2024: 21) per besök*. Av observationerna var 10 procent avvikelser (2024: 14 procent) och 20 procent utvecklingsobjekt (2024: 24 procent). Auditeringskraven uppfylldes för 65 procent av observationerna (2024: 43 procent) och 4 procent överskred kravnivån (2024: 19 procent)*.
- År 2025 gjordes två pilotbesök med granskning hos en producent av köpta tjänster och skapades en processmodell för inspektionsbesök.

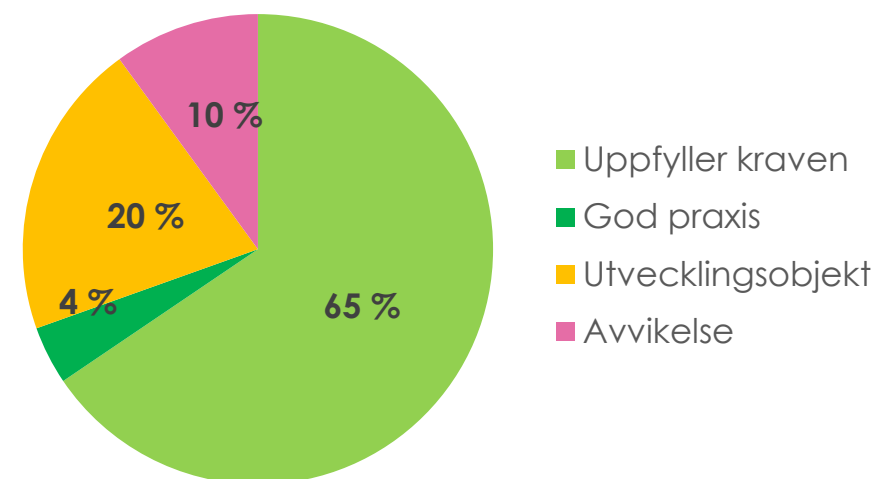
** Klassificeringen av observationerna kompletterades 8/2024 genom att lägga till uppfyller kraven, vilket bidrog till ett ökat antal observationer och påverkade förhållandet mellan avvikelser och utvecklingsobjekt.*

INTERNA AUDITERINGAR

Interna auditeringsbesök per resultatenhet



Observationer per typ



Genomförs

- Regelbunden behandling av patienternas anmälningar om farliga situationer.
- Största delen av planerna för läkemedelsbehandling har uppdaterats och regelbunden läskvittering används.
- Säkerställande av behörighet och rätt att utöva yrket
- Personalen vet i huvudsak när handdesinfektionsmedel ska användas.
- Planerna för egenkontroll tillgängliga för patienterna (17 procent) och introduktionen i dem för personalen har förbättrats (15 procent) från 2024.
- Registrering av medicintekniska produkter

Praxisen stöder en säker och kunnig verksamhetskultur.

Rum för förbättring

- Uppföljning och dokumentation av genomförandet av introduktionsplanen, HUS introduktionsplan för läkare
- I synnerhet för läkare introduktion i planen för egenkontroll och planen för läkemedelsbehandling.
- Föra in den uppdaterade planen för läkemedelsbehandling i Anvisningsbanken.
- Iaktta anvisningar för handhygien: observerats handsmycken, nagellack och långa ärmar
- Följa upp indikatorer för handhygien och fastställa/uppnå målnivå
- Identifiering av patienten med användning av två olika identifieringskällor. I synnerhet läkare har oenhetlig identifieringspraxis.
- Introduktion i medicintekniska produkter och dokumentering av kompetens. För läkare dessutom innehållet i introduktionen i medicintekniska produkter och systematiskhet.

Systematisk uppföljning av att gemensamma anvisningar följs

LYFT UTVECKLINGSÅTGÄRDER EFTER INTERNA AUDITERINGAR

Introduktion: ett introduktionsprogram har utarbetats för läkare och i det ingår obligatoriska delar, introduktion på HUS nivå och kliniknivå. Infört samtal om mellanbedömning. Främjat uppföljningen av obligatoriska utbildningar med hjälp av läskvittering.

Planer för läkemedelsbehandling: infört elektronisk läskvittering. Överläkaren övervakar att det ges introduktion i planen för läkemedelsbehandling.

Planen för egenkontroll: gått igenom planen för egenkontroll på läkarnas möten. Infört läskvittering. Lagt till planen för egenkontroll som en del av läkarnas introduktion.

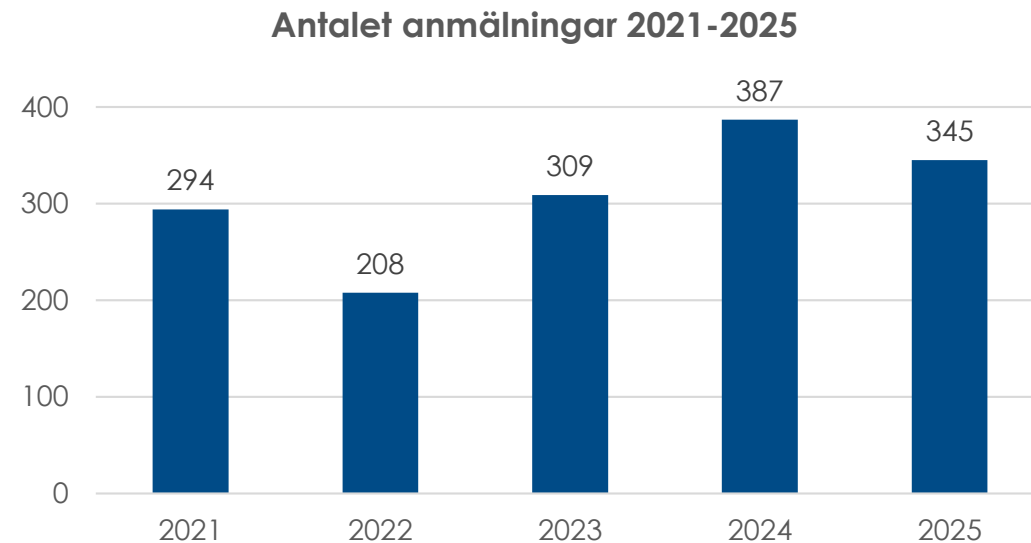
Identifiering av patienten: anmärkningar, gemensamma diskussioner om ämnet, repeterat den identifiering som sker vid telefonkontakt, avtalat om registreringspraxisen för identifiering

Infektionssäkerhet: repeterat HUS klädanvisningar och anvisningarna för handhygien. Skrivit in ett förbud mot handsmycken, klockor och konstnaglar i introduktionsguiden för de läkare som kommer till avdelningen.

Medicinteknisk säkerhet: utarbetat en blankett, där läkarnas medicintekniska kompetens dokumenteras. Ordnat simulering för läkare samt en utbildning som hållits av den ansvariga för medicinteknisk utrustning. Inkluderar medicintekniska produkter i introduktionsplanen för läkare.

ANMÄLNINGAR OM INFORMATIONSSÄKERHETSINCIDENTER

- Under år 2025 rapporterades 345 anmälningar om datasäkerhetsincidenter, vilket är cirka 10 % färre än år 2024 (387).
- De anmälda händelserna gällde främst mänskliga misstag, såsom att personuppgifter hamnade hos fel mottagare.
- I november 2025 togs ett nytt anmälningssystem i bruk, där datasäkerhetsincidenter registreras



UTVECKLING AV FÖRBÄTTRINGEN AV DATASKYDDSKOMPETENS

Arbetet med att utveckla dataskyddet har fortsatt enligt fokusområdena:

1. Förbättring av personalens dataskyddskompetens

- Dataskyddsutbildningar ordnas som en kontinuerlig verksamhet.
- Obligatorisk grundläggande utbildning i dataskydd och informationssäkerhet för hela personalen. Färdigställs 3/2026.
- Planeringen av funktionaliteten för dataskyddskontaktperson har inletts. Målet är att HUS:s resultatenheter framöver ska ha förmåga att i första hand själva hantera utredningar om dataskydd med stöd av Dataskyddsteamet.

2. Utveckling av övervakningen av användningen av patientuppgifter

- Stickprovskontroller har standardiserats till regelbundna granskningar.
- Loggsystemets AI-assisterade övervakningsfunktion har beställts och tas i bruk i slutet av 2026.

ANMÄRKNINGAR AV PATIENTER ELLER NÄRSTÅENDE

- Patienter eller deras närstående lämnade sammanlagt 2 612 anmärkningar under perioden januari-december och av dem gällde 60 procent patientens vård eller tillgång till vård.
- Antalet anmärkningar ökade med 22 procent jämfört med motsvarande tidpunkt i fjol.

Orsaksklass		1-12 2024		1-12 2025	
		Antal	% av alla	Antal	% av alla
Patient vård	Missnöje med vården eller	971	45 %	1 150	44 %
	Missnöje med läkemedel	43	2 %	41	2 %
	Annat	59	3 %	94	4 %
Dokumentation	Muntlig informationshantering	64	3 %	47	2 %
	Missnöje med anteckningar i dokument	48	2 %	60	2 %
	Annat	34	2 %	41	2 %
Personalens beteende	Osakligt beteende	292	14 %	327	13 %
	Annat	17	1 %	18	1 %
Patientadministration	Tillgång till vård	354	16 %	315	12 %
	Fortsatt vård	13	1 %	22	1 %
	Annat	21	1 %	31	1 %
Odefinierad eller ej vald		231	11 %	466	18 %
Totalt		2 147	100 %	2 612	100 %

KLAGOMÅL OCH PATIENTSKADEÄRENDEN

Klagomål

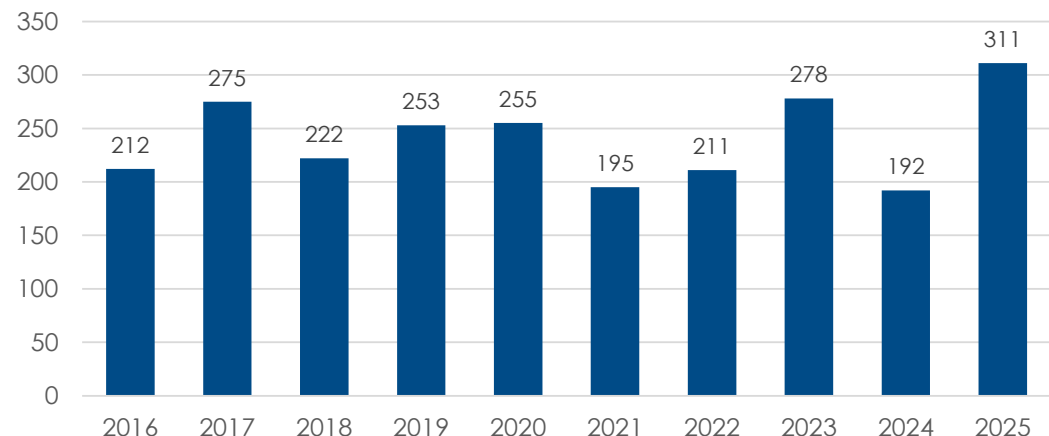
- Antalet inlämnade klagomål till tillsynsmyndigheterna var under januari–december 199 (2024: 107). I synnerhet klagomål som gäller tillgång till vård har ökat. Siffrorna innehåller tillsynsmyndigheternas tillsynsärenden i anknytning till styrning, ordnande och övervakning av hälso- och sjukvårdstjänster.

Patientskadeärenden

- Av de 1 555 patientskadeärenden som öppnades upp för behandling under januari–december 2025 betalades ersättning i 189 fall. Antalet avvisade skadeanmälningar var 586. Behandling pågår ännu för 780 patientskadefall.
- Trafik- och patientskadenämnden öppnade upp 86 patientskadeärenden för behandling, i tre ärenden betalades ersättning och 17 ärenden fick avslag. Behandling pågår ännu för 66 ärenden.
- År 2025 avgjorde Patientförsäkringscentralen totalt 311 ersättningsbara patientskador på HUS sjukhus.

Tillsynsmyndighet	2024	2025
Dataombudsmannens byrå	6	1
Diskrimineringsombudsmannen och/eller jämställdhetsombudsmannen	11	5
Justitiekanslersämbetet	0	2
Regionförvaltningsverket	78	159
Riksdagens justitieombudsman	14	37
Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira	15	24
TOTALT	124	228

Antalet ersatta patientskador per avgörande år, 2016-2025



KUNDDELAKTIGHET

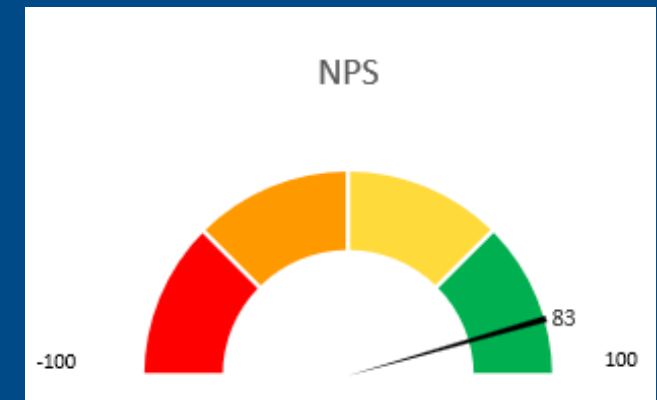
KUNDRESPONS OCH KUNDNÖJDHET

Utifrån responsen gjordes över 200 utvecklingsåtgärder, till exempel

- Kunderna har gett respons att de inte vet vad som händer härnäst i vården. I enheterna har det införts informationsbrev om hur vården framskrider.
- Kunderna har gett respons om att vissa enheter har en begränsad styrning av läkemedelsbehandlingen. Till enheterna har det beställts kort för läkemedelsbehandling och för personalen har det ordnats utbildning.
- Kunderna har gett respons om att rummen är kalla. Extra täcken har tagits i användning på enheten.
- Det har funnits fel på webbplatsen HUS.fi som kunderna har gett respons om. Felen har korrigerats och uppgifterna har kontrollerats.
- Kunderna har gett respons i anknytning till dataskyddet. Utifrån responsen har det gjorts ändringar i lokalerna och personalen har instruerats att samtala med patienter i enskilt rum.

Respons kan ges:

- på webbplatsen hus.fi/respons
- per sms
- på enheten med surfplatta eller på papper



487 279 NPS-bedömningar* 1–12 2025

350 782 Svar med ord 1–12 2025

NPS = rekommendationsindex (Net Promoter Score)

KUNDERNA SOM UTVECKLARE OCH KAMRATSTÖDJARE

Exempel på genomförda åtgärder:

- Gastrocentrums kund- och forskningspanel har gjort kvalitetsrundor på avdelningarna och mottagningarna: kontrollerade gemensamma lokaler, kvalitetstavlor och information som riktar sig till kunderna, integritet för kunden, tillgången till kundrespons, identifiering av personalen.
- Neurocentrums kund- och forskningspanel bedömde patientanvisningarnas begriplighet och gav sin respons.
- Hur bemöter du en patient med synskada eller hörselskada – erfarenhetsexperternas anföranden vid utbildning för personalen.
- Erfarenhetsexperter med synskada, hörselskada eller tal- och röstrubbningar testade funktionen hos Voicebotten vid Diagnostikcentrums tidsbokning.
- Frivilliga entréassistenter i sjukhusets entréhall hjälper kunden att hitta rätt.
- Frivilliga får även själva glädje och innebörd av verksamheten.

18 **Antalet kund- och forskningspaneler**

222 **Medlemmar i panelerna och erfarenhetsexperter, som har 280 bedömnings-, utvecklings- och utbildningsuppgifter.**

14 **Antalet Olka-punkter**

227 **Olka-punktens temadagar, där antalet möten var 4 320**

280 **Frivilliga som har gjort 9 580 frivilligtimmar**

91 400 **Kundmöten för frivilliga**

SAMARBETE MELLAN VÄLFÄRDSOMRÅDEN

SERVICEKEDJOR SOM EN DEL AV SAMARBETET MELLAN VÄLFÄRDSOMRÅDEN

- I organiseringsavtalet för HUS avtalas att det skapas tydliga serviceenheter och servicekedjor för patienter vars vård eller uppföljning överförs mellan HUS-sammanslutningen och välfärdsområdet eller Helsingfors stad eller då det för att hjälpa patienterna behövs sektorsövergripande samarbete på flera nivåer.
- År 2024 skapades gemensamma verksamhetsmodeller för att upprätta och uppdatera servicekedjorna för Nyland.
- År 2025 gjordes ett pilotförsök med verksamhetsmodellen inom flera servicekedjor (se tabellen).
- För servicekedjorna inom HUS och Nylands område utformades 2025 en ny plattform, där man kan göra mera visualiserade beskrivningar än tidigare (på finska, palveluketju.hus.fi).

Servicekedjans namn	Läget för beskrivningen/uppdateringen
Servicekedjan för kronisk obstruktiv lungsjukdom (COPD)	Klar
Servicekedjan På babyresa	Klar
Servicekedjan för patienter med kranskärslsjukdom	Klar
Servicekedjan Tandvård under allmän anestesi för vuxna	Klar
Torra ögon, ögonlocksinflammation, cysta på ögonlocket (chalaziom)	Klar
Bältros engagerande trigeminusnervens oftalmikusgren (Herpes zoster oftalmikus)	Klar
Rastlösa ben-syndrom	Klar
Servicekedjan för patienter som får palliativ vård	Klar
Lymfödem indikationer för remittering och vårdkedjan	Klar
Vuxna med ADHD (inte godkänt ännu i segmentgruppen)	Klar
Barnobesitas	Pågår
Autism hos barn	Pågår
Depression	Pågår
Ätstörning (barn, unga, vuxna)	Pågår

ARBETE FÖR HÄLSA OCH VÄLFÄRD SOM SAMARBETE INOM OMRÅDET OCH I NYLAND

HUS arbete att främja hälsa och välfärd baserar sig på lagstiftningen och på organiseringsavtalet för HUS. Ansvarig aktör är HUS Primärvårdsenhet som är en del av HUS Enhet för hantering av kundrelationer.

HUS ansvar inom arbetet för främjande av hälsa och välfärd är:



Strukturerna för samarbete inom främjande av hälsa och välfärd med välfärdsområdena och Helsingfors utvecklades och samarbetet stärktes och etablerades ytterligare 2025.

- HUS deltog i förhandlingar med olika sammansättning mellan alla områden och Helsingfors för främjande av hälsa och välfärd samt i arbetet att utarbeta välfärdsplaner.
- HUS har representanter i Helsingfors, Västra Nylands och Vanda-Kervo arbetsgrupper för förebyggande av våld i nära relationer samt i Mellersta Nylands grupp för förebyggande missbrukarbete.

Samarbetet inom hälsa och välfärd i Nyland genomförs i gruppen för främjande av hälsa och välfärd i Nyland enligt organiseringsavtalet för HUS

- Verksamheten fokuserade på att stärka kommunikations- och utbildningssamarbetet samt förebygga våld i nära relationer.
- Den forsknings-, utbildnings-, utvecklings- och innovationsverksamhet som HUS ansvarar för i anknytning till främjandet av hälsa och välfärd har genomförts inom Hyvä kierre –verksamheten.
- Primärvårdsenheten har deltagit i nationellt och internationellt samarbete inom främjande av hälsa och välfärd.

ARBETET FÖR FRÄMJANDE AV HÄLSA OCH VÄLFÄRD INOM DEN SPECIALISERADE SJUKVÅRDEN

HUS interna arbete för hälsa och välfärd styrs av arbetsgruppen för hälsa och välfärd som omfattar alla resultatområden

Chefsöverläkaren var ordförande. Arbetsgruppen ger riktlinjer för målen för HUS interna arbete för hälsa och välfärd, visionen och spetsarna i verksamheten samt följer upp uppnåendet av målen och verksamhetens verkningsfullhet.

- Genomfört en enkät om hälsa och välfärd som riktar sig till multidisciplinära team för att kartlägga genomförandet av arbete för hälsa och välfärd inom HUS.
- Gjort ett pilotförsök med en modell med en kontaktperson för hälsa och välfärd samt serviceutbud för hälsa och välfärd som stöd för servicehandledning inom hälsa och välfärd.
- En webbplats om hälsa och välfärd har publicerats i HUS Eetteri.

Lägesbild för hälsa och välfärd som stöd för arbetet för främjande av hälsa och välfärd

- Utvecklat rapporteringen om hälsa och välfärd som en del av HUS helhet regional informationsproduktion.
- Utnyttjat HUS informationsproduktion för informationsbehov inom hälsa och välfärd i Nyland och regionalt.
- Sammanställt och följt upp lägesbilden för hälsa och välfärd samt utnyttjat den bland annat i Nylands arbetsgrupp för hälsa och välfärd samt i förhandlingar om hälsa och välfärd och i anknytning till arbetet med välfärdsplanen.
- Utrett möjligheterna för rapportering av Apottis data om hälsa och välfärd.

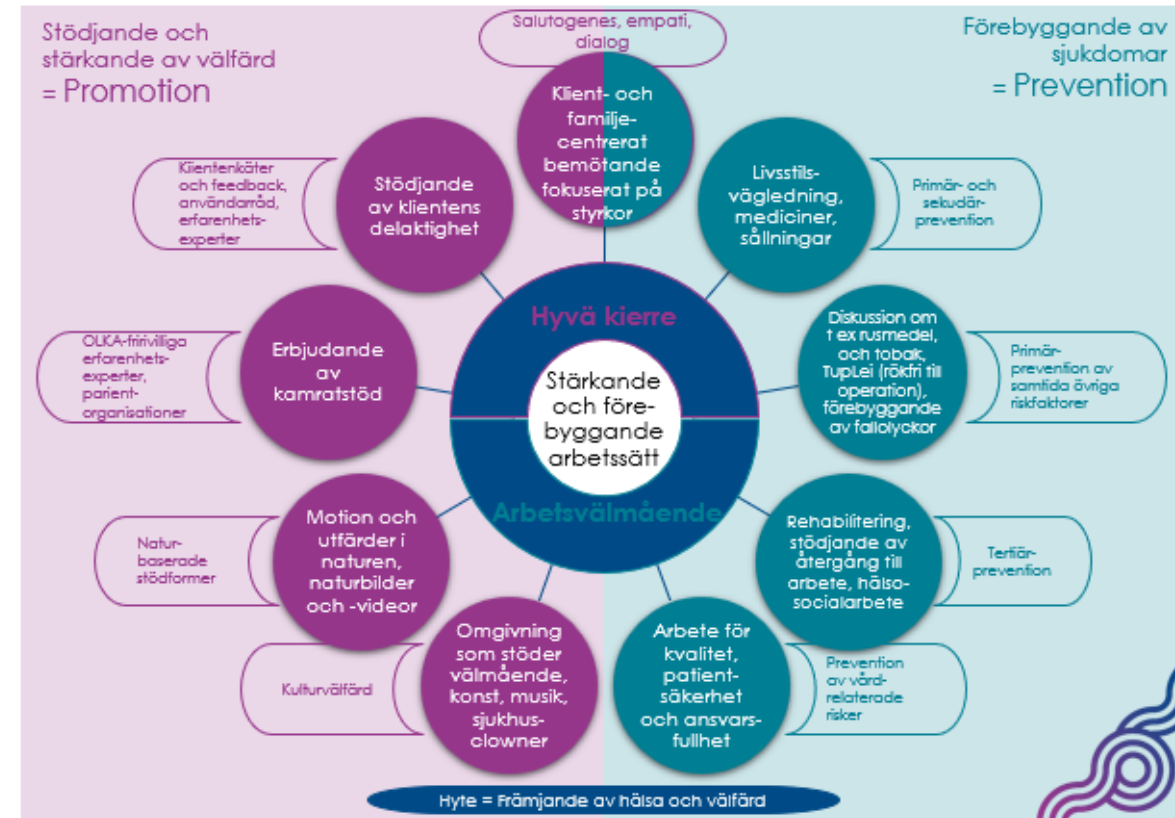


Bild 1 Verksamhet och verktyg som yrkesutbildade personer inom social- och sjukvården vid sidan av korrigerande behandling har till sitt förfogande för att främja patientens välbefinnande och hälsa.

RESULTATENHETERNAS RAPPORTER FÖR EGENKONTROLL JANUARI-DECEMBER 2025

PSYKIATRI

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Psykiatri Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Utmaningar inom patientsamordningen gör det svårare att placera patienterna på avdelning enligt anvisningarna, vilket kan medföra bland annat fördröjd vård, minskad arbetshälsa och eventuellt äventyrad patientsäkerhet.	HUS Psykiatri anvisningar har uppdaterats och preciserats. För problemen inom patientsamordningen utformas ett systematiskt verktyg för datainsamling och med hjälp av det kan åtgärder i fortsättningen inriktas på problemområden för att undanröja hinder på lång sikt.
Personalens tillräcklighet	Tillgången på vårdpersonal har förbättrats, trots att det ännu finns utmaningar vid enheterna för psykiatri för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Belastningen på avdelningarna och ökade åtgärder oberoende av patientens vilja kräver tidvis extra resurser. Användningsgraden för reservpersonal är nästan 100 procent vid plötsligt personalfrånvaro på Jorv, Pejas och Hyvinge sjukhus samt Psykiatricentrum.	Åtgärder: • Satsningar på rekrytering, förmågan att locka och att hålla kvar personal. • Utnyttja reservpersonal och granskning av mängden. • Säkerställa kunnskap samt minskad användning av mer- och övertidsarbete samt Seure personaltjänster. • Ökat antal vakanser för reservpersonal till Ohkola (5).
	Avstått från inhyrda läkare och antalet obesatta läkarvakanser är 10–30 procent beroende på linje. Knappt hälften av specialistläkarvakanserna är besatta med läkare som inte genomgått specialistutbildning.	Det har inte gått att helt ersätta inhyrda läkare med tjänsteläkare. Svårast är situationen på linjen för ungdomspsykiatri. En fortsatt aktiv rekrytering av läkare. Fördelningen av arbetet inom patientvården utvecklas.
Uppföljning av kvaliteten på upphandlade tjänster (köpt tjänst)	HUS Psykiatri linje för digitala och psykosociala behandlingar ansvarar för verksamheten med servicesedlar inom psykiatri, i registret finns för närvarande 734 terapeuter. Ingen upphandling av verksamhet med elektrokonvulsiv behandling (ECT) och man har inte heller använt servicesedlar inom ungdomspsykiatri.	Uppföljningen av psykoterapi med servicesedel fungerar problemfritt. År 2025 beviljades totalt 2 473 servicesedlar för psykoterapi till vuxna och unga.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Det lämnades in 5 173 kundresponser. Största delen av responsen lämnas in som sms-respons. Psykiatrins NPS-rekommendationsindex är 60 (Målet är +60). Karenstiderna för utskick av sms-enkäter bör ses över.	Utifrån responsen har handledningen för läkemedelsbehandling förbättrats och informationsflödet för vårdstigen gjorts smidigare. Antalet patientresponser på vårdarbetet har ökat med cirka 40 procent från i fjol.
	Verksamhet med erfarenhetsexperter inom psykiatri: cirka 60 utbildade aktörer. Antalet beställningar av uppdrag via beställningssystemet var n=112. Cirka 70 procent av uppdragen hänför sig till patientarbetet (grupphandledning och patientmottagningar med yrkesutbildade personer inom social och hälsovården) n=79. Andra uppgifter (lednings- och utvecklingsgrupper, utbildning och introduktion för personalen) n=33.	Målet är att erfarenhetsexperterna på breddare front ska delta i utvecklingen av tjänsterna och verksamheten. Ökar informationen till vårdpersonalen om verksamheten med erfarenhetsexperter och möjligheterna att utnyttja den.
	Inom psykiatri verkar två kund- och forskningspaneler: En gemensam panel för hela psykiatrin samt en kund- och forskningspanel för rättspsykiatrin. Panelerna handlade totalt 27 uppgifter: till exempel bedömningen av det material som riktar sig till patienter, forskarkonsultation, kommentarer till examensarbetet/studier. Dessutom föreslog råden åtgärder utifrån kundresponsens teman.	Ökar informationen till vårdpersonalen om verksamheten med erfarenhetsexperter samt om kund- och forskningspanelerna. Vidtog åtgärder för att tillsätta en kund- och forskningspanel inom vård av personer med intellektuell funktionsnedsättning.
	Organisationssamarbete: Psykiatri har tre egna Olka-punkter som besöks av organisationer inom psykisk hälsa som kommer för att presentera sin verksamhet. Den inlämnade responsen och erfarenheterna är positiva.	Utvecklar frivilligverksamheten och organisationssamarbetet i enlighet med verksamhetsmodellen för Olka. Utreder möjligheter att öppna nya OLKA-punkter vid psykiatrins verksamhetsställen.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Interna auditeringar	Antalet planerade auditeringar var 12. De mest betydande avvikelserna framkom inom läkemedelsbehandling och infektionssäkerhet. Största delen av observationerna uppfyller eller överskrider den nivå som krävs.	Både läkemedelsbehandling och infektionssäkerhet är kvalitetsindikatorer för psykiatri. Identifiering av patienten har utvecklats i en bättre riktning, men inom infektionssäkerhet finns det svårigheter. Bland annat användningen av handsprit bör ökas rejält.
Avvikelser och missförhållanden (medicineringssäkerhet)	På HUS-nivå är målet för skanning av streckkoder inom läkemedelsdelning 90 procent. Psykiatriens resultat har nu uppnått HUS mål.	Skanning av behövliga läkemedel med den mobila enheten Rover har införts.
Avvikelser och missförhållanden (infektionssäkerhet)	Förbrukningen av handsprit inom Psykiatri har inte uppnått målet (30–50 liter per 1 000 vård dagar).	Preciserande anvisningar har gjorts om användningen av handsprit och handhygienen.
Avvikelser och missförhållanden (HaiPro)	Under hela året har det registrerats 2 738 anmälningar om incidenter. Ökningen jämfört med året innan var cirka fem procent. Flest anmälningar hänför sig till läkemedelsbehandling och våld. Anmälningarna i huvudkategorin våld var i huvudsak förknippade med självskadebeteende. Antalet allvarliga anmälningar var 111 och av dem hade 61 behandlats före årets slut.	Anmälningarna behandlas inom utsatt tid och behövliga åtgärder genomförs. Beredningen av en egen anvisning för allvarliga incidenter pågår.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden (anmärkningar och klagomål)	Under 1–12/2025 fick vi ett myndighetsavgörande från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och tre från Regionförvaltningsverket (RFV) där den administrativa styrningen var en anmärkning. Det har inletts 28 klagomålsärenden. Antalet behandlade anmärkningar 1–12/2025 var 358 och de vanligaste av dem gällde missnöje med vården, bemötandet eller tillgång till vård. Linjerna bedömde att totalt 34 av anmärkningarna var motiverade. Regionförvaltningsverket fäste vikt vid bristfälliga anmälningar om begränsningar som ska lämnas in med två veckors mellanrum.	Processen att svara på anmärkningar har effektiverats och alla anmärkningar besvaras inom utsatt tid. Kön för behandling av anmärkningar har nästan halverats under tiden 11–12/2025. Verksamheten med anmälningar om begränsningar som ska sändas till Tillstånds- och tillsynsverket har utvecklats och i Apotti skapas en rapporteringsmall som kommer att automatisera ifyllandet av anmälningar om begränsningar.
Avvikelser och missförhållanden (förvaltningsbeslut)	Två beslut om läkemedelsbehandling oberoende av patientens vilja upphävdes 11–12/2025 på basis av fel som framgått under beslutsprocessen. På olika linjer har det förekommit fel i beslut om intagning för vård oberoende patientens vilja och man har varit tvunget att göra om dem.	Förvaltningsöverläkarens nya informationsmöte informerar personalen på bred front bland annat om att fatta beslut på det sätt som krävs enligt lag. Handboken för metoder för vård oberoende av egen vilja uppdateras och utöver det går man på förvaltningsöverläkarens informationsmöten och vid linjerna igenom hur beslutsprocesserna ska genomföras på det sätt som lagen kräver.

NEUROCENTRUM

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Neurocentrum Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	- I och med det ökade antalet operationer inom neurokirurgi (2024–25) var neurokirurgiska avdelningen tidvis överbelastad. - Kön till operationer inom neurokirurgi var inom vårdgarantin 01–03/2025. - Det har vårdats 992 patienter vid enheten för tidig utskrivning i Mejlans område (1–12/2025).	Enheten för tidig utskrivning inom neurokirurgi inledde sin verksamhet i april. Efter att Ortons neurokirurgiska operationsverksamheten avslutades 04/25 har patienterna vårdats vid enheten för tidig utskrivning.
	Kön till ett första besök på neurokirurgiska mottagningen med tidsbokning är under kontroll sedan maj 2025.	Antalet mottagningar ökades och rutinkontrollerna minskades.
	- Tillgången till vård på avdelning vid Neurocentrum har varit tillräcklig och belastningsprocenten för avdelningarna var 79 procent (1–12/2025). - Smärtmottagningens kö till en bedömning av vårdbehovet är cirka åtta månader.	- Bevara en optimal balans för tillgången till vård på avdelning. - För att förbättra tillgången till vård har nivåstruktureringen av vården och remissanvisningen preciserats. Åtgärder har vidtagits för att minska tider som inte utnyttjats på grund av annullering. I vården har man fokuserat på multidisciplinär bedömning. Utbildning och material har gjorts som stöd för den vård som sker inom primärvården.
Personalens tillräcklighet	- Mängden vårdpersonal har optimerats i enlighet med antalet patientplatser. - Mängden vårdpersonal (12/2025) 366.	Verksamhetstalen och resurserna för Neurocentrums vårdpersonal följs upp i de dagliga lägesrapporterna genom att utnyttja kontrollvyn.
	- Användningen av vikarier inom vårdarbetet vid Neurocentrum följs upp och bedöms som en helhet. - Med hjälp av vikarieverksamheten har man bra lyckats täcka frånvaro och verksamheten fortsätter.	- Behovet av vikariearrangemang på enhetsnivå har minskats bland annat genom att stärka Neurocentrums verksamhet för interna vikarier i Mejlans område. - Vikarieverksamheten optimeras kontinuerligt.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	- Till Neurocentrum har det inkommit 12 704 patientresponser. - Största delen av responsen fås som sms-respons efter vården eller besöket, men det går också att ge respons via HUS webbplats och de digitala vårdstigar. - Neurocentrums NPS-rekommendationsindex är 82 (målet är 85). - God respons har inlämnats om bemötande av patienten, sakkunskap och yrkeskunskap samt vårdens kvalitet och säkerhet. - Önskemål om utveckling har inlämnats om tidsbokningen, kommunikationen och lokalerna.	- Patientens tillgång till information har förbättrats genom att förbättra läkemedelsinformationen till patienten och ett avsnitt med Vanliga frågor har lagts till på HUS webbplats, under neurokirurgiska mottagningen. - Dataskyddet har förbättrats genom att skaffa sekretessfilter för datorskrämar till vårpersonalens arbetsplatser. - Innehållet på den digitala vårdstigen för strokepatienter har omarbetats utifrån responsen. - Den svenskspråkiga servicen har utvecklas genom att testa för ändamålet lämpliga AI-applikationer. - Trivseln i lokalerna har förbättrats genom att minska bullernivån i väntrummen och förbättra skyltningen.
	- Neurocentrums kund- och forskningspanel har samlats fyra gånger. - Panelen har fått 12 uppdrag. I panelen har man bedömt patientanvisningar, kallelsebrev, digitala vårdstigar, avdelningarnas lokaler och informationsskärmarnas innehåll samt behandlat kundrespons.	Utifrån panelens observationer har innehållet på avdelningarnas informationsskrämar förbättrats och gjorts mera kundorienterat samt kallelsebrev gjorts begripligare. Panelen har bedömt nybyggnadens avdelningslokaler och gett utvecklingsförslag bland annat för att förbättra tillgängligheten för lokalerna.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Neurocentrums verksamhet med erfarenhetsexperter: • Fyra utbildade erfarenhetsexperter • En erfarenhetsexpert ingår i neurocentrums kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp samt i arbetsgruppen för förebyggande av fall. • Erfarenhetsexperterna deltar i den fördjupade introduktionsutbildningen för vårdanställda inom neurologi.	• Erfarenhetsexperterna har deltagit i gruppträffar för patienter och närstående på våra rehabiliteringsavdelningar, utbildningsdagar för vårdpersonalen samt i utveckling av verksamheten bland annat i förebyggandet av fallolyckor.
	Kamratstöd: • OLKAs frivilliga kamratstödjare besöker regelbundet neurokirurgiska avdelningen. • Erfarenhetsexperterna håller som planerat kamratstödträffar för patienter och närstående. Samarbete med patientorganisationer: • Patientorganisationer har medverkat och berättat om sin verksamhet på introduktionsutbildningen för vårdanställda samt i utvecklingen av innehåll och digitala vårdstigar för Hälsobyns Hjärnhuset. De har också medverkat i informationsdagen för MS och Parkinson.	• Patienterna informeras om besök av kamratstödjare på avdelningens informationstavla och muntligt. • Erfarenhetsexperterna håller kamratstödsevenemang på två rehabiliteringsavdelningar för patienter som drabbats av cirkulationsstörning i hjärnan och deras närstående. På en avdelning träffar erfarenhetsexperten patienter som är på väg till djup hjärnstimulering.
Interna auditeringar	• Det gjordes auditeringsbesök vid 10 enheter och det resulterade i 247 observationer. Av observationerna uppfyllde 75 procent kraven, 19 procent krävde utvecklingsåtgärder och sex procent var avvikelser.	• Anvisningen om identifieringen av patienten och anvisningarna om infektionssäkerhet samt placeringen av dem har gått igenom med personalen. Medicintekniska produkter har underhållits enligt anvisningarna. Introduktionsprogrammen för personalen och dokumenteringen av genomgången introduktion har utvecklats.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	Av anmälningarna om farliga situationer var 54 procent anmälningar om händelser som patienten varit med om. Största delen av situationerna var förknippade med medicinerings säkerheten och att patienten varit med om en olycka, fallit eller ramlat.	För personalen har det ordnats tilläggsutbildning samt gjorts och förtydligats skriftliga anvisningar för att förbättra medicinerings säkerheten. Utbildningen kommer att intensifieras ytterligare. Särskild vikt fästs vid riskläkemedel. Bland vårdanställda gjordes ett pilotförsök med spelet förebyggande av fall. Målet är att effektivisera bedömningen av fallrisken och lära ut förebyggande av fall. Dessutom förbättras registreringen av fall i patientuppgifterna.
	Inom förebyggandet av infektioner är målet att förbättra handhygien och öka användningen av handsprit. Förbrukningen av handsprit har hållits på samma nivå som i fjol. Observationerna av handhygien har ökat.	Inom enheterna har man månatligen följt upp förbrukningen av handsprit och användningen av skyddshandskar. Personalen har utbildats inom handhygien. Enheternas hygienansvariga handleder och stöder personalen att genomföra god handhygien.
	Säkerheten inom användningen av medicintekniska produkter har förbättrats genom att utbilda personalen i användningen av produkterna och säkerställa kompetens i användningen.	Verksamhetsprocessen har förtydligats vid farliga situationer som orsakats av medicintekniska produkter.

KVINNOSJUKDOMAR OCH FÖRLOSSNINGAR

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Kvinnosjukdomar och förlossningar Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Tillgången till mödramottagningar har varit utmanande.	Mottagningstiderna till mödramottagningarna har gjorts tätare och ökats.
	Målet är att belägningsgraden för vårdplatser på BB-avdelningarna ska fås till en nivå som motsvarar antalet föderskor i HUS-område.	Belägningsgraden följs regelbundet upp från belastningsrapporterna.
	Det har satsats mycket på att styra förlossningsenheternas patientflöden, bland annat genom att inleda en telefontjänst.	Telefontjänsten har etablerat sin plats i styrningen av patienterna. För enheterna har det utarbetats anvisningar för överbelastning och stor överbelastning. Det görs systematisk uppföljningen av situationer med överbelastning.
	Operationerna vid Lojo sjukhus (cirka 350 per år) överfördes till Kvinnokliniken. Kejsarsnitt har överförs till Hyvinge sjukhus.	Operationsverksamheten har ökats och verksamhetsmodeller samt praxis har förenhetligats.
Personalens tillräcklighet	Uppföljningen av personalens tillräcklighet är aktiv.	För enheterna har det utarbetats anvisningar för situationer med underbemanning. Personal rekryteras i enlighet med ett undantagsförfarande. Arbetsgrupper som följer upp arbetsbelastningen har tillsatts vid enheterna tillsammans med arbetarskyddet.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	NPS-rekommendationsindex för resultatenheten kvinnosjukdomar och förlossningar är 81. VAS-skalan som mäter förlossningsupplevelsen på riksnivå följs upp.	Förlossningsförberedelse på distans är framstående och och etablerad verksamhet.
	Antalet inlämnade patientresponser var 20 024. Största delen av responsen fås som sms-respons efter vården eller besöket, men det går också att ge respons via exempel HUS webbplats och de digitala vårdstigarna. I responsen framhövdes god respons om bemötande och yrkesmässig verksamhet. Utvecklingsobjekt är bland annat otillräcklig vägledning, motstridiga anvisningar, brist på avskildhet och ostördhet, åtgärder som flyttas och väntan på att få komma till mottagningen.	Man har aktivt försökt öka mängden respons genom att informera patienterna om olika kanaler att ge respons. Tekniska problem i anknytning till sms-enkäter för föderskor har kunnat avhjälpas i slutet av året. • Patienter erbjuds aktivt brusreducerande hörlurar under läkarronder för att säkerställa tillgodoseende av integritet och tystnadsplikt. • Det har satsats på enhetlig och effektiverad vägledning på många olika sätt, bland annat med hjälp av utbildningar och patientanvisningar. • På basis av den inlämnade responsen fästs det vikt vid väntetider och kommunikation.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Resultatenheten Kvinnosjukdomar och förlossningar, verksamhet med erfarenhetsexperter: • Fem utbildade erfarenhetsexperter. • Erfarenhetsexperter deltar i arbetet inom utvecklingsgruppen för kommittén för likabehandling. • I resultatenhetens ledningsgrupp samt i kvalitets- och patientsäkerhetsgruppen är erfarenhetsexperterna inte representerade. Under 2025 arbetade samordnarna för verksamheten med erfarenhetsexperter 1/3 av året med kliniskt arbete och verksamheten med erfarenhetsexperter hade då uppehåll. Kund- och forskningspanelen samlades en gång under året.	En ny erfarenhetsexpert har rekryterats hösten 2025 och kunddelaktighet har etablerats som en del av resultatenhetens verksamhet. Erfarenhetsexperter har bedömt innehållet i patientanvisningar och granskningen av språkdräkten för översättningar till svenska. Från erfarenhetsexperterna fick vi idéer för att öka mängden patientrespons.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	Det gjordes under året 1 941 anmälningar om farliga situationer och av dem var 48,8 procent händelser som patienten varit med om. Sex av dessa har orsakat allvarlig skada för patienten. De mest vanliga farliga situationerna var förknippade med tillgången till vård/tjänster (443), annan behandling eller uppföljning (359) samt informationsflödet (391).	Verksamhetssätten har ändrats och anvisningar har preciserats. Inom förlossningsverksamheten i Esbo har man som första enhet med åtgärdskaraktär infört ett elektroniskt konsumtionskort för narkotikaklassade preparat 11/25.
	Det inlämnades 213 anmärkningar. Innehållet i dem framhävde personalens brådska, dåliga erfarenheter av bemötande samt en ringaktande attityd till smärta. Det inlämnades 124 patientskadeanmälningar, varav ersättning betalades för 32.	
Interna auditeringar	Vid sju enheter gjordes planmässiga auditeringsbesök. Det gjordes totalt 315 observationer och 67 procent av dem uppfyllde kraven eller var god praxis, 25 procent var utvecklingsobjekt och åtta procent avvikelser.	Utvecklingsåtgärder inriktades på medicinerings- och infektionssäkerhet samt patientförflyttningar och identifiering av patienten.

SJUKVÅRD FÖR BARN OCH UNGA

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Sjukvård för barn och unga Plan för Egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Tillgången till vård är inte optimal på barnneurologiska dagenheten Berget när det gäller undersökningsperioder inom autismspektrumet och utvecklingsstörningar. Inom övriga specialiteter motsvarar tillgången till vård det uppställda målet.	Patienter med misstänkt autisms undersöks också för Hyvinge barnneurologiska dagavdelning och vårdkän har förkortats med hjälp av extra arbete. Cirka 21–25 procent av akutmottagningens patienter inom allmänmedicin har vårdats som patienter på skötarmottagningen.
Personalens tillräcklighet	Tillgången till personal har hållits god under granskningsperioden. Den totala helhetsomsättningen bland vårdpersonalen var 2025 lägst vad den varit under fyra år.	För dimensionering av vårdpersonalen och fastställande av vårdplatser används ett kalkylschema med hjälp av vilket resurserna och patientbelastningen utjämnas. Användningen av interna vikarier vid plötslig sjukfrånvaro är aktiv.
Kundupplevelse, kunddelaktighet	NPS 81 procent (2024: 78 procent) Kundrespons samlas aktivt in med hjälp av olika kanaler. Familjernas behov av verksamhet med kamratstöd har identifierats.	Vid jourerna har det fästs vikt vid väntetider, tillgången till vård och information. Under uppföljningsperioden förbättrades resultaten för den berörda responsen med 10–35 procent. I fråga om kamratstöd har utbildning planerats för enheterna på våren 2026 i samarbete med organisationerna.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Verksamheten med familjepaneler är aktiv. Panelen för unga har inlett sin verksamhet i början av året.	På familjepanelens möten har man fokuserat på konkreta frågor, såsom patientanvisningar. Under uppföljningstiden har det fästs vikt vid ökad delaktighet för barn bland annat genom att utveckla ett vårdpass tillsammans med enheten för lek- och ungdomsverksamhet.
Uppföljning av kvaliteten på upphandlade tjänster (köpt tjänst)	Enstaka anmärkningar har lämnats om tjänsteproducenternas verksamhet.	Det har gjorts två inspektionsbesök hos externa tjänsteproducenter 2025. Inspektionsbesöken har inte fört fram några allvarliga avvikelser.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Interna auditeringar	Under 2025 gjordes 16 interna auditeringar. I de interna auditeringarna fokuserade man på planen för egenkontroll, identifiering av patienter, introduktion av personalen, utbildning, lämplighet och kompetens, infektionssäkerhet, medicineringssäkerhet och medicinteknisk säkerhet. Det identifierades 84 utvecklingsobjekt och avvikelser, vilket var 29 procent av alla observationer.	Behövliga åtgärder har fastställts inom resultatenheten: Identifiering av patienten i enlighet med anvisningarna, dokumentering av hur introduktionen framskrider. Under 2026 införs aktiv delning av god praxis inom resultatenheten.
Avvikelser och missförhållanden	Det har rapporterats fler tillbud än händelser som patienten varit med om. Medicineringssäkerhet, informationsflöde och medicinteknisk säkerhet är de vanligaste typerna av anmälda avvikelser.	En aktiv uppföljning av situationen och vid behov ett snabbt ingripande i farliga situationer. Analys av grundorsaken läggs till i behandlingen av farliga situationer i riskklasserna 2–3. En närmare analys av allvarliga farliga situationer genomförs under 2026.

INTERNMEDICIN OCH REHABILITERING

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Internmedicin och rehabilitering Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Sett till resultatenhetens egen verksamhet tillgodoses tillgången till elektiv vård som en helhet i enlighet med uppställda mål. Det gäller både elektiv öppen mottagning och avdelningsverksamhet.	Fynd i anknytning till registreringsfel har korrigerats och HUS Hjälpmedelscentralens registreringsverksamhet har utvecklats.
Personal	Mängden vårdpersonal: en vårdanställd har fyra patienter. För patienter som behöver omfattande vård krävs extra arbetskraft.	Vid brist på vårdpersonal granskas till först antalet patienter och vårdklass. Bristen avhjälpas vid behov med reservpersonal, genom att byta skift och vid behov med inhoppare. Effektiviteten följs upp bland annat med mängden mer- och övertidsarbete, sjukfrånvaro samt använd mängd inhoppare. Vid brist på läkare och andra specialsakkunniga fördelas arbetet. Vid lång frånvaro anställs vikarier. Personalens arbetshälsa följs upp kontinuerligt.
	Specialarbetare levererar avtalade tjänster.	
	Följer upp bland annat enhetsbelastningen, köpta tjänster och antalet arbetsinsatser som en helhet.	Behövlig överföring av personalen görs enligt belastning.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Det månatliga NPS-rekommendationsindexet har överskridit HUS mål 85.	Kundresponser och NPS-rekommendationsindexet följs upp varje månad i ansvarsenheterna och i ledningsgruppen.
	Det har inlämnats totalt 22 965 kund- och patientresponser via olika responskanaler, vilket är 63,6 procent fler än 2024. Den betydande ökningen i responsmängden beror på att avdelningarna åter omfattas av sms-respons efter att de långvariga tekniska problemen har avhjälpats.	Förflyttningshjälpmedel som används på avdelningen granskas regelbundet enligt överenskommet koncept, hörselskydd erbjuds till patienter i samma patientrum för att förbättra dataskyddet, täcken sätts färdigt in i påslakanen (rummen har varit kyliga), avdelningens besöksanvisning har uppdaterats, strömbrytarna i patientrummen är märkta och anvisningar för fjärrkontrollen för TV:n har förts ut till alla rum.
	Kund- och forskningspanelen samt verksamheten med erfarenhetsexperter har sammanslagits till verksamhet på resultatområdesnivå. Samtidigt byttes samordnarna. Det har inte förekommit undersökningsrelaterade uppgifter. En erfarenhetsexpert har utsetts till medlem i kvalitets- och patientsäkerhetsgruppen	Uppgift att ge kommentarer för kund- och forskningspanelen samt erfarenhetsexperterna: avdelningarnas dagsprogram, vårdanvisningar och Hälsobyns guide för rehabilitering av arbetsförmågan. Deltagande i enheternas utvecklingsdagar och idéverkstad för Hälsobyns rehabiliteringshus.
Interna auditeringar	Det gjordes auditeringsbesök vid 14 enheter. Det har gjorts total 256 observationer av vilka 73 (88 procent) uppfyllde de mål som ställts för verksamheten. Utvecklingsåtgärder krävdes för 22 procent av observationerna.	Planen för egenkontroll har lagts till de dokument som ska läskvitteras och en QR-kod till planen för egenkontroll har lagts fram i väntrummen. Säkerställer att personalen deltar i behövliga utbildningar. Den hygienansvariga som saknades har utsetts. Anvisningarna om identifiering av patienten har repeterats med personalen. Beredningsarbetet för kvalitetssystemet ISO9001 har påbörjats i resultatenheten.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	Det gjordes 1 054 anmälningar om farliga situationer och av dem var 61 procent händelser som patienten varit med om. Största delen av dem (56 procent) orsakade ingen skada för patienten. Lindring skada orsakades i 22 procent av fallen. Det var mest vanligt att de farliga situationerna hänförde sig till medicinerings säkerhet, informationsflödet eller fallolyckor.	Utbildning inom användningen av patientdatasystemet har ökat i frågor som rör läkemedelsbehandling och informationsflöde. Bedömningen av fallrisken görs enligt anvisningarna, utbildnings erbjuds och utvecklingsarbetet har fortsatt. Tilläggsutbildning och kompletterande utbildning har ordnats för personalen om olika ämnesområden.
	Det gjordes totalt 51 anmälningar om farliga situationer med medicintekniska produkter 2025.	De anmälningar som krävts har gjorts om defekt och söndrig utrustning. Utrustningen har lämnats in för service, tagits ur bruk och sänts till importören för granskning. Den medicintekniska kompetensen fastställs med systematisk utbildning och genom att avge kompetensprov.
	I resultatenheten behandlades 115 anmärkningar, varav 26 bedömdes vara motiverade. Utöver det behandlades 15 resultatområdesöverskridande anmärkningar.	Ansvarspersonerna för de berörda enheterna har informerats om svaren på anmärkningarna med tanke på utveckling av verksamheten. Bemötande på allmän nivå framhävs ännu.
	Ett klagomål till Regionförvaltningsverket i Södra Finland lämnades in. Två begäranden om utredning från riksdagens justitieombudsman har behandlats. Dessutom har det inkommit en begäran om utredning via ett annat välfärdsområde. Fem vårdrelaterade begäranden om utredning från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira har behandlats. Antalet behandlade begäranden om rättelse av fel var 22. Antalet behandlade begäranden om information om avlida var 35.	

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Uppföljning av kvaliteten på upphandlade tjänster (köpt tjänst)	Under perioden 1–12/2025 har det gjorts nio reklamationer om verksamheten med köpta tjänster och de hänförde sig till upphandlingen av hjälpmedel.	HUS Hjälpmedelscentral: två av reklamationerna har lett till en korrigerande åtgärd. Med tjänsteproducenten har man i samarbete med den vårdande enheten gått igenom samarbetsprocesserna. Senare bedöms tidpunkten för auditeringen/auditeringarna av leverantörer separat. Inga åtgärdsbehov vid linjen för rehabilitering.
	HUS köper av Validia de avdelnings- och mottagningslokaler som behövs för krävande rehabilitering av ryggmärgsskadepatienter samt vård-, stöd- och bitjänster i anknytning till dem. Verksamhetens kvalitet följs upp i styrgruppen som samlas minst fyra gånger per år och på de HUS-Validia möten som hålls med två veckors mellanrum. Även anmälningarna om farliga situationer stöder kvalitetskontrollen och de utnyttjas i utvecklingen av verksamheten. HUS köper inom HUS område som upphandling med servicesedlar upp fysioterapi-, bassäng- och ergoterapitjänster för patienter över 16 år som följs upp av ryggmärgsskadecentrum.	Inga reklamationer. Auditering av leverantörer har planerats och de påbörjas 2026.

HJÄRT- OCH LUNGCENTRUM

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Hjärt- och lungcentrum Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Bedömningen av vårdbehovet och antalet personer som väntar på vård följs upp varje vecka för varje linje. Inom verksamhetsområdet bedöms kösituationen i månadsrapporterna.	
	Tillgången till brådskande vård tillgodoses enligt plan, icke-brådskande vård har en fördröjning, men målet är att ordna vård inom ramen för vårdgarantin.	I samarbete med övriga resultatområden har operations- och åtgärdsenheternas verksamhet effektiviserats och effektiviserats ytterligare.
	Svårigheter förekommer vid ordnande av uppföljningsbesök.	Antalet mottagningstider har ökats.
Personalens tillräcklighet	Personalsituationen har förbättrats jämfört med tidigare år.	Dimensioneringen av vårdpersonal och handlingsdirektiv för undantagssituationer har fastställts.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Total NPS 88. Patienterna från alla linjer är nöjda.	Upprätthålla patientnöjdheten.
	Verksamheten utvecklas utifrån kundresponsen. Insamlingen och planeringen av utvecklingsåtgärder genomförs inom enheterna.	Ett gemensamt förfaringssätt har avtalats för rapporteringspraxisen i fråga om utvecklingsåtgärder för kundresponsen för att synliggöra utvecklingsåtgärderna på resultatenhetsnivå. Förfaringssättet har införts som stöd för rapporteringen i alla enheter. Under 2025 har det rapporterats nio genomförda utvecklingsåtgärder.
	Hjärt- och lungcentrums kundpanel har samlats tre gånger under året, erfarenhetsexperterna en gång.	Åtgärderna har omfattat kommentarer till patientanvisningarna, representation i ledningsgruppen för medicinska resultatområdet, man har bekantat sig med de digitala vårdstigarna samt behandlat resultatenhetens kundrespons på allmän nivå. Kundpanelen och verksamheten med erfarenhetsexperter överfördes i början av 2026 från resultatenhetsnivå till att samordnas på resultatombådesnivå.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Interna auditeringar	Det har gjorts nio interna auditeringar 2025.	De interna auditeringarna har genomförts enligt plan. För 2026 har det planerats 10 interna auditeringar.
	Det har gjorts totalt 222 observationer. Största delen av observationerna uppfyller kraven. God praxis har också observerats. Flest avvikelser har kommit i anknytning till medicineringssäkerheten.	Det har utvecklats elektronisk läskvittering som ska införas i början av 2026 för planerna för läkemedelsbehandling och andra avtalade dokument på resultatenhetsnivå.
	Läget för observationerna: Ett utvecklingsobjekt som inte har påbörjats, ett som är under arbete. För avvikelsernas del finns inga opåbörjade, medan tre är under arbete.	Följer även på resultatenhetsnivå upp att åtgärderna förs in och att de genomförs.
	Observationer på resultatenhetsnivå har identifierats inom ämnesområdena medicineringssäkerhet och egenkontroll.	Observationer inom de interna auditeringarna utnyttjas i utvecklingen på enhetsnivå och observationerna lyfts också fram på resultatenhetsnivå. I fortsättningen ska detta göras mera systematiskt. På resultatenhetsnivå utvecklas dokumenteringen av introduktionen och läskvittering för övriga dokument.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelse och missförhållanden	Under tiden 1–12/2025 har det gjorts totalt 1 352 Haipro-anmälningar. Antalet anmälningar har ökat 1,3 procent jämfört med 2024.	Administrerar ett aktivt flöde av anmälningar. Påminner om att göra anmälningar och vikten av det, för diskussion inom enheterna.
	Andelen anmälningar om händelser som patienten varit med om har ökat fem procent och det har gjorts 18 procent fler anmälningar om tillbud än 2024.	Främjar en föregripande patientsäkerhetskultur, där anmälningar görs om tillbud, varvid målet är att lära sig av dem redan innan det hinner bli händelser som patienten varit med om.
	Under 2025 inträffade fem incidenter med allvarlig skada för patienten som följd.	Av incidenterna som resulterade i allvarlig skada var tre förknippade med att patienten fallit. I år har det satsats på att förebygga fall och arbetet fortsätter också nästa år.
	Andelen anmälningar i anknytning till medicinering utgör ännu den största typen av händelser bland anmälningarna.	Apotti-läkemedelsutbildningen har intensifierats och avsnitten om läkemedelsbehandling utvecklas tillsammans med Apotti.
		Av incidenterna är 3,4 procent förknippade med en utvecklingsåtgärd.
	Under tiden 1–12/2025 har det gjorts totalt 251 PosiPro-anmälningar. Antalet anmälningar har ökat 14 procent jämfört med 2024.	Inom resultatenheterna har man uppmuntrat personalen att aktivt göra anmälningar genom att lyfta fram gjorda anmälningar i enheterna. I enheterna har man betonat effekten av god praxis och fungerande arbetssätt på patientsäkerheten.

INFLAMMATIONSCENTRUM

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Inflammationscentrum Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Tillgången till vård har kunnat tillgodoses huvudsakligen inom ramarna för målsatta tider.	Tillgången till vård följs regelbundet upp med veckorapporter och på möten. Mottagningstiderna har bedömts och ändrats för att bättre svara mot behovet.
Personalens tillräcklighet	Personalens tillräcklighet granskas regelbundet på resultatenhets-, linje- och ansvarsenhetsnivå.	Genom interna vikarier och dagsspecifika arrangemang har man jämnat ut tillräckligheten av personal. Kunnandet hos de interna vikarierna för vårdpersonalen har utökats till att omfatta olika enheter. Sommartid har antalet avdelningsplatser och mottagningstider anpassats i viss mån enligt personalsituationen.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Det månatliga NPS-indexet har överstigit 86 procent. Vi har fått in totalt 19 157 patientresponser från olika responskanaler.	Utifrån kundresponser har man bland annat utvecklat patienthandledningen, bemötandet av patienten och bedömningen av smärtbehandling tillsammans med patienten. Sjukhusfastigheternas skyltar har bedömts och nya skyltar har monterats upp.
	Kundpanelen har samlats en gång och dessutom har den gjort besök på enheterna. Kundpanelen har granskat bland annat patientanvisningar, skyltar, informationstavlor och vårdlokalernas funktion.	Patientanvisningar har förtydligats och skyltar har förnyats.
	Erfarenhetsexperterna har haft ett möte. Erfarenhetsexperterna har medverkat i genomförandet av informationsdagen för ledgångsreumatism.	Vi fortsätter utveckla verksamheten med erfarenhetsexperter och utnyttjar den i utvecklingsverksamheten.
Interna auditeringar	Interna auditeringar gjordes vid sex av Inflammationscentrums ansvarsenheter. Vid auditeringarna registrerades 130 observationer. Av observationerna uppfyllde 66 procent kraven, 22 procent krävde utvecklingsåtgärder och 10 procent var avvikelser.	Introduktionen av personalen och dokumenteringen av introduktionen har utvecklats och checklistor har utarbetats. Det har informerats om anvisningar om identifiering av patienten på bred front.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	Antalet anmälningar om farliga situationer var 511. Av de här klassificerades 57 procent som händelser patienten har varit med om. Det var mest vanligt att de farliga situationerna hänförde sig till informationsflödet eller informationshanteringen.	Anmälningar om farliga situationer har behandlats multidisciplinärt inom enheterna och personalen har informerats om dem och man har utarbetat handlingsdirektiv.
	Antalet farliga situationer som klassas som allvarliga var fyra.	Anmälningarna har behandlats med de berörda enheterna och behövliga åtgärder har vidtagits.
	Antalet inlämnade anmärkningar var 59 och det väcktes 20 patientskadeärenden.	

HUVUD- OCH HALSCENTRUM

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Huvud- och halscentrum Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Det förekommer kraftig säsongvariation i tillgången till vård. Likaså varierar tillgången till vård för specialiteterna.	Följer på ledningsmötena varje vecka upp utfallet för målen och inriktar verksamheten för att förbättra tillgången till vård.
Personalens tillräcklighet	Tillgången till personal är god, men processen för anställningstillstånd fördröjer rekryteringen av personal.	Som åtgärd har man stärkt den egna reservpersonalen och utökat deras kunskande att arbeta vid flera enheter. Resultatenhetens dagliga verksamhetsstyrningsmöten har blivit en del av normal praxis.
Kundupplevelse, kunddelaktighet	- Under 2025 lämnades det in mer än 44 000 responser. - Rekommendationsvärdet NPS för hela året var 85. - Patientrepresentanterna är aktivt med i Huvud- och halscentrums verksamhet och i utvecklingen av verksamheten. Erfarenhetsexperterna har haft flera anföranden om bemötande och handledande av personer med syn- och hörselnedsättning. Personalen har gett stark positiv respons om anförandena.	- Vid specialiteternas ledningsmöten varje vecka och inom enheterna följer man regelbundet upp NPS-värden, inlämnad respons och utvecklingsåtgärder som härletts från den. - Enheternas ansvarspår besvarar regelbundet respons från patienterna. - De centrala målen 2026 är: 1) planering, utveckling och bedömning av kundorienterade tjänster. 2) främja tillgängligheten 3) ökat kunskande vid bemötande och handledning 4) samarbete med forskare

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Uppföljning av kvaliteten på upphandlade tjänster (köpt tjänst)	Tjänster inom den specialiserade sjukvården ordnas också som köpta tjänster eller med servicesedlar.	- Samarbetsmöten hålls med tjänsteproducenterna om ordnande av tjänster. - Verksamheten följs upp och utvecklas utifrån observationer och anmälningar i kundrespons samt av HUS personal och tjänsteproducenter.
Interna auditeringar	- Det har gjorts 15 interna auditeringar. - Andelen observationer om god praxis och observationer som uppfyllde kraven av alla observationer var 70 procent. Flest observationer om god praxis och observationer som uppfyllde kraven fanns inom infektionssäkerhet, medicineringssäkerhet och introduktion. - Bland observationerna var 16 procent utvecklingsobjekt och 13 procent avvikelser. - Mest att utveckla fanns det inom säkerställande av medicineringssäkerhet, medicinteknisk säkerhet och infektionssäkerhet samt delområdena introduktion och utbildning för personalen. Utvecklingsobjekt som hänför sig till introduktion och utbildning av personalen gällde dokumentering av genomförandet av introduktionen och utbildningen. - Flest avvikelser registrerades inom medicineringssäkerhet och praxisen med att identifiera patienter.	- Huvud- och halscentrum har gjort upp en roterande lista över de enheter som ska auditeras och utifrån den ska varje enhet auditeras med cirka två års mellanrum. - I beredningen av ISO9001 certifieringen inkluderades delområdena inom egenkontroll. Det har bidragit till att göra egenkontrollen till en del av enheternas dagliga verksamhet. Dessutom har egenkontrollen implementerats i praktiken genom att ordna arbetsseminarier på resultatenhets- och ansvarsenhetsnivå. - Två nya interna auditörer har utbildats till resultatenheten. - Inspektionsbesök hos tjänsteproducenter är planerade att inledas våren 2026 och en årsplan har uppgjorts för inspektionsbesöken.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelse och missförhållanden	• Det totala antalet anmälningar om farliga situationer för patientsäkerheten har ökat något jämfört med i fjol. • Anmälningsprofilen är liknande jämfört med i fjol i fråga om anmälare, typ av händelse, karaktär och riskklass. • Andelen händelser som patienten varit med om av anmälningarna om farliga situationer är 51 procent. • Registreringen av strukturerna för planeringen av utvecklingsåtgärder har ökat jämfört med året innan.	• Anmälningarna om farliga situationer för patientsäkerheten går igenom varje vecka vid linjernas ledningsmöten, vilket har ökat medvetenheten om frågan och bidrar till att främja god praxis. • Tavlor för den dagliga ledningen inom enheterna har tagit i användning i allt större utsträckning. På tavlorna skrivs också planerade utvecklingsåtgärder. • För att öka dokumenteringen av utvecklingsåtgärder har man i de digitala presentationsmallarna för linjernas ledningsmöten skapat en särskild dokumentationsplattform för utvecklingsåtgärder.

MUSKULOSKELETAL OCH PLASTIKKIRURGI

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Muskuloskeletal och plastikkirurgi Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Tillgången till vård följs upp regelbundet: i fråga om akuta operationer dagligen och för mottagningsverksamheten och den elektiva kirurgin varje månad. Både antalet personer som väntar på operativ behandling och på mottagningstid har minskat inom hela resultatenheten jämfört med i fjol.	I och med att rapporteringsverktygen har utvecklats har uppföljningen blivit enklare och resurserna kan inriktas bättre mellan olika fastigheter. Verksamheten med vårdbokning har slagits ihop i enlighet med HUS principer.
Personalens tillräcklighet vårdarbete	Personalens tillräcklighet har hållit en god nivå. Tillräckligheten följs upp på dagliga möten.	Exempel på åtgärder inriktade på personalens tillräcklighet är samarbetet inom det operativa resultatområdet, gemensamt överenskommen dimensionering av vårdpersonalen för avdelningarna, utnyttjande av kunnandet i större omfattning mellan olika enheter och inledande av verksamhet med fadderavdelningar. Dessutom har resultatenheten Muskuloskeletal och plastikkirurgi gemensam reservpersonal med Gastrocentrum.
Personalens tillräcklighet Läkare	Mängden läkarpersonal är tillräcklig, men inom vissa specialiteter finns det behov av tilläggsutbildning i och med pensioneringar.	Nya specialistläkare har rekryterats och introduktionen av dem fortsätter.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse	År 2025 fick resultatenheten Muskuloskeletal och plastikkirurgi totalt 17 176 kundresponser. Av dem som lämnade respons rekommenderade 87 procent tjänsten för sina närstående. NPS-värdet var 83.	Utifrån kundresponserna har kallelsebreven till mottagningarna förtydligats, det gjorts lättare att hitta enheterna med skyltar och golvdekaler samt ökat informationen om mottagningarnas tidtabeller.
Kunddelaktighet	Erfarenhetsexperterna har medverkat i utvecklingen av verksamheten.	Erfarenhetsexperterna har deltagit i analysen av innehållet för den digitala patientservicen, planeringen av utvecklingsåtgärder för kundresponserna och hållit ett anförande på informationsevenemanget för patienter med ledprotes.
Uppföljning av kvaliteten på upphandlade tjänster (köpt tjänst)	Inom muskuloskeletal kirurgi används servicesedel vid begränsade åtgärder. Med företrädarna för tjänsteproducenterna hålls regelbundet möten varje år. Vid mötena går man igenom bland annat komplikations- och infektionstalen för åtgärderna. I dem fanns inget att anmärka under föregående verksamhetsperiod.	

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Interna auditeringar	Det gjordes nio planerade interna auditeringar.	Genomförande av utvecklingsåtgärder och åtgärder för att avhjälpa avvikelserna har framskridit enligt tidtabellen.
Avvikelser och missförhållanden	Antalet patientanmärkningar är på samma nivå som 2024. Över hälften av anmärkningarna gäller lång väntan på tillgång till vård. Antalet klagomål har fördubblats och av dem gäller också en stor del tillgången till vård. Antalet anmälningar till Patientförsäkringscentralen har ökat ytterligare.	Målet är att behandla anmärkningarna inom en skälig tid. Om det i anmärkningarna eller klagomålen framgår missförhållanden som kräver korrigerande åtgärder, genomförs de tillsammans med dem som ansvarar för verksamheten.
	Antalet anmälningar om farliga situationer har hållits på samma nivå som i fjol. Den vanligaste anmälningen om en farlig situation hänförde sig till läkemedels- och vätskebehandling. Antalet behandlade allvarliga farliga situationer var 27.	Anmälningarna om farliga situationer behandlas multidisciplinärt. Som utvecklingsåtgärder har man gjort vårdanvisningar, stärkt medicineringssäkerheten och förbättrat tidig identifiering och registrering av patientens tillstånd.

CANCERCENTRUM

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Cancercentrum Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	År 2025 tog Cancercentrum emot 25 569 remisser och vårdade 36 511 patienter. Tillgången till vård har hållits på en bra nivå hela året.	Tillgodoseendet av tillgången till vård följs upp kontinuerligt. Dessutom främjas införandet av rapporteringen för varje cancerform för att underlätta uppföljningen av tillgången till vård. Antalet personer som väntar på icke-brådskande vård har minskat i slutet av året.
Personalens tillräcklighet	Personalen har i regel varit tillräcklig. Sjukfrånvaron bland personalen och personalomsättningen har hållits på en låg nivå. Avdelningsplatserna och annan verksamhet har samordnats med den tillgängliga personalmängden. Antalet vård dagar har varit 16 855, första besök 13 880, operationsåtgärder 2120 och besök för cancerbehandlingar 112 320.	Placeringen av personalen planeras föregripande och personalens tillräcklighet beaktas i planeringen av verksamheten. Båda följs upp dagligen.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Det har samlats in mer än 1 100 responser per månad och NPS-värdet har varit cirka 91 varje månad.	Responsens karaktär har till största delen varit positiv. Utifrån responsen har enheterna utvecklat verksamheten till exempel samarbetet och handledningen. HUS kurser i svenska erbjuds aktivt till personalen för att trygga servicen för svenskspråkiga patienter.
	Kundpanelerna har samlats regelbundet. Erfarenhetsexperterna har erbjudit uppgifter för att utveckla verksamheten.	Kundpanelen besökte forskningsenheten och tog del av Cancercentrums forskningsverksamhet. En erfarenhetsexpert deltog också i ett besök inom ramen för ett EU-projekt med målet att få patienterna delaktiga i studier. Utöver besöken har kundpanelen bedömt skyltar, anvisningar och trivseln samt bedömt enheternas processer inom patientvården och responsen.
Interna auditeringar	Auditeringsbesök har gjorts vid sju enheter, vilket gav 193 observationer. Av observationerna uppfyllde 61 procent kraven och 39 procent krävde utvecklingsåtgärder.	Åtgärder inriktades för repetition av anvisningarna och effektiviserad uppföljning. Dokumenteringen av åtgärderna har genomförts som planerat i slutet av året.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	Det har rapporterats 1 111 farliga situationer av vilka två har behandlats som allvarliga. Mest vanliga var farliga situationer i anknytning till läkemedels- och vätskebehandlingar samt informationsflödet.	Det är mest vanligt att åtgärderna har lett till information inom enheten, men också repetition av verksamhetssätten och introduktion av nya redskap. Utbildning och introduktion har ordnats utifrån de farliga situationerna till exempel i användning av patientdatasystemet. I utbildningsplaneringen är målet att beakta dessa behov.
	Antalet anmälningar i anknytning till medicinteknisk säkerhet var 33. De har hänfört sig till användning av system och utrustning samt att dessa inte har fungerat.	Den medicintekniska säkerheten har förbättrats från fall till fall och med samordnad utbildning.
	Infektionssäkerheten följs regelbundet upp och situationen har ännu varit stabil.	Målet har varit att öka infektionssäkerheten utifrån infektionsrapporterna, genom att öka förbrukningen av handsprit och ordna arbetsseminarier till exempel om användningen av central venkateter.
	Antalet avvikelser i anknytning till dataskydd och identifiering har varit 22.	I fråga om dataskyddet har verksamheten utvecklats från fall till fall och man har påmint om att beakta dataskyddet i alla situationer.
	Antalet behandlade anmärkningar är 59 och patientskadeanmälningar 33 (enligt ankomstdag).	Verksamheten har korrigerats utifrån anmärkningarna från fall till fall.

GASTROCENTRUM

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Gastrocentrum Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Det totala antalet inkomna remisser 2025 ökade 1,3 procent jämfört med 2024. Antalet remisser från välfärdsområden utanför Nyland har minskat något.	Kösituationen för varje linje behandlas varje månad i ledningsgruppen och för varje specialitet minst en gång per vecka.
	Kön med personer som väntar på en bedömning av vårdbehovet / att få komma till mottagningen har ökat som en helhet jämfört med 2024 och antalet personer som överskred vårdgarantin har ökat 8,7 procent.	I bedömningen av patienternas vårdbehov och planeringen av vården är målet att för varje specialitet utnyttja modellen med en kö för att möjliggöra en snabbare och mera jämlik tillgång till vård i området. Under året har det för specialiteterna grundats centraliserade center för vårbokning.
	Antalet operationer har ökat med 0,7 procent under 2025 jämfört med året innan och antalet patienter som väntar på operation har minskat som en helhet. Inom vissa åtgärdssegment överskrider kötiderna dock ännu den målsatta tiden. Antalet patienter som väntat i mer än 180 dygn minskade 5,7 procent.	Operationssalskapaciteten har ökat jämfört med i fjol, vilket bidragit till kortare operationsköer. Under innevarande år har man av sparskål inte avvecklat köerna som mertidsarbete. Inom vissa specialiteter och åtgärdssegment är operationssalskapaciteten dock ännu bristfällig i förhållande till antalet köande och bland annat tillgången till vård inom cancerkirurgi är inte heller till alla delar på en optimal nivå. Den ekonomiska situationen och budgetramen begränsar möjligheterna att utöka verksamheten.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Personalens tillräcklighet	Till följd av samarbetsförhandlingarna har mängden vårdpersonal minskat från i fjol på grund av avslutade tidsbundna anställningsförhållanden. Man har hållit sig bra inom personalbudgeten.	• Dimensioneringen av vårdpersonalen har fastställts för Gastrocentrums avdelningar och den har genomförts. • Personalens mobilitet mellan enheterna har ökats, vilket har bidragit till en betydande minskning av ersättningar för merarbete och övertidsarbete. Med hjälp av verksamhetsmodellen är det möjligt att jämnar ut belastningen mellan enheterna. Utjämning av belastningen har en direkt inverkan på personalens arbetshälsa och orken i arbetet. • Vid Gastrocentrum har mängden reservpersonal ökats. Syftet med reservpersonalen är att avhjälpa akut brist på personal på avdelningar inom Gastrocentrums alla specialiteter. Det har satsats på introduktion och kompetens för att reservpersonalen ska kunna inriktas optimalt dit den behövs mest. Gastrocentrum och resultatenheten Muskuloskeletal och plastikkirurgi har ett nära samarbete för resultatenhetsöverskridande placeringen av reservpersonal. • Vårdklass och optimal vårdtyngd för enheterna utnyttjas i bedömningen och inriktningen av personalbehovet. • Praxisen för ersättning av skift med personalbrist har repeterats och intensifierats, gemensamma kriterier och förfaringssätt har avtalats för hela resultatområdet.
		Det har satsats på vårdpersonalens kompetens och patientvårdens kvalitet genom utbildningar.
	Inom läkarpersonalen är det brist på specialistläkare bland annat inom endokrinologi, kärlkirurgi och transplantationskirurgi.	Man har försökt effektivisera rekryteringen av specialistläkare och satsa på utbildning av läkare under specialistutbildning i form av utbildningsansvariga specialistläkare. I personalplaneringen har man försökt beakta läkarbristen för varje specialitet. Endast en del av de ytterligare tjänster man ansökt om realiserades.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Det månatliga rekommendationsindexet NPS har hållit en bra nivå mellan 82–86 hela året. Vi fick över 36 000 patientresponser under året och de samlas in på flera olika sätt. Största delen av responsen fås som sms-respons efter vården eller besöket, men det går också att ge respons via HUS öppna webbplats och de digitala vårdstigarna. En ökad mängd patientrespons om vårdarbetet(5 091) har också samlats in. Det är en viktig del av kvalitetssäkringen för vårdarbetet och utvecklingen av vårdarbetet. I den positiva responsen betonas professionell samt sakkunnig service och vård och den riktar sig till alla yrkesgrupper. Responsen ger också utvecklingsförslag för enheternas verksamhet.	Förbättring av tillgången till vård har lyfts fram som primärt strategiskt mål för att förbättra kundupplevelsen. Rapporteringen om kundresponsen har systematiserats och den multidisciplinära behandlingen av den samt angivningen av utvecklingsåtgärder har effektiviserats. Det har satsats på att informera om och lägga fram kundupplevelsen och de utvecklingsåtgärder som genomförts med hjälp av den inom enheterna bland annat genom att skaffa bildskärmar till korridorerna. Utifrån den inlämnade responsen om vårdarbetet har man för att utveckla patienthandledningen angett flera åtgärder inom enheterna, i synnerhet med fokus på läkemedelsbehandling och en högklassig fortsatt vård. Goda arbetssätt har upprätthållits och bland annat har innehållet för enheternas kallelsebrev, skyltar och innehållet i patienthandledningen utvecklats på basis av den kundrespons som lämnats in.
	Den första mandatperioden med ny sammansättningen för kundpanelen och erfarenhetsexperterna har varit livlig. Kundupplevelsen har utnyttjats i olika utvecklingsåtgärder inom olika specialiteter inklusive forskningsverksamhet.	Modellen för introduktion av nya aktörer infördes och kommer att etableras som en del av verksamheten. Inom verksamheten för kunddelaktighet har man utvecklat patientanvisningarna för flera specialiteter samt haft utbildningssamarbete med enheter och patientorganisationer. Dessutom har kundpanelen gjort kvalitetsrundor.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Interna auditeringar	Det har gjorts systematiska auditeringar av 14 enheter under året. Av observationerna uppfyllde 71 procent kraven. Jämfört med året innan uppfylldes kraven 15 procent bättre inom de auditerade enheterna.	Elektroniskt läskvitto infördes och de dokument som ska läskvitteras följer man inom resultatenheten upp på chefsnivå. I flera enheter pågår arbete med att dokumentera introduktion i användning av och säkerställande av kunnande om medicintekniska produkter. Kunnandet följs upp med hjälp av körkort och pass för medicinteknisk säkerhet. Resultatenhetens plan för medicinteknisk säkerhet färdigställdes i slutet av året och planer på ansvarsenhetsnivå utarbetas under början av 2026 på en ny grund. Anvisningar om identifiering av patienten kommer att utökas i enheterna. Flera utvecklingsåtgärder har angetts för att förbättra handhygien.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	I resultatenheten gjordes 1 676 anmälningar om farliga situationer och av dem var 55,6 procent händelser som patienten varit med om. Av dessa har 18 orsakat allvarlig skada för patienten. Det var mest vanligt att de farliga situationerna hänförde sig till medicinerings säkerhet, informationsflödet eller uppföljning av patientens tillstånd.	• Rapporteringen om avvikelser har systematiserats och den multidisciplinära behandlingen av dem samt angivningen av utvecklingsåtgärder har effektiverats. • Enligt situationens karaktär har anvisningarna preciserats och det har ordnats riktad utbildning särskilt för uppföljning av patientens tillstånd och förebyggande av fallolyckor. • De viktigaste grundorsakerna till incidenter inom medicinerings säkerhet har utnyttjats vid uppdateringar av planen för läkemedelsbehandling samt i planeringen och inriktningen av utbildningar.
	Under året gjordes 64 anmälningar om farliga situationer med medicintekniska produkter. Största delen av dem hänförde sig till informationssystemet, funktionen hos eller servicen av enskilda medicintekniska produkter.	Styrning av och vägledning i etablerade verksamhetssätt samt systematisk riskbedömning. Utbildning i medicintekniska produkter. En grupp av personer med ansvar för medicintekniska produkter inledde sin verksamhet. Information och kunskande delas aktivt på webben.
	Det har inlämnats 206 anmärkningar om enheten och i innehållet i dem betonades tillgången till vård, förkastade remisser och bemötande.	
	Det har inlämnats 268 patientskadeanmälningar och av dem har 24 hänvisats till andra enheter för behandling.	

AKUTEN

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Akuten Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	HUS mätare för tillgång lämpar sig för närvarande inte för uppföljning av Akutens verksamhet.	
Personalens tillräcklighet	I synnerhet vid samjourerna varierar personalbehovet i enlighet med patientflödena och i planeringen av arbetsskift är målet att placera personalen så att det så bra som möjligt motsvarar behovet. Tillgången till personal har dock varit god.	Arbetsskiftsplaneringen har utvecklats och olika arbetsskift har lagts till för att jämna ut belastningstoppar. Personalens mobilitet, samarbete och handräckning mellan enheterna har ökats.
	Akutens reservpersonal stöder vid personalbrist. Personalens tillräcklighet följs upp bland annat via verksamhetsstyrningsvyn.	För enheterna har det utarbetats anvisningar för situationer med underbemanning.
	Sjukfrånvaron har inte ökat 2025 jämfört med 2024. Personalomsättningen var ytterst låg 2025.	Personalens ork bedöms aktivt bland annat genom att följa upp sjukfrånvaro och via respons. För hela personalen ordnades flera utbildningar och evenemang i anknytning till psykologisk trygghet, vilket var ett av de strategiska målen för 2025.
	Antalet sommarvikarier var färre än i fjol, men kompetensen var tillräcklig eftersom största delen av vikarierna var färdigutbildad vårdpersonal. Sommarens verksamhet förlöpte i regel bra.	

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Akutens NPS-värden har varierat mellan 64–69. Flera samjourer höjde sin NPS nivå från året innan. I december uppnåddes årets bästa NPS-värde (69). Det lämnades in totalt 46 414 kundresponser. Insamlingen av responser för akut- och övervakningsavdelningarna ökade med 59 procent. NPS-värdet för Giftinformationscentralen och den teratologiska informationstjänsten var fortsatt mycket bra och uppgick till 92–98. Erfarenhetsexperterna vid akuten hade en stor mängd varierande uppgifter. På HUS intranät skapades en egen webbplats för Akutens verksamhet med erfarenhetsexperter.	Akutens egen rapporteringssida för utvecklingsåtgärder utvecklades under året. Regionala ledningsgrupper behandlade hur utvecklingsidéerna framskred. Under året rapporterades totalt 59 utvecklingsidéer och flera åtgärder. Teman var bland annat bemötande, behandling, väntan, handledningsarbete och kommunikation samt lokaler, datasäkerhet och integritet.
Uppföljning av kvaliteten på upphandlade tjänster (köpt tjänst)	Kvaliteten på verksamheten med köpta läkartjänster följs upp.	Verksamheten för olämpliga läkare reklameras och behövliga åtgärder vidtas. Sanktionsavgifter har tagits ut för avvikelser från avtal. Avtal har omförhandlats i tillämpliga delar.
Interna auditeringar	Planerade auditeringsbesök gjordes vid akutens åtta verksamhetsenheter. Det gjordes totalt 236 observationer, av vilka 62 procent uppfyllde kraven eller var förenade med god praxis.	Ett elektroniskt system för läskvittering har införts för att underlätta uppföljningen av introduktion i anvisningarna. De utvecklingsåtgärder som framkommit vid auditeringarna genomförs enligt plan.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Avvikelser och missförhållanden	År 2025 anmäldes totalt 3 472 farliga situationer och av dem var 53,3 procent händelser som patienten varit med om. Antalet anmälningar av allvarliga farliga situationer var totalt 231. De vanligaste farliga situationerna var förknippade med läkemedelsbehandling och annan vård av patienten såsom observation av patienten.	Som avhjälpande åtgärder ordnades tilläggsutbildning eller preciserades anvisningar, bland annat om dataskyddet i maj. En multidisciplinär arbetsgrupp för utveckling av läkemedelsbehandling börjar vid Akuten 2026. På basis av anmälningarna om farliga situationer ordnas kliniska utbildningar för personalen till exempel om användningen av pleuradrän och pleurasug.
	Det gjorts några anmälningar om medicintekniska produkter (till exempel örontermometrar).	Utbildningar om användning av utrustningen har ökats och defekt utrustning har lämnats in för service till medicinteknik. En konkurrensutsättning av örontermometrar pågår på HUS nivå.
	Anmärkningar som inkommit till resultatenheten gällde bland annat patienthandledning, bemötandet av patienter och långa väntetider vid jouren.	Tilläggsutbildning har ordnats om bemötande av patienten. Informationen till patienter har förbättrats under väntetiden.

OPERATIONSSALAR OCH INTENSIVVÅRD

Planen för egenkontroll kan läsas på HUS webbplats:

[Operationssalar och intensivvård Plan för egenkontroll](#)

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Tillgång (tillgången till vård)	Operationssalarnas produktion följs regelbundet upp. Det har gjorts fler operationer än under motsvarande tid i fjol. Plötslig sjukfrånvaro för personalen stängde i genomsnitt 0,9 operationssalar per dag. Intensivvårdsplatserna har hållits öppna enligt plan.	Prövning har tillämpats vid annullering av operationer. Operationer har inte annullerats för patienter som behöver intensivvård efter en operation.
Personalens tillräcklighet	Planer utarbetas för användningen av operationssalarna. Planerna måste anpassas efter personalsituationen. Operationsenheternas personalpool har 967 gånger förhindrat att en dag i operationssalen blir annullerad. Man har inte tvingats stänga intensivvårdsplatser på grund av otillräcklig personal.	Varje vecka granskas möjligheten att öppna fler operationssalar då personalsituationen tillåter det. Placeringen av läkare granskas dagligen och läkarna rör sig flexibelt mellan operationsenheterna. Verksamheten med interna vikarier för vårdpersonalen (personalpoolen) har utvecklats på linjerna för operationssalar och på intensivvårdsavdelningarna. Personalpoolen för operationsenheterna har stärkts. Samarbetet mellan uppvakningsrummen och intensivvårdsavdelningarna har utvecklats.
	Tillräckligheten av instrumentvårdare i olika enheter/fastigheter granskas dagligen. En effektiverad klinisk verksamhet har bidragit till att det tidvis är överbelastning vid instrumentvårdscentralerna. Vid produktionsavbrott på grund av defekt utrustning söks tillfälliga lokaler och då flyttar den egna personalen delvis med utrustningen.	Mobilitet för instrumentvårdarna mellan olika arbetsplatser vid behov till exempel vid tillfällig flytt på grund av defekt utrustning. Kraven på medicinteknisk kompetens begränsar instrumentvårdarnas mobilitet. Användningen av hyrd arbetskraft för instrumentvårdare har minskats betydligt. Intern vikarieresurs används inom serviceområdena.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Kundupplevelse, kunddelaktighet	Det månatliga NPS-indexet har varit minst 85 (85–90). Vi har fått in 334–984 patient-responser varje månad (totalt 9 175). Vid linjen för intensivvård har man fått 133 responser från anhöriga och mer än 80 procent av den är positiv.	Patienternas dataskydd och integritet har förbättrats i mottagnings- och intervjusituationer. Patienternas väntetid till åtgärden har gjorts skäligare. Bättre sömn för intensivvårdspatienter har möjliggjorts nattetid och bättre återhämtning har möjliggjorts för operationspatienter i uppvakningsrummet genom att minska störningsfaktorer. Man har förbättrat möjligheten för svenskspråkiga patienter att tala sitt modersmål. Städningen av toalettutrymmen har effektiverats och ökat mängden hjälpmedel. Utskrivningsprocessen har gjorts smidigare och där används ett tydligare talspråk.
Kundpaneler, kunddelaktighet	Kundpanelens sammansättning har omorganiserats och den har samlats sex gånger. De nya medlemmarna har varit aktiva. På våren och hösten har det ordnats ett gemensamt möte med Akuten.	Kundpanelen har bedömt att skyltarna för Pejas sjukhus och Hyvinge sjukhus behöver utvecklas. De förbättringar som ska göras utifrån responsen har ännu inte genomförts. Kundpanelen har granskat och kommenterat flera patientanvisningar vid linjen för operationssalar. En erfarenhetsexpert har utbildat sjukskötare som deltagit i den fördjupade introduktionen inom intensivvård. Kundföreträdare är med i resultatområdet ledningsgrupp och i den multidisciplinära etiska arbetsgruppen. Medlemmarna i panelen har dessutom deltagit i panelen för utfallsvariabler inom intensivvården, validering av frågor som gäller ansvarsfullhet samt arbetsseminariet information till patienter som väntar på vård.

VIKTIGA OBSERVATIONER OCH UTVECKLINGSOBJEKT INOM EGENKONTROLL

Delområde inom egenkontroll	Observationer om verksamheten	Vidtagna och behövliga åtgärder
Interna auditeringar	Under året gjordes planerade auditeringsbesök vid sex verksamhetsenheter. Vid besöken gjordes 161 observationer, av vilka 73 procent uppfyller kraven och 27 procent krävde utvecklingsåtgärder.	Elektronisk läskvittering av planen för läkemedelsbehandling utvecklas och anvisningarna för medicineringssäkerhet har uppdaterats. Pilotförsöket inom skanning av läkemedel fortsätter i uppvakningsrummen. Förteckningar på linjenivå och för varje yrkesgrupp har gjorts över bedömningen av risken vid användning av medicintekniska produkter. Användningen av personkort har följts upp. Uppföljningen av handhygien har effektiverats. Utbildning har ordnats om egenkontroll.
Avvikelser och missförhållanden	Under året gjordes 2 230 anmälningar om farliga situationer och av dem var 46,1 procent händelser som patienten varit med om. De mest vanliga farliga situationerna hänförde sig till den medicintekniska säkerheten eller medicineringssäkerheten.	Beroende på situation har anvisningarna preciserats och processerna finslipats. Resultatenhetens urval av medicintekniska produkter har analyserats och förnyats. Allt är i en betydande grad förknippat med verksamheten vid enheter utanför resultatenheten operationssalar och intensivvård, vilket kräver att verksamhetsmodellerna granskas även för dem. Arbetsgruppen för medicineringssäkerhet samlades fyra gånger. Riktad utbildning har ordnats inom dataskydd och datasäkerhet samt identifiering av patienten och operationsteamets checklista.
	Det gjordes 93 anmälningar om farliga situationer med medicintekniska produkter.	Defekta och söndriga medicintekniska produkter har tagits ur bruk och adekvata anmälningar och utredningar har gjorts om dem. Det har också inletts en upphandlingsprocess för ett ersätta en olämplig produkt.
	Det inlämnades 34 anmärkningar och innehållet i dem betonade svårigheter inom interaktion och smärtbehandling. Det inlämnades 51 patientskadeanmälningar.	Målet med arbetet som närmaste chef är att bidra till tydlig interaktion och förbättra förfaranden inom smärtbehandling på enhetsnivå. Läkarna påminns om att göra adekvata anteckningar i patientjournalerna. Stödstigen för ofrivillig uppvakning under allmän anestesi har utvecklats.