

Vägen till modelland

Genomförandet av den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen 2022–2026

ÅRSRAPPORT 2025



Sosiaali- ja
terveysministeriö



Asiakas- ja
potilasturvallisuus-
strategia



Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Klient- och patientsäkerhetscentret

Godkänd 25.3.2026 i Gruppen för styrning av klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandepanen 2027–2031 och uppföljning av strategin 2022–2026.

Publicerad 8.4.2026

Innehåll

| | |
|---|----|
| 1. INLEDNING | 4 |
| 2. HUR GENOMFÖRANDET AV STRATEGIN FRAMSKRIDIT PÅ NATIONELL NIVÅ | 4 |
| 2.1 Social- och hälsovårdsministeriets åtgärder för främjande av strategin..... | 4 |
| 2.2 Åtgärder på nationell nivå och hur de har framskridit | 5 |
| 2.3 Verk och institut som lyder under SHM..... | 9 |
| 3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHETSSENTRETS ROLL SOM STÖD VID GENOMFÖRANDET | 9 |
| 3.1 Samarbete med välfärdsområdena | 9 |
| 3.2 Samarbete med intressentgrupper och kommunikation för att främja genomförandet av strategin..... | 10 |
| 3.3 Arbetsgrupper och nätverk som hjälp för genomförandet | 12 |
| 3.4 Användning av verktygen inom områdena | 17 |
| 4 HUR GENOMFÖRANDET AV STRATEGIN FRAMSKRIDIT INOM OMRÅDENA..... | 18 |
| 4.1 Genomförandet av uppföljningen och utvärderingen..... | 18 |
| 4.2 Hur genomförandet av strategin framskridit inom välfärdsområdena | 19 |
| 4.3 Lägesbild inom områdena enligt varje mål i strategin..... | 21 |
| Spets 1 – Tillsammans med klienterna och patienterna..... | 21 |
| 1.1 Vi ökar delaktighet för att förbättra säkerheten..... | 21 |
| 1.2 Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbetet i samma takt | 22 |
| 1.3 Klienternas, patienternas och de närståendes erfarenheter styr utvecklingen av våra tjänster..... | 23 |
| Spets 2 – Välmående och kompetent personal | 25 |
| 2.1 Vi säkerställer säkerhetskunskaper och deras förbättring under hela karriären | 25 |
| 2.2 Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsa | 26 |
| 2.3 Vi förbättrar säkerheten genom aktivt ledarskap..... | 27 |
| Spets 3 – Säkerheten först i alla organisationer | 29 |
| 3.1 Öppen och tillgänglig information styr vår verksamhet och ökar säkerhet | 29 |
| 3.2 Vi säkerställer distanstjänster och digitala tjänster som är trygga för alla..... | 30 |
| 3.3 Säkerhetskultur ligger till grund för vår verksamhet | 32 |
| Spets 4 – Vi förbättrar det som redan finns..... | 33 |
| 4.1 Vi ökar läkemedelsbehandlingens säkerhet genom gemensamma rutiner | 34 |
| 4.2 Vi sörjer för säkerheten vid användning av utrustning och informationssystem..... | 36 |
| 4.3 Vi förenhetligar god infektionsbekämpningspraxis | 37 |
| 5 SAMMANFATTNING AV GENOMFÖRANDET OCH FÖRBEREDELSE INFÖR NÄSTA STRATEGI | 39 |
| BILAGA 1. Användningen av första skedets kvantitativa indikatorer inom områdena. | 41 |
| BILAGA 2. Träffar med intressentgrupper 2025* | 42 |
| BILAGA 3. Nationella rundabordsamtal och deltagare 2025 | 42 |

1. INLEDNING

Den 24 februari 2022 publicerade Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen 2022–2026 (nedan strategin). Syftet med strategin är att stärka delaktigheten, stödja praxis som förbättrar säkerheten samt utveckla ledningen av säkerhetskulturen i Finland. Strategin består av fyra prioriteringsområden med sammanlagt tolv mål. Varje mål bidrar till en bättre klient- och patientsäkerhet inom hela servicesystemet. För att målen ska uppnås beskrivs åtgärder på fyra nivåer: nationell nivå (SHM, dess institut och andra styrande aktörer), serviceanordnare och serviceproducenter (såsom välfärdsområden och motsvarande organisationer), enskilda serviceenheter samt olika intressentgrupper. I strategin betonas därtill ett övergripande samarbete som stöder alla prioriteringar i strategin.

År 2022 låg organiseringsansvaret ännu hos kommunerna och sjukvårdsdistrikten. Vid ingången av 2023 övergick ansvaret till 21 välfärdsområden, Helsingfors stad, HUS, statens sinnessjukhus, försvarsmakten samt enheterna för hälso- och sjukvård för fångar. Österbottens välfärdsområdes Klient- och patientsäkerhetscenters (senare centret) nationella uppgift är att samordna utvecklingen och planeringen av klient- och patientsäkerheten bland tjänsteanordnarna och tjänsteproducenterna inom social- och hälsovården (statsrådets förordning 1242/2022).

Till de uppgifter som centret anvisats hör att stödja genomförandet av strategin och följa upp verkställandet årligen. Den 23 juni 2022 tillsatte SHM därför en uppföljningsgrupp för hela strategiperioden. Den ska följa och vägleda genomförandet av strategin och kan vid behov tillsätta arbetsgrupper som främjar det praktiska genomförandet av strategin. Centret koordinerar den årliga nationella uppföljningsrapporten i enlighet med rekommendationerna i Världshälsoorganisationen WHO:s handlingsplan. Rapporterna om hur genomförandet av strategin har framskridit under 2023 och 2024 har publicerats i Klient- och patientsäkerhetscentrets publikationsserie.

2. HUR GENOMFÖRANDET AV STRATEGIN FRAMSKRIDIT PÅ NATIONELL NIVÅ

2.1 Social- och hälsovårdsministeriets åtgärder för främjande av strategin

SHM leder och styr klient- och patientsäkerheten på nationell nivå. SHM ansvarar för åtgärder på nationell nivå, såsom lagberedning, styrning, rekommendationer och utarbetande av olika handböcker och utredningar. Mandatet används av instituten inom ministeriets förvaltningsområde, vart och ett enligt sin behörighet. Många av klient- och patientsäkerhetsstrategins åtgärder på nationell nivå är långvariga och kräver samarbete mellan olika ministerier, institut och myndigheter.

Mellanutvärderingen för strategin 2022–2026 publicerades den 12 maj 2025. Under 2025 inleddes planeringen av den nya strategin för 2027–2031. SHM höll tre styrförhandlingar med Klient- och patientsäkerhetscentret under 2025. Centrets prioriteringar under 2025 var att

- följa klient- och patientsäkerhetens lägesbild inom välfärdsområdena
- planera följande strategi, som gäller från och med 2027
- stötta grundandet av kompetenscenter
- förnya informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena.

SHM:s uppföljningsgrupp för strategin sammanträdde sista gången hösten 2025, då man beslutade att grunda en ny grupp: Gruppen för styrning av klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen 2027–2031 och uppföljning av strategin 2022–2026. Under 2025 följde gruppen genomförandet av den nationella strategin och Finlands framsteg i fråga om genomförandet av WHO:s globala handlingsplan för patientsäkerhet (*Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*).

WHO följer och rapporterar om genomförandet av handlingsprogrammet vartannat år. Uppföljningen 2022 och 2024 gjordes med enkäter utgående från innehållet i handlingsprogrammet. Enligt enkäten 2022 låg Finland i mellanskiktet i resultatjämförelsen för WHO:s handlingsplan för patientsäkerhet.

År 2024 publicerades via nordiskt samarbete *A Nordic framework for patient safety knowledge and skills*, vars förankring i Finland var ett av målen för Klient- och patientsäkerhetscentret 2025.

WHO:s Internationella patientsäkerhetsdag (*WHO Global Patient Safety Day*) firas den 17 september. Världshälsoorganisationen WHO väljer årligen ett tema för dagen. Temat för 2025 var barn och nyfödda. I Finland firas dagen som klient- och patientsäkerhetsdagen. Klient- och patientsäkerhetscentret har haft hand om de praktiska arrangemangen under ledning av SHM.

2.2 Åtgärder på nationell nivå och hur de har framskridit

På nationell nivå har lednings- och styransvaret koncentrerats till en enda myndighet, Social- och hälsovårdsministeriet. Tidigare har en oklar ansvarsfördelning försinkat det målmedvetna säkerhetsarbetet i Finland.

Genomförandet av åtgärder på nationell nivå efter mellanutvärderingen

1.1 Social- och hälsovårdsministeriet tillsätter de styrgrupper och andra arbetsgrupper som behövs för uppföljningen av hur strategin genomförs.

- Styrförhandling ledd av SHM tre gånger per år
- Uppföljningsgrupp ledd av SHM tre gånger per år

1.2 Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbetet i samma takt

- SHM bedömer behovet av att föreskriva om allmänna innehåll i och utarbetande och uppföljning av programmet för egenkontroll.
 - 8.5.2024 publicerade Valvira en föreskrift om innehållet i samt utarbetandet och uppföljningen av den tjänsteenhetsspecifika planen för egenkontroll för tjänsteproducenter inom social- och hälsovården.
 - I samband med reformen av tillsynslagen konstateras sannolikt ett behov av att uppdatera författningarna om egenkontroll.
- SHM bedömer behovet av att föreskriva som en del av egenkontrollprogrammet att anmälnings- och inlärningsförfaranden för farliga situationer är förpliktande och enhetliga för producenter av social- och hälsovårdstjänster. Dessutom bedöms möjligheten att föreskriva om offentlig rapportering om information som sammanställts utifrån anmälningar om negativa händelser och farliga situationer samt anmälningar om missförhållanden hos serviceanordnaren.

- ”Förnyelse av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena” är ett projekt med särskild finansiering. Arbetet fortsatte under 2025.

2.1 Vi säkerställer säkerhetskunskaper och deras förbättring under hela karriären

- SHM rekommenderar att enhetliga kompetensmål för klient- och patientsäkerhet införs i grundutbildningen för alla yrkespersoner inom social- och hälsovården med beaktande av WHO:s Patient Safety Curriculum.
 - Under ledning av SHM utarbetades en samnordisk referensram för kompetensområden inom patientsäkerhet: *A Nordic framework for patient safety knowledge and skills 2024*. Projektet fick finansiering från Nordiska ministerrådets ämbetsmannakommitté.
 - Implementeringen av den samnordiska referensramen i Finland är ett av målen för Klient- och patientsäkerhetscentret 2025.
- Läroanstalterna rekommenderas harmonisera utbildningen i läkemedelsbehandling och andra innehåll som är relevanta för klient- och patientsäkerhet i både hälsovårds- och socialvårdsexamina med beaktande av arbetslivets behov.
 - Harmoniseringen av utbildningsinnehållet ökar antagligen tack vare centrets tredje prioritering, som är att stödja grundandet av kompetenscenter.

2.2 Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsa

- I SHM:s och välfärdsområdenas förfaranden för styrning inkluderas uppföljning av arbetshälsans och arbets säkerhetens tillstånd samt riskbedömning och riskhantering.
 - Detta planeras ingå i välfärdsområdenas riksomfattande mål från och med 2025.
- SHM inleder ett arbete som syftar till minskning av psykosociala riskfaktorer och ökning av arbets säkerhet.
 - I SHM:s program för ett gott arbete ingår flera projekt med koppling till detta, såsom *Vetoo ja pitoa-coachningar*, ett arbets säkerhetsprojekt för räddningsbranschen och utveckling av informationsunderlaget om personalen.

2.3 Vi förbättrar säkerheten genom aktivt ledarskap

- Under SHM:s ledning i Finland verkställer man omgående internationella författningar, avtal och andra motsvarande styrdokument som främjar klient- och patientsäkerheten.
 - Man har deltagit aktivt i EU- och internationellt samarbete om patientsäkerhet. Verkställandet har särskilt fokuserat på WHO:s handlingsplan 2021–2030 (*Global Patient Safety Action Plan*). Inom EU har rättsakterna om medicintekniska produkter uppdaterats. En reform av EU:s läkemedelslagstiftning är under arbete.
 - Den nordiska styrgruppen för patientsäkerhet NPSS (*Nordic Patient Safety Steering group*) antogs i november 2025 som en officiell aktör underlydande Nordiska ministergruppens social- och hälsovårdsgrupp.
- Inrättningar och serviceanordnare på SHM:s förvaltningsområde producerar information om grunderna för klient- och patientsäkerheten, genomförandet av säkerheten och de ekonomiska och mänskliga följderna av avvikelser och dålig kvalitet för att stödja politiskt beslutsfattande.
 - Handlingsprogrammet *Kansallinen sote-tietojohdantamisen ja vaikuttavuuden kehittäminen 2024–2027*, vars prioritering Utveckling av produktion av information om verkningsfullhet omfattar ett projekt för utveckling av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer.

- Projektet för förnyelse av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena inleddes 2024 under ledning av Klient- och patientsäkerhetscentret.

3.1 Öppen och tillgänglig information styr vår verksamhet och ökar säkerhet

- I indikatorerna för kostnadsnyttoeffekten inom social- och hälsovården (KUVA-indikatorerna) och de uppföljningsindikatorer som THL följer upp och publicerar inkluderas indikatorer för klientsäkerheten och patientsäkerheten och indikatorer för att identifiera lägesbilden och utvecklingstrender.
 - Handlingsprogrammet *Kansallinen sote-tietojohdamisen ja vaikuttavuuden kehittäminen 2024–2027*, vars prioritering för utveckling av produktion av information om verkningsfullhet omfattar ett projekt för utveckling av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer.
 - Projektet för förnyelse av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena inleddes 2024 under ledning av Klient- och patientsäkerhetscentret.
 - THL:s rapportering *Seurannan, arviointin ja ohjauksen ydintiedot* (SAO-rapportering) planeras föras med nio klient- och patientsäkerhetsindikatorer som lämpar sig för styrningen av välfärdsområdena. Merparten av de här indikatorerna finns redan i rapporten.
- SHM ser till att man förutsätter att alla tjänsteproducenter som finansieras offentligt öppet rapporterar uppgifter som beskriver genomförandet av klient- och patientsäkerheten.
 - Handlingsprogrammet *Kansallinen sote-tietojohdamisen ja vaikuttavuuden kehittäminen 2024–2027*, vars prioritering för utveckling av produktion av information om verkningsfullhet omfattar ett projekt för utveckling av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer.
 - Projektet för förnyelse av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena inleddes 2024 under ledning av Klient- och patientsäkerhetscentret.

3.2 Säkerhetsfrämjande kultur ligger till grund för vår verksamhet

- Säkerhetsmedvetandet ökas genom att fira den internationella patientsäkerhetsdagen den 17 september under SHM:s ledning.
 - Klient- och patientsäkerhetscentret rapporterar till WHO och koordinerar firandet av dagen.
- SHM inleder en förnyelse av anmälnings- och inlärningsförfarandet för farliga situationer som omfattar och förpliktar alla tjänster inom social- och hälsovården. Förfarandets struktur och innehåll samt behandlingsprocess förnyas så att de uppfyller det föränderliga servicesystemets krav.
 - Projektet för förnyelse av informationsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena inleddes 2024 under ledning av Klient- och patientsäkerhetscentret.

4.1 Vi ökar läkemedelsbehandlingens säkerhet genom gemensamma rutiner

- SHM bestämmer aktören under vars ledning och sätten på vilka medicineringssäkerheten ska stärkas och mätas för att genomföra rationell läkemedelsbehandling. SHM inleder utvecklingsarbetet för och genomförandet av en nationell indikator för negativa händelser vid läkemedelsbehandling.
 - Uppdateringen av handboken Säker läkemedelsbehandling inleddes i slutet av 2025.
 - Beslut om en indikator för säker läkemedelsbehandling sköts upp till 2026.
- SHM säkerställer utvecklingen av nationella läkemedelsdatabaser genom författningar och åtgärder. Dessa databaser som styr en trygg användning av läkemedelspreparat och läkemedel integreras i system för stöd för beslutsfattande och klient- och patientdatasystem.
 - Läkemedelsdatabasen, den nya läkemedelssökningen och nationella riskklassificeringar kommer i fortsättningen att finnas tillgängliga för olika klient-, patient- och apoteksdatasystem och olika tillämpningar via Datalagret för läkemedelsinformation. Riktlinjer för utvecklingen av Datalagret för läkemedelsinformation fastställdes av Social- och hälsovårdsministeriet i mars 2024 och utvecklingen inleddes i början av 2025.
- Läroanstalter rekommenderas erbjuda nationellt enhetlig undervisning om läkemedelsbehandling för närvårdare, socionomer, geronomer och andra yrkespersoner som deltar i medicinering inom socialtjänster.
 - Ett av Klient- och patientsäkerhetscentrets prioriteringar för 2025 var att förankra de nationella undervisningskriterierna.

4.2 Vi sörjer för säkerheten vid användning av utrustning och informationssystem

- Grunderna för anordningssäkerheten och lagstiftningen inkluderas i undervisningsplanerna för grundutbildningen för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården.
 - Ett av Klient- och patientsäkerhetscentrets prioriteringar för 2025 var att förankra de nationella undervisningskriterierna.

4.3 Vi förenhetligar god infektionsbekämpningspraxis i hela landet

- SHM granskar den bindande verkan, omfattningen och öppenheten av uppföljningen och rapporteringen av vårdrelaterade infektioner som en del av författningsstyrningen av reformen av servicesystemet och inleder nödvändiga författningsändringar.
 - Detta görs i samband med den pågående totalreformen av lagen om smittsamma sjukdomar.

Övergripande tema: Vi stärker och skapar förutsättningar för ett nationellt och regionalt säkerhetsarbete

- Lednings- och styrningsansvaret för klient- och patientsäkerheten åläggs en behörig myndighet.
 - Klient- och patientsäkerheten inom social- och hälsovården leds och styrs av Social- och hälsovårdsministeriet med stöd av den normhelhet som bildas av 68 § 1 mom. i grundlagen, 1 § i lagen om statsrådet, 32 § 1 mom. i lagen om tillsynen över social- och hälsovården, 1 § i förordningen om social- och hälsovårdsministeriet och 11 § i reglementet för statsrådet.
- Samordningen av planeringen och utvecklingen av klient- och patientsäkerheten samt upprätthållandet av expertnätverk sköts av Klient- och patientsäkerhetscentret inom Österbottens välfärdsområde.
 - En etablering med grund i författningar utvärderas i samband med reformen av tillsynslagen.

2.3 Verk och institut som lyder under SHM

Av verken och instituten inom SHM:s förvaltningsområde är Institutet för hälsa och välfärd (THL), Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea), Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) och Arbetshälsoinstitutet (TTL) centrala nationella aktörer i fråga om klient- och patientsäkerhet. Instituterna och tjänsteanordnarna producerar information för det politiska beslutsfattandet om grunderna för klient- och patientsäkerheten, om hur säkerheten verkställts samt om de ekonomiska och mänskliga konsekvenserna av avvikelser och låg kvalitet. I Klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen fastställs centrala åtgärder för klient- och patientsäkerheten samt tidsplanerade mål och indikatorer för dessa. I mellanutvärderingen analyserades genomförandet av målen för 2022–2024.

3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHETSCENTRETS ROLL SOM STÖD VID GENOMFÖRANDET

3.1 Samarbete med välfärdsområdena

Klient- och patientsäkerhetscentret ansvarade för samordningen av genomförandet av strategin och erbjöd ett mångsidigt stöd för detta. Samtidigt planerade centret nästa strategi för perioden 2027–2031. Verksamheten baserade sig på ett omfattande samarbete med alla välfärdsområden, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen och andra tjänsteanordnare inom social- och hälsovården. Centret samarbetade också med Social- och hälsovårdsministeriet, myndigheter och institut inom ministeriets förvaltningsområde, andra aktörer inom statsförvaltningen samt med organisationer som ger yrkesutbildning inom social- och hälsovård. Också aktörer inom tredje sektorn, erfarenhetsexperter och andra centrala intressent- och samarbetsgrupper medverkade.

Centret erbjöd tjänsteanordnare, tjänsteproducenter, professionella och sakkunniga en öppen lärmiljö samt information om god praxis och handlingsmodeller. Det administrerade olika nätverk, sakkunniggrupper, arbetsgrupper och utvecklingslinjer. Som resultat av arbetet inom dessa publicerade centret beskrivningar och praktiska verktyg samt ordnade utbildningar, expertträffar och andra evenemang. Centret informerade aktivt om genomförandet av strategin samt om aktuella teman kring klient- och patientsäkerhet. Du kan läsa mer om dem i avsnitt 3.2 och 3.3. På centrets webbplats publicerades tolv sammandrag av tillsynsmyndigheternas och de högsta laglighetsövervakarnas avgöranden och rekommendationer, vars syfte är att främja klient- och patientsäkerheten inom social- och hälsovården.

Mellan slutet av februari och början av juni ordnade centret en turné till välfärdsområdena, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad. Under turnén fördes diskussioner bland annat om skapandet av en lägesbild för klient- och patientsäkerheten, om planeringen av strategin för 2027–2031 samt om nätverksformad utveckling av utbildning och kompetens inom klient- och patientsäkerhet inom varje samarbetsområde. En rapport om turnén lades ut på centrets webbplats den 3 juni 2025.

<https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/klient-och-patientsakerhetscentret-genomforde-en-valfardsomradesturne-under-varen-2025/>

Centret ansvarade för koordineringen av arbetet inom samarbetsgruppen för förfaranden för egenkontroll, i vilken det fanns representanter för välfärdsområdena, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen och statliga tjänsteanordnare, samt inom konsensusgruppen för klient- och patientsäkerhetsindikatorer.

Centret stödde också bildandet av kompetenscenter för utbildning inom klient- och patientsäkerhet inom alla samarbetsområden för social- och hälsovården. Mer om de här arbetsgruppernas verksamhet i avsnitt 3.3.

Centrets mellanutvärderingsrapport om den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen 2022–2026 godkändes av Social- och hälsovårdsministeriets uppföljningsgrupp på ett möte den 12 maj 2025 och publicerades på centrets webbplats den 4 juni 2025. Vid mellanutvärderingen granskades de nationella åtgärdernas framskridande, välfärdsområdenas självutvärderingar av genomförandet av strategin samt Finlands situation i förhållande till WHO:s centrala indikatorer. I rapporten behandlades också verktyg för klient- och patientsäkerhetsarbetet och användningen av dessa inom välfärdsområdena samt fastställdes prioriteringar för genomförandet under de avslutande åren 2025–2026 av strategiperioden.

Centret ansvarade också för att samordna planeringen av WHO:s patientsäkerhetsdag. I planeringen deltog nästan alla välfärdsområden och flera privata tjänsteproducenter. Dagens nationella huvudevenemang ordnades den 17 september 2025 i Helsingfors i samarbete med HUS-sammanslutningens verksamhetsområde för barn och unga. Temat var ”En trygg start på livet – barnens rätt till säker vård och service”. I evenemanget deltog cirka 380 personer från 24 olika organisationer i salen på HUS nya barnsjukhus och på distans. Dessutom ordnades flera evenemang av tjänsteproducenter inom social- och hälsovården runtom i landet. Om dagens evenemang sammanställdes en rapport till WHO. Rapporten publicerades också på centrets webbplats.

VII nationella seminariet om klient- och patientsäkerhet arrangerades den 4–5 september 2025 och hade sammanlagt 426 deltagare från 117 olika organisationer. Seminariets tema var Säkerhetskompetenta yrkespersoner. På programmet fanns bland annat utbildning om säkerhetskompetens i ett föränderligt arbetsliv, utnyttjande av simulationer för utveckling av klient- och patientsäkerhetskompetensen, individens förmåga och förstärkning av säkerhetskulturen i en organisation samt gemensam utveckling av digitaliseringen, kompetensen och säkerheten. Dessutom granskades klientens och patientens ställning och framtid en föränderlig verksamhetsmiljö.

3.2 Samarbete med intressentgrupper och kommunikation för att främja genomförandet av strategin

Det aktiva samarbetet med intressentgrupper och samarbetspartner samt kommunikationen kring det fortsatte under 2025. Centret ordnade över 20 enskilda träffar (Bilaga 1). Teman för träffarna var följande:

- Fortsatt utveckling av klient- och patientsäkerhetsindikatorerna; klient- och patientsäkerhetens lägesbild; anpassningsåtgärdernas konsekvenser för klient- och patientsäkerhetsläget; styrningen av välfärdsområdena, inkl. indikatorer; projektet för smart förnyelse av kunskapsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer (ILMO-projektet); påverkansarbete gällande lagstiftningen
- Mellanutvärderingen av klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen 2022–2026 samt fastställda utvecklingsbehov och prioriteringar; planeringen av den nya nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin 2027–2031
- Totalreformen av lagstiftningen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården; ärenden om utbildning och kompetens; kompetenscenternätverk i samarbetsområdena

- Centrets verktyg för tjänsteanordnare och tjänsteproducenter samt för patienter, klienter och närstående; klient- och patientsäkerheten vid distanstjänster och digitala tjänster
- Införandet av det nya Tillstånds- och tillsynsverket vid ingången av 2026; uppdatering av tillsynslagen; samarbete; välfärdsområdesvalet 2025 samt riksdagsvalet och regeringsprogrammet 2027

I den strategiska kommunikationen fokuserade centret på välfärdsområdesvalet våren 2025 och den nya fullmäktigeperioden som inleddes efter valet. På hösten inriktades den strategiska kommunikationen till intressentgrupperna på regeringens halvtidsöverläggningar. I slutet av året låg fokus på följande riksdagsval 2027 och det påföljande regeringsprogrammet.

I enlighet med det strategiska målet ”Vi stärker och skapar förutsättningar för ett nationellt och regionalt säkerhetsarbete” hölls tre rundabordsamtal för inbjudna intressentgrupper (Bilaga 2). Gemensamma teman för träffarna var följande, med beaktande av målgruppen, olika aspekter och prioriteringar:

- erbjuda möjlighet att medverka i planeringen SHM:s nya nationella klient- och patientsäkerhetsstrategi 2027–2031 nu och i genomförandet av den under nästa regeringsprogramperiod
- diskutera projektet ”Förnyelse av kunskapsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena (ILMO)”
- diskutera kompetens och utbildning inom klient- och patientsäkerhet samt berätta om det aktuella läget kring bildandet av det nationella kompetenscenternätverket
- diskutera kostnaderna för bristfällig klient- och patientsäkerhet
- hitta samarbetsmöjligheter, till exempel för att utveckla en mer enhetlig klient- och patientsäkerhetslagstiftning.

Träffen ”Klient- och patientsäkerheten är vår gemensamma angelägenhet” ordnades den 26 november 2025. Den var avsedd för centrala intressebevakningsorganisationer för klienter och patienter, allmännyttiga barn- och ungdomsorganisationer, allmännyttiga organisationer inom missbrukar- och mentalvård, representanter och ansvariga för utsatta grupper samt för Välfärdsområdesbolaget Hyvil. Träffen hade deltagare från 14 organisationer (Bilaga 2). I frågor gällande kompetens och utbildning inom klient- och patientsäkerhet betonades bemötanden och delaktighet samt digitala tjänster.

Träffen ”Klient- och patientsäkerheten är ledarskapshandlingar” ordnades den 2 december 2025. Den var avsedd för välfärdsområdenas innovations-, utvecklings- och strategidirektörer samt professions-, servicelinje- och verksamhetsområdesdirektörer. I evenemanget deltog 17 aktörer med organiseringsansvar inom social- och hälsovården (Bilaga 2). I fråga om ILMO-projektet låg fokus på den aktuella situationen som en del av den nationella utvecklingen av produktionen av information om verkningfullhet och genomförandet av handlingsprogrammet för kunskapsbaserad ledning inom social- och hälsovården 2024–2027. Man diskuterade också hur den nationella utvecklingen ser ut i fråga om säkerhetskultur och ledarskap. Andra inriktningar var klient- och patientsäkerhetens lägesbildsindikatorer samt förstärkande av klient- och patientsäkerhetsutbildningen som en del av de uppgifter som avtalas inom samsamradsområdena.

Träffen ”Klient- och patientsäkerheten är en hederssak för de professionella” arrangerades den 4 december 2025. Den var avsedd för fackorganisationer, fackförbund och utbildningsorganisationer inom

social- och hälsovårdsområdet. Träffen hade deltagare från 33 olika organisationer (Bilaga 2). I diskussionen om ILMO-projektet betonades de professionellas dokumentering, indata och respons.

3.3 Arbetsgrupper och nätverk som hjälp för genomförandet

Under strategiperioden har centret administrerat flera olika arbetsgrupper, som alla har bidragit till genomförandet av strategin. Också under 2025 hade arbetsgrupperna och nätverken en aktiv verksamhet.

REPRESENTATIVA ARBETSGRUPPER

Centret fortsatte administrera fyra representativa arbetsgrupper under 2025. Centret administrerade **Samarbetsgruppen för förfaranden för egenkontroll**, i vilken det finns representanter för välfärdsområdena, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen och statliga tjänsteansordnare. Gruppen sammanträdde sammanlagt sju gånger under året. En representant för Folkpensionsanstalten anslöt till gruppen i början av året. Modellen för planen för egenkontroll uppdaterades på våren. På mötena förmedlades information och delades erfarenheter och god praxis. Teman som behandlades var bland annat det innehållsliga och tekniska genomförandet av rapporteringen om egenkontrollen samt anordnarnas skyldighet att göra anmälningar till tillsynsmyndigheterna och myndigheternas föreskrifter för detta. Gruppen fick presentationer om lägesbildsindikatorerna för klient- och patientsäkerhet samt om planeringen av nästa klient- och patientsäkerhetsstrategi. Dessutom sammanställde gruppen en så kallad nationell lägesbild av egenkontrollen åt H23-nätverket inför dess möte i juni.

Konsensusgruppen för klient- och patientsäkerhetsindikatorer sammanträdde två gånger. Under mötet i maj behandlades utarbetandet av en lägesbild av klient- och patientsäkerheten samt tillhörande mätare och indikatorer. Diskussionen om lägesbilden fortsatte på mötet i oktober, där man också diskuterade de nationella klient- och patientsäkerhetsindikatorer som planerades i samband med lägesbilden på begäran av tjänstemän vid SHM och Finansministeriet. Inom utvecklingen av indikatorer slutfördes uppdateringen av Process- och strukturindikatorerna och de så kallade Heta linjen-indikatorerna. De förnyade klient- och patientsäkerhetsindikatorerna publicerades på centrets webbplats den 2 april 2025. Medlemmarna i konsensusgruppen fortsatte införa de publicerade kvantitativa jämförelseindikatorerna i sitt eget område.

I **Sakkunniggruppen för organisationer** medverkade 18 klient- och patientorganisationer från olika sektorer. I gruppen ingick både organisationsanställda och erfarenhetsexperter. Under 2025 sammanträdde gruppen sex gånger. Till uppgifterna hörde bland annat att se till att klienternas, patienternas och de närståendes synvinkel beaktas vid utvecklingen av klient- och patientsäkerheten.

Gruppen planerade webinarier ”Jag och mina rättigheter – klientens och patientens rättigheter i lagstiftningen och i praktiken”, som ordnades den 20 januari 2026. Webbinariet var avsett för klienter, patienter och närstående och baserade sig på de patientsäkerhetsrättigheter som WHO lanserade 2024. Gruppen medverkade i planeringen av klient- och patientsäkerhetsstrategin 2027–2031 genom att besvara en enkät om organisationernas syn på vilka frågor som bör beaktas i den kommande strategin. Största delen av organisationerna besvarade enkäten i mindre grupper där erfarenhetsexperter ingick. På så sätt fick man fram klienternas, patienternas och de närstående synvinklar. Gruppen samlade en grupp erfarenhetsexperter som fick delta i utvecklingen av sektionen För klienter och patienter på Kli-

ent- och patientsäkerhetscentrets webbplats. Tack vare det här arbetet utvecklades webbplatsens tillgänglighet, tydlighet och innehåll. Gruppmedlemmarna informerade också inom sina organisationer om centrets verktyg, kommande evenemang och andra aktuella klient- och patientsäkerhetsteman.

Sakkunniggruppen för sociala sektorn sammanträdde fyra gånger under 2025. Gruppens sammansättning uppdaterades och tidigare medlemmar ersattes av nya med olika uppgifter inom sociala sektorn, organisationer och välfärdsområden fram till strategiperiodens slut. Kompetenscentret inom det sociala området hade ingen representant i gruppen i slutet av året på grund av ändringar i kompetenscenterstrukturen. Gruppens uppgifter gick fortfarande ut på att främja genomförandet av klient- och patientsäkerhetsstrategin, beakta olika klientgruppers behov, bidra med sakkunskap i socialvårdsfrågor och förmedla information till yrkesutbildade personer inom sociala sektorn. En ny uppgift var att delta i planeringen av nästa strategi.

I gruppen behandlades sparåtgärdernas konsekvenser för olika klientgrupper inom socialtjänsterna som bakgrundsinformation för centrets första sammanfattning av lägesbilsindikatorer för klient- och patientsäkerhet. Kartläggningen av indikatorer ansågs motiverad och samtidigt utmanande ur socialvårdens perspektiv. Gruppen fick information om planeringen av nästa klient- och patientsäkerhetsstrategi i flera omgångar och uppmanades delta aktivt i planeringsarbetet. Gruppen fick också information om hur projektet "Förnyelse av kunskapsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer – smart utnyttjande av anmälningsförfarandena" framskrider. I projektets särskilda utredning om socialvården bidrog gruppen med sina synpunkter på vilka negativa händelser och farliga situationer som kunde dokumenteras i klientuppgifterna för socialvårdens del. Under året har medlemmarna i gruppen bidragit med sin sakkunskap bland annat vid centrets webinarier och planeringen av verktyg.

Klient- och patientsäkerhetscentret har utsett ett **Sakkunnigråd**, vars uppgift är att ge råd och stödja utvecklingen och planeringen av klient- och patientsäkerheten samt centrets arbete. I början av 2025 bjöd Sakkunnigrådet in nationella aktörer inom klient- och patientsäkerhet, professorer inom området, ordförandena för centrets aktiva utvecklingslinjer och representativa sakkunnig- och samarbetsgrupper samt andra sakkunniga till sitt nätverk. Sakkunnigrådets uppgift är att grunda nya utvecklingslinjer, utvärdera deras arbete, följa arbetet i centrets nationella arbetsgrupper och nätverk, kontrollera kvaliteten på centrets verktyg, stödja planeringen av centrets evenemang och stödja kommunikationen genom att sprida information i sina egna nätverk.

Sakkunnigrådet sammanträdde fyra gånger under 2025. På mötena behandlades bland annat aktuell verksamhet vid centret, mellanutvärderingen av strategin, planeringen av nästa strategi och projektet för förnyelse av kunskapsproduktionen om negativa händelser och farliga situationer. Sakkunnigrådet har också tagit del av centrets utredning om klient- och patientsäkerhetsrisker i reglerade yrken inom social- och hälsovården samt av lägesbilsindikatorerna för klient- och patientsäkerhet. Utvecklingslinjernas arbete och en lägesöversikt över verktygen har presenterats regelbundet vid alla möten.

WEBBINARIER OCH NÄTVERK

Under 2025 administrerade centret fortsättningsvis också **No Harm-webbinarierna, No Harm-nätverkets** träffar samt **utvecklings- och forskningslinjer**, där professionella inom social- och hälsovården har fått lära sig och delta i samutveckling öppet och avgiftsfritt.

Under 2025 ordnades 13 **No Harm-webbinarier**, av vilka ett var huvudevenemanget för WHO:s Klient- och patientsäkerhetsdag. Antalet deltagare var i genomsnitt 266, med en variation på 106–752. Sammanlagt deltog 3 463 personer. Under vårens webinarier behandlades säker läkemedelsbehandling inom socialvården, kostnaderna för bristfällig klientsäkerhet inom socialvården, säkerhetsksekvenser av sparåtgärder inom social- och hälsovården, en trygg vård- och servicemodell för unga med missbruksproblematik, att lära sig av framgångar, uppföljning och bekämpning av vårdrelaterade infektioner samt vad laglighetsövervakarnas och myndigheternas avgöranden kan lära oss ur säkerhetssynvinkel. Rubrikerna för höstens webinarier var följande: ”En trygg start på livet – barnets rätt till säker vård och service”, ”Akutvård och patientsäkerhetsutmaningar”, ”Munhälsovård – en gemensam angelägenhet”, ”Trygg närståendevård”, ”Klientsäkerhet i gemensamma strukturer” samt ”Proaktiva och säkra vårdtjänster under AI-eran”.

No Harm-nätverket samlades nio gånger under 2025. Träffarna hade sammanlagt 1 048 deltagare, i genomsnitt 116 personer per gång. Nätverket har hört sakkunnigas presentationer om klient- och patientsäkerhet, diskuterat aktuella frågor med anknytning till klient- och patientsäkerhet och samtidigt fått en uppfattning om klient- och patientsäkerhetsarbetet inom andra välfärdsområden och organisationer. Inom nätverket behandlades frågor kring bland annat egenkontroll, social- och patientombudets roll, behandling av allvarliga incidenter, mätning och självutvärdering av klient- och patientsäkerheten, prioriteringar för välfärdsområdenas tillsyn, personalens arbetsbelastning, personalens resiliens, uppdateringen av handboken Säker läkemedelsbehandling samt kommunikation.

Kompetenscenternätverket är en ny nätverksformad handlingsmodell som förstärker säkerhetskompetensen under hela karriären. Nätverket verkar i samarbete med välfärdsområden, universitet, yrkeshögskolor och andra utbildningsorganisationer. I Finlands grundas fem kompetenscenter, ett i varje samarbetsområde för social- och hälsovården. Områdena erbjöds stöd och material för planeringen och inledandet av kompetenscenterverksamheten. I Västra Finlands samarbetsområde har verksamheten redan inletts. Kompetenscentret för klient- och patientsäkerhet har inkluderats i samarbetsområdesavtalet, och rapporter om dess verksamhet sänds till samarbetsområdets ledningsgrupp. Den praktiska samordningen sköts av Klient- och patientsäkerhetscentret. I nätverket ingår Åbo universitet, Åbo Akademi, Turun ammattikorkeakoulu, SAMK, Yrkeshögskolan Novia, Vaasan ammattikorkeakoulu, Egentliga Finlands, Satakunta och Österbottens välfärdsområden samt läroanstalterna Winnova, Vamia, Novida, TAI och Yrkesakademien i Österbotten.

För kompetenscentret har man utsett en delegation med representanter för alla organisationer som omfattas av avtalet. För genomförandet av delegationens uppgifter grundades en genomförandegrupp, som vid behov kan bilda arbetsgrupper. År 2025 fanns arbetsgrupper inom tre utvecklingsområden: 1) säkerställande av säkerhetskompetensen hos personer som inte har fått utbildning inom läkemedelsbehandling, 2) stöd för kompetensen hos personal som talar främmande språk och 3) klient- och patientsäkerhetskompetensen i digitala tjänster. Man har förmedlat kunskap för att stödja grundandet av kompetenscenter inom de övriga samarbetsområdena.

UTVECKLINGSLINJER

Utvecklingslinjerna är öppna nätverk som samlar sakkunniga inom olika teman för att observera utvecklingsbehov och utarbeta verktyg för klient- och patientsäkerhet utgående från behoven. Aktiva under 2025 var Utvecklingslinjen för säker läkemedelsbehandling, Utvecklingslinjen för klient- och patientsäkerhet bland barn samt Utvecklingslinjen för utbildning och kompetens. En ny Utvecklingslinje för digitala tjänster och distanstjänster infördes.

Utvecklingslinjen för säker läkemedelsbehandling fokuserade på flera betydande åtgärder. Målen och åtgärderna för den nya klient- och patientsäkerhetsstrategin planerades noggrant. Samtidigt sammanställdes behov av uppdatering av handboken Säker läkemedelsbehandling åt SHM:s arbetsgrupp. Linjen stödde också införandet av spelet Säker läkemedelsbehandlingsprocess, som stöder en säker läkemedelsbehandling i praktiken. Man planerade också arbetet med att fastställa och sammanställa indikatorer för säker läkemedelsbehandling. Beskrivningen av säker läkemedelsbehandling färdigställdes. Välfärdsområdena funderade på åtgärder för att göra det enklare att ta i bruk Kanta-medicineringslistan. För att förstärka samarbetet inleddes en sakkunnigrunda, där representanter för välfärdsområdena turvis presenterar pågående projekt och deras förlopp. Utvecklingslinjen är ett öppet nätverk med 160 anmälda från olika organisationer.

Utvecklingslinjen för klient- och patientsäkerhet bland barn och unga fortsatte sin verksamhet under 2025. Utvecklingslinjen är ett öppet nätverk med cirka 60 anmälda från olika organisationer. I nätverket finns deltagare från bland annat social- och hälsovårdstjänster för barn och unga, organisationer och läroanstalter. Bland medlemmarna finns sakkunniga inom bland annat säker läkemedelsbehandling, kvalitet och egenkontroll. Utvecklingslinjen sammanträdde sju gånger under 2025. Linjens mål är att lyfta fram särdrag inom klient- och patientsäkerheten bland barn och unga samt att utarbeta verktyg och utvecklingsförslag för att förbättra säkerheten för barn och unga. Linjens tre underarbetsgrupper sammanställde visuella verktyg som publicerades i januari 2025. Utvecklingslinjen och arbetsgrupperna fortsatte med planeringen av nya verktyg. Medlemmarna i utvecklingslinjen har också tagit del av planeringen av den nya strategin och de har inbjudits att delta i planeringsarbetet.

Utvecklingslinjen för utbildning och kompetens har omorganiserat sin verksamhet när kompetenscenterarbetet har framskridit. Under 2025 fick linjen en ny ordförande och samtidigt omorganiserades verksamheten. Utvecklingslinjen har arbetat med de femton kompetensområdena i den nordiska referensramen för patientsäkerhet (2024). Målet är att omvandla dem till konkreta kunskaper och färdigheter som stöder bedömningen av kompetensen i arbetslivet. Syftet med arbetet är att fastställa praktiskt inriktade kompetenskrav som förstärker säkerhetskulturen ur både arbetstagarnas och chefernas synvinkel. Konkretiseringsarbetet blir färdigt i slutet av 2025 och en rapport publiceras 2026.

I början av 2025 grundades en ny **Utvecklingslinje för digitala tjänster och distanstjänster**. Målet med linjen är att förebygga marginalisering när tjänster digitaliseras. Hela linjen sammanträdde fyra gånger. Därtill hölls ett antal träffar för linjens interna arbetsgrupper. Linjens arbetsplan bestod av två helheter. Den första gäller WHO:s verktyg "Telehealth quality of care tool" för utvärdering av digitala tjänsters kvalitet. Hela verktyget ska översättas till finska och kompletteras med en tilläggsdel. Den första versionen av översättningen har gjorts av en översättningsbyrå, men det behövs en expertgranskning av till exempel termer. Samtidigt görs anpassningar till finländska förhållanden. Det ursprungliga verktyget är planerat för bedömning av kvaliteten på digitala tjänster på nationell nivå och organisationsnivå. Med

den bilaga som linjen utarbetar blir det möjligt att utvärdera också enskilda digitala tjänster. Den andra helheten i utvecklingslinjens arbetsplan gäller digitalt våld. Målet är att utveckla ett verktyg som hjälper social- och hälsovårdspersonalen att känna igen situationer där klienten eller patienten utsätts för digitalt våld och som ger anvisningar för sådana situationer. Under året bildades en arbetsgrupp som började med att kartlägga befintligt material inom ämnet.

Andra aktiva nätverk är Nätverket för medicinteknisk säkerhet och Nätverket för läkemedelsinformation. **Nätverket för medicinteknisk säkerhet** är ett nätverk för offentliga och privata aktörer och sakkunniga inom social- och hälsovården samt företag som är intresserade av medicinteknisk säkerhet. Dess mål är att förbättra arbets-, klient- och patientsäkerheten genom att utveckla gemensam praxis för säker användning och riskhantering av medicintekniska produkter och utrustning. Till nätverkets centrala mål hör bland annat att sprida och utveckla god praxis över organisationsgränserna samt att bedriva påverkansarbete inom viktiga intressentgrupper, såsom produkttillverkare och myndigheter. Ett mål är också att sprida aktuell kunskap om medicinteknisk säkerhet. Nätverksträffar ordnas 2–3 gånger per år och nätverket har ett eget grupparbetsrum på Microsoft Teams. Nätverkets arbete styrs av en styrgrupp som består av medlemmar i nätverket. Alla som är intresserade av att utveckla den medicintekniska säkerheten är välkomna med i nätverket. Nätverket för medicinteknisk säkerhet har deltagit i utarbetandet av Beskrivningen av hur man gör upp en plan för medicinteknisk säkerhet. Beskrivningen publicerades av Klient- och patientsäkerhetscentret i september 2025.

Nationella nätverket för läkemedelsinformation, som koordineras av Fimea, främjar tillgången till evidensbaserad och tillförlitlig läkemedelsinformation samt förstärker samarbetet mellan aktörer inom läkemedelsbranschen, professionella och läkemedelsanvändare. Till nätverkets uppgifter hör strategisk planering och genomförande (2021–2026), koordinering av samarbetet mellan olika aktörer (myndigheter, patientorganisationer, professionella inom området) och stöd för läkemedelsanvändarnas delaktighet. Till uppgifterna hör också att styra arbetsgruppernas arbete med att utarbeta en aktuell läkemedelslista, användarvänligt material och material för professionella.

Under 2025 arbetade nätverket med flera viktiga helheter. För att säkerställa aktuell information om läkemedelsbehandling utarbetade nätverket ett avsiktsdokument om beaktande av läkemedelsanvändarnas synvinkel och skrev en artikel om Kanta-medicineringslistan i NO HARM-tidningen. Dessutom stödde nätverket utvecklingsarbetet kring Kanta-medicineringslistan och informerade aktivt om ämnet. Läkemedelsanvändarnas delaktighet förstärktes genom att producera nya material, såsom en video på lätt språk, nordsamiska sammanfattningar av anvisningarna för trygg läkemedelsbehandling samt en Minneslista för läkemedelsanvändares mottagningsbesök. I fråga om tillförlitlig och användarvänlig läkemedelsinformation producerades innehåll om aktuella ämnen, såsom biologiska läkemedel, biosimilärer och läkemedelsutbyte på apoteket. Dessutom gjorde nätverket utredningar om välfärdsområdenas läkemedelsdatabaser och utvecklade digitala vårdstigar och applikationer. För att säkerställa de professionellas kompetens utarbetade nätverket avsiktsdokument om studier i läkemedelsbehandling för socionomer och geronomer samt publicerade en Sic!-artikel om den nationella rekommendationen för att säkerställa teoretisk kunskap om läkemedelsbehandling. Nätverket deltog också i kommunikation och kampanjer, såsom de europeiska läkemedelsmyndigheternas gemensamma kampanj om korrekt användning av egenvårdsläkemedel, och i olika evenemang under WHO:s patientsäkerhetsdag. Andra resultat från 2025 är uppdaterade anvisningar, förbättrad tillgänglighet samt kontinuerlig uppdatering

och utveckling av tidigare material (videor på lätt språk, checklistor, rekommendationer). Genom de här åtgärderna kunde nätverket förbättra läkemedelsinformationens kvalitet, tillgänglighet och användarvänlighet.

Läkemedelsdagen är en nationell temadag för läkemedelsanvändare och professionella inom social- och hälsovården och har firats sedan 2012. Syftet med dagen är att uppmuntra läkemedelsanvändarna att ställa frågor och diskutera sina läkemedel och sin egen läkemedelsbehandling. Det årliga temat och planeringen av Läkemedelsdagen görs av det nationella nätverket för läkemedelsinformation, som koordineras av Fimea. År 2025 firades läkemedelsdagen den 13 mars på temat "Hållbar och ansvarsfull användning av läkemedel".

3.4 Användning av verktygen inom områdena

Till och med november 2025 hade det publicerats sammanlagt 43 verktyg, vars användning inom områdena utreddes med en separat enkät (Tabell 1). För nästan alla verktyg hade användningen ökat från föregående år. Det enda undantaget var självutvärderingsverktyget för genomförandet av strategin, som användes inom alla områden redan 2024.

Tre verktyg användes inom alla områden: Självutvärderingsverktyget för genomförandet av strategin, Allmän uppgiftsbeskrivning för medicintekniska ansvarspersoner och Heta linjen-indikatorerna. Mest hade användningen ökat för Introduktionsmodellen för klient- och patientsäkerhet, Checklistan för säkerställande av informationsgången när en klient inom hemvården överförs till en annan tjänst och Verktyget för bedömning av risker med digitala tjänster.

Minst användes Verktyget för utvärdering av läroplaner, Barns och ungas delaktighet inom socialvården, Beskrivningen av hur man gör upp en intern auditeringsplan och Verktyget för utvärdering av planerade förändringars konsekvenser för klient- och patientsäkerheten. Beskrivningen av hur man gör upp en plan för medicinteknisk säkerhet användes inte heller så mycket, men den publicerades först i juni.

| | Vuosi 2024 Käytössä % alueista | Vuosi 2025 Käytössä täysin tai osittain, % alueista | Muutos % edelliseen vuoteen |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|
| Kuvaus tunnistamisen menettelyistä (2021) | 68,2 | 91,3 | 34 |
| Infograafi "5 ajankohtaa turvallisen lääkeshoidon puolesta", posteriaineisto (STM) (2022) | 43,5 | 60,9 | 40 |
| Tarkistuslista digitaalisten ja etänä annettavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen hankinta- ja ulkoistamissopimuksiin (2022) | 47,8 | 60,9 | 27 |
| Tarkistuslista yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen hankkimiseksi (2022) | 39,1 | 56,5 | 45 |
| Leikkaustiimin tarkistuslista (2023) | 73,9 | 82,6 | 12 |
| Henkilöstön turvallisuuskuva (2023) | 52,2 | 69,6 | 33 |
| Käytännön palkitsemisideoita johtamisen tueksi (2023) | 21,7 | 43,5 | 100 |
| Itsearviointityökalu kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toteuttamisen seurantaan ja arviointiin (2023) | 100 | 100 | 0 |
| Lasten ja nuorten osallisuus sosiaalihuollossa (2023) | 21,7 | 43,5 | 100 |
| Lasten ja nuorten osallisuus terveydenhuollossa (2023) | 56,5 | 56,5 | 0 |
| Muistilista asiointiin sosiaali- ja terveydenhuollossa (2023) | 56,5 | 69,6 | 23 |
| Miten teet vaaratapahtumailmoituksen asiakkaana, potilaana tai läheisenä sosiaali- ja terveydenhuollossa (2023) | 78,3 | 78,3 | 0 |
| Osallistu henkilöllisyytesi varmistamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (2023) | 56,5 | 78,3 | 39 |
| Miten toimia, jos olet tyytymätön palveluun tai hoitoon sosiaali- ja terveydenhuollossa (2023) | 69,6 | 78,3 | 13 |
| Kuvaus palveluyksikön raportin minimisälloiksi asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvista epakohta- ja vaaratapahtumailmoituksista (2023) | 65,2 | 87 | 33 |
| Digipalvelujen riskien arviointi -työkalu (2024) | 26,1 | 60,9 | 133 |
| Asiakas- ja potilasturvallisuuden perehdytysmalli (2024) | 24,8 | 82,6 | 233 |
| Tarkistuslista tiedonkulun varmistamiseen kotihoidon asiakkaan/potilaan siirtymässä palvelusta toiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (2024) | 26,1 | 87 | 233 |
| Hyvinvointiluiden yhteinen näkemys ensimmäisen vaiheen määrällisistä vertailumittareista (2024) | 56,5 | 78,3 | 39 |
| Omaavontasuunnitelman mallipohja (2024) | 60,9 | 78,3 | 29 |
| Infektio- ja turvatoimien omavalvontalomake (2024) | 47,8 | 69,6 | 46 |
| Kuvaus sisäisen auditointisuunnitelman laatimiseen (2024) | 17,4 | 43,5 | 150 |
| Arviointityökalu: suunniteltujen muutosten vaikutukset asiakas- ja potilasturvallisuuteen (2024) | 13 | 43,5 | 235 |
| Laittevastuuhenkilön yleinen toimenkuva (2024) | 69,6 | 100 | 44 |
| Lääkinnällisten laitteiden riskipistelaskin (2024) | 47,8 | 82,6 | 73 |
| Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan tarkistuslista ostopalveluhankintoihin (2024) | 30,4 | 60,9 | 100 |
| Opetussuunnitelmiin arviointityökalu (2024) | 4,3 | 13 | 202 |
| Asiakasturvallisuuden kuvaus sosiaalityössä (2025) | | 65,2 | |
| Lapsen asiakasturvallisuus sosiaalihuollossa (2025) | | 60,9 | |
| Alaikäisen potilasturvallisuus terveydenhuollossa (2025) | | 65,2 | |
| Turvallinen lääkeshoito varhaiskasvatuksessa (2025) | | 65,2 | |
| Turvallinen lääkeshoito-prosessi -peli (2025) | | 47,8 | |
| Lääkitysturvallisuustyön tilanteen kartoittamisen muistilista (2025) | | 78,3 | |
| Lääkevalikoiman hallinnan muistilista (2025) | | 60,9 | |
| Lääkehoidon suunnitelman laatimisen muistilista (2025) | | 91,3 | |
| Vakavan vaaratapahtuman tutkintaraportin mallipohja (2025) | | 86,9 | |
| Prosessi- ja rakenneindikaattorit (ent. tarkistuslistaindikaattorit, rakenteet ja prosessit), (2023, päivitetty 2025) | | 91,3 | |
| Kuuman linjan indikaattorit (2023, päivitetty 2025) | | 100 | |
| Kuvaus hoitoonliittyvien infektioiden torjunnan mittareista (2025) | | 91,3 | |
| Laiteturvallisuuksuunnitelman laatimisen kuvaus (2025) | | 5,6 | |
| Oheiskärsijä-toimintamalli (2025) | | 65,2 | |
| Hukkutunnistin (2025) | | 30,4 | |
| Sosiaalihuollon kokemusmittarit ja palautetieto (2025) | | 65,2 | |
| Osallisuuden yksikkokohtainen määrittely (2025) | | 47,8 | |

Tabell 1. Verktyg, publiceringsår samt användningsgrad inom områdena.

Under 2025 publicerades 14 nya verktyg. Samtidigt kontrollerades att de verktyg som publicerats före 2024 ännu var aktuella och vid behov gjordes uppdateringar. Sammanlagt kontrollerades 15 verktyg. En del av verktygen översattes också till engelska, utöver finska och svenska. Till engelska översattes sådana verktyg som kan vara till nytta för internationella samarbetsparter. I slutet av året pågick utarbetandet av fem verktyg, som planeras bli färdiga under 2026.

4 HUR GENOMFÖRANDET AV STRATEGIN FRAMSKRIDIT INOM OMRÅDENA

4.1 Genomförandet av uppföljningen och utvärderingen

Insamling av information om hur åtgärderna i strategin har framskridit

För att underlätta uppföljningen och utvärderingen av genomförandet av strategin sammanställde centret år 2023 ett Excel-baserat självutvärderingsverktyg för välfärdsområdena. Det följer innehållet i strategin och dess handlingsprogram. Verktyget består av två delområden. I den första delen bedöms genomförandet av uppgifterna, vilket ger en helhetsbild av välfärdsområdenas lägesbild och tillhörande styrkor och utvecklingsbehov. I den andra delen får välfärdsområdena prioritetsordna, planera och tidsplanera oavslutade uppgifter.

Strategins handlingsprogram gäller åren 2022–2026 och har en självvärderingsfråga för varje uppgift. Med hjälp av frågorna bedömer områdena på en fyrgradig skala i hur hög grad uppgifterna har genomförts:

- **ja:** när man till största delen kan svara ”ja” eller uppskattningsvis över 75 procent är färdigt
- **delvis:** när frågan är delvis i sin ordning eller utvecklingsåtgärder redan har inletts
- **nej:** när man till största delen kan svara ”nej” eller när utvecklingsåtgärder inte har inletts eller uppskattningsvis under 25 procent är färdigt
- **information saknas:** tillräcklig information saknas och tilläggsutredning behövs

Utgående från de här bedömningarna beräknades ett medelvärde för varje spets och dess mål. De försågs med färgkoder som beskriver genomförandet enligt följande:

- Färgen är grön när 75–100 procent av målet är uppnått.
- Färgen är gul när 50–74 procent har genomförts.
- Färgen är orange när 25–49 procent har genomförts.
- Färgen är röd när under 25 procent har genomförts.

Självvärderingsverktygets innehåll var detsamma under 2023, 2024 och 2025, men 2025 var det fler uppgifter att utvärdera än föregående år. Självvärderingen skulle inlämnas till centret senast den 21 november 2025. Svar inlämnades av alla välfärdsområden, HUS och Helsingfors stad.

4.2 Hur genomförandet av strategin framskridit inom välfärdsområdena

År 2025 utvärderade områdena för tredje gången hur Klient- och patientsäkerhetsstrategin har genomförts inom området. Enligt välfärdsområdenas självvärderingar framskred genomförandet av varje spets och dess mål under 2025. För spets 4 och alla dess mål var medelvärdet över 80 procent. Medelvärdet var över 80 procent även för mål 1.2 ”Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbetet i samma takt” och mål 2.2 ”Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsa”. Lägst var genomförandet av mål 2.1 ”Vi säkerställer säkerhetskunskaper och deras förbättring under hela karriären” (68 %) och 3.3 ”Säkerhetskultur ligger till grund för vår verksamhet” (69 %). (Bild 1).

Genomförandegraden varierar mellan de olika välfärdsområdena precis som föregående år. I sju områden är genomförandegraden i genomsnitt under 70 procent, i tolv områden 70–89 procent och i fyra områden 90 procent eller högre.

Resultaten ger värdefull information om hur målen i strategin framskrider, men de är bara riktgivande och ger inte någon helhetsbild av klient- och patientsäkerheten i Finland. Även om alla områden använde samma självvärderingsverktyg kan utvärderingsmetoderna variera. Det är viktigt att komma ihåg när man analyserar resultaten. Områdena kan inte rangordnas utgående från resultaten. Resultaten är tänkta att hjälpa välfärdsområdena att hitta sina utvecklingsobjekt i förhållande till andra och följa sina egna framsteg. I bästa fall kan samutveckling stödja samarbetet och hjälpa oss att nå de gemensamma målen.

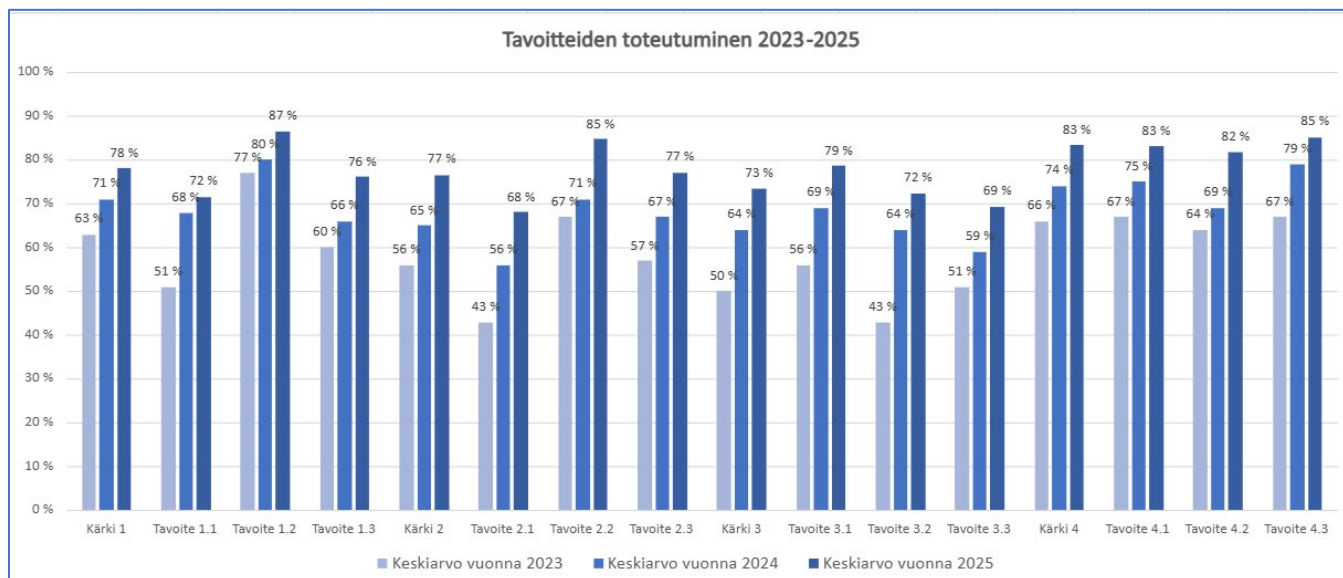


Bild 1. Genomförandet av klient- och patientsäkerhetsstrategin 2023–2025.

Tabell 2 visar genomförandeprocenten per spets och mål i välfärdsområdena 2025. Genomförandet hade framskridit mest inom spets 2, där förändringen jämfört med föregående år var 12 procent.

Resultaten av självutvärderingen varierade en aning från område till område. I fyra områden hade genomförandet redan överskridit 90 procent. I sju områden var det totala genomförandet under 70 procent. Resten av områdena låg mellan 71 och 89 procent. I ett område och inom ett mål var genomförandet under 20 procent. Antalet genomföranden under 50 procent var klart färre än föregående år.

| Vuosi 2025 | Kärki 1 | Tavoite 1.1 | Tavoite 1.2 | Tavoite 1.3 | Kärki 2 | Tavoite 2.1 | Tavoite 2.2 | Tavoite 2.3 | Kärki 3 | Tavoite 3.1 | Tavoite 3.2 | Tavoite 3.3 | Kärki 4 | Tavoite 4.1 | Tavoite 4.2 | Tavoite 4.3 |
|------------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 92% | 75% | 100% | 100% | 96% | 97% | 98% | 94% | 90% | 96% | 81% | 93% | 93% | 85% | 95% | 100% |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 90% | 82% | 100% | 89% | 95% | 92% | 95% | 98% | 92% | 96% | 97% | 85% | 83% | 100% | 75% | 75% |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 65% | 54% | 79% | 63% | 55% | 33% | 60% | 74% | 65% | 86% | 50% | 58% | 69% | 61% | 82% | 65% |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 88% | 93% | 79% | 92% | 85% | 75% | 90% | 89% | 74% | 80% | 75% | 66% | 83% | 93% | 83% | 73% |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 86% | 86% | 96% | 75% | 75% | 67% | 82% | 76% | 81% | 80% | 72% | 91% | 88% | 79% | 87% | 98% |
| Satakunnan hyvinvointialue | 60% | 50% | 82% | 49% | 62% | 54% | 75% | 56% | 48% | 46% | 47% | 51% | 80% | 81% | 83% | 78% |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 77% | 64% | 86% | 81% | 63% | 49% | 60% | 79% | 70% | 88% | 69% | 52% | 83% | 90% | 78% | 82% |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 76% | 79% | 82% | 66% | 70% | 56% | 83% | 71% | 52% | 52% | 53% | 53% | 73% | 88% | 53% | 78% |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 82% | 75% | 86% | 86% | 80% | 75% | 80% | 86% | 88% | 92% | 88% | 83% | 79% | 70% | 78% | 89% |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 80% | 86% | 86% | 68% | 77% | 74% | 75% | 81% | 78% | 98% | 69% | 68% | 82% | 85% | 83% | 77% |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 77% | 68% | 82% | 82% | 70% | 68% | 82% | 62% | 86% | 84% | 88% | 86% | 95% | 95% | 95% | 96% |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 60% | 46% | 79% | 55% | 67% | 53% | 87% | 62% | 62% | 69% | 78% | 38% | 81% | 80% | 85% | 78% |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 87% | 82% | 100% | 78% | 90% | 78% | 95% | 98% | 78% | 92% | 63% | 79% | 91% | 88% | 93% | 94% |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 88% | 79% | 100% | 85% | 90% | 81% | 95% | 95% | 87% | 83% | 91% | 88% | 96% | 93% | 95% | 100% |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 80% | 79% | 86% | 77% | 78% | 85% | 80% | 68% | 74% | 71% | 88% | 63% | 76% | 63% | 75% | 90% |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 68% | 61% | 79% | 65% | 68% | 51% | 85% | 69% | 49% | 51% | 41% | 57% | 82% | 80% | 85% | 81% |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 77% | 61% | 93% | 79% | 86% | 81% | 95% | 82% | 87% | 94% | 91% | 77% | 78% | 75% | 82% | 77% |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 77% | 68% | 82% | 82% | 70% | 68% | 82% | 62% | 86% | 84% | 88% | 86% | 95% | 95% | 95% | 96% |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 68% | 54% | 86% | 64% | 67% | 53% | 85% | 63% | 57% | 60% | 75% | 38% | 70% | 68% | 59% | 83% |
| Kainuun hyvinvointialue | 79% | 57% | 96% | 83% | 79% | 61% | 95% | 81% | 78% | 92% | 59% | 84% | 90% | 88% | 88% | 95% |
| Lapin hyvinvointialue | 68% | 71% | 75% | 59% | 58% | 48% | 75% | 50% | 41% | 39% | 41% | 45% | 71% | 73% | 52% | 89% |
| Helsingin kaupunki | 84% | 79% | 96% | 77% | 86% | 81% | 100% | 78% | 75% | 79% | 69% | 77% | 85% | 86% | 92% | 76% |
| HUS | 87% | 100% | 64% | 97% | 94% | 88% | 95% | 100% | 90% | 97% | 97% | 77% | 94% | 100% | 94% | 88% |
| Keskiarvo | 78% | 72% | 87% | 76% | 77% | 68% | 85% | 77% | 73% | 79% | 72% | 69% | 83% | 83% | 82% | 85% |

Tabell 2. Välfärdsområdenas, HUS och Helsingfors stads svar i utvärderingen av genomförandet av strategin för varje spets och mål 2025.

4.3 Lägesbild inom områdena enligt varje mål i strategin

Spets 1 – Tillsammans med klienterna och patienterna

År 2023 beslutade strategigrupperna för målen inom spets 1 att slå ihop sig till en enda grupp. Därför sammanställdes och utvärderades resultaten för målen inom spets 1 tillsammans. År 2025 utvärderades sammanlagt 43 uppgifter, av vilka 11 inom mål 1.1, 10 inom mål 1.2 och 22 inom mål 1.3. De uppgifter som utvärderades finns på sidan 9–24 i [strategins handlingsprogram](#).

1.1 Vi ökar delaktighet för att förbättra säkerheten

| Tavoite 1.1 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 0 % | 45 % | 75 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 75 % | 75 % | 82 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 75 % | 90 % | 54 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 75 % | 65 % | 93 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 75 % | 86 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 50 % | 40 % | 50 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 25 % | 65 % | 64 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 13 % | 60 % | 79 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 50 % | 95 % | 75 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 38 % | 80 % | 86 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 60 % | 68 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 75 % | 55 % | 46 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 75 % | 75 % | 82 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 75 % | 80 % | 79 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 85 % | 79 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 30 % | 61 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 55 % | 61 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 63 % | 85 % | 68 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 65 % | 54 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 13 % | 60 % | 57 % |
| Lapin hyvinvointialue | 25 % | 55 % | 71 % |
| Helsingin kaupunki | 75 % | 70 % | 79 % |
| HUS | 75 % | 100 % | 100 % |
| Keskiarvo | 51 % | 68 % | 72 % |

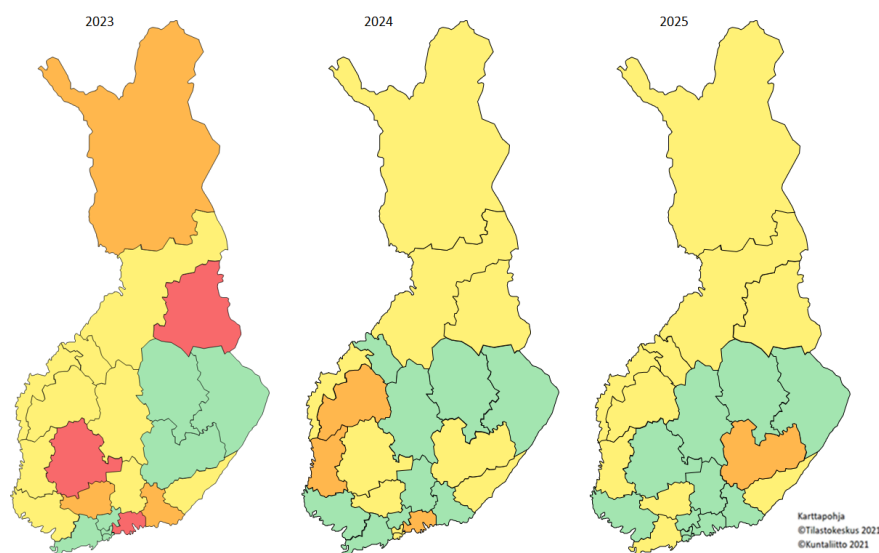


Bild 2. Tabell och karta över genomförandet av mål 1.1 i varje område 2023, 2024 och 2025.

Bäst inom mål 1.1 genomfördes införandet av förfaranden för klienters, patienters och närståendes anmälan av farliga situationer och uppföljning av dem inom egenkontrollen. Alla områden (n = 23) uppgav att den här uppgiften har genomförts helt.

Näst bäst genomfördes uppgiften som gällde information till klienter, patienter och närstående om möjligheten att göra anmälningar om negativa händelser och farliga situationer. Totalt 20 områden rapporterade att informationen hade genomförts helt, medan 3 uppgav att den har genomförts delvis.

Nya uppgifter som utvärderades 2025 var uppföljningen av minimikriterierna för delaktighet inom ledningens rapportering samt inkluderingen av ökad delaktighet för klienter och patienter i fortbildningsprogrammet för arbetstagare. Uppföljningen av kriterierna för delaktighet genomfördes helt i under hälften (n = 9) av områdena, delvis i 8 områden och inte alls i 4 områden. Inkluderingen av delaktighet i fortbildningar genomfördes i regel endast delvis.

En plan för användningen av klient- och patientråd och -paneler hade införts i årsklockan i 10 områden och delvis i över hälften av områdena (n = 13).

Utveckling behövs också i fråga om uppgiften att erbjuda klienter och patienter tillgängliga anvisningar och information om tjänster och vård samt riskerna med dessa. Över hälften av områdena (n = 14) uppgav att detta hade genomförts delvis. Här hade det inte skett någon förbättring från föregående år.

Inriktat individuellt stöd för utsatta klienter och patienter för att öka deras delaktighet hade genomförts i 8 områden och delvis i 14 områden. Detta hade inte beaktats alls i 1 område. Här hade det inte skett någon förbättring från föregående år.

1.2 Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbetet i samma takt

| Tavoite 1.2 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 50 % | 83 % | 100 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 100 % | 83 % | 100 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 100 % | 100 % | 79 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 75 % | 58 % | 79 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 100 % | 67 % | 96 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 100 % | 63 % | 82 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 75 % | 92 % | 86 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 25 % | 63 % | 82 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 75 % | 92 % | 86 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 100 % | 75 % | 86 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 100 % | 100 % | 82 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 75 % | 83 % | 79 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 75 % | 92 % | 100 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 75 % | 100 % | 100 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 83 % | 86 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 33 % | 79 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 100 % | 92 % | 93 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 71 % | 82 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 79 % | 86 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 75 % | 92 % | 96 % |
| Lapin hyvinvointialue | 75 % | 71 % | 75 % |
| Helsingin kaupunki | 100 % | 100 % | 96 % |
| HUS | 50 % | 63 % | 64 % |
| Keskiaervo | 77 % | 80 % | 87 % |

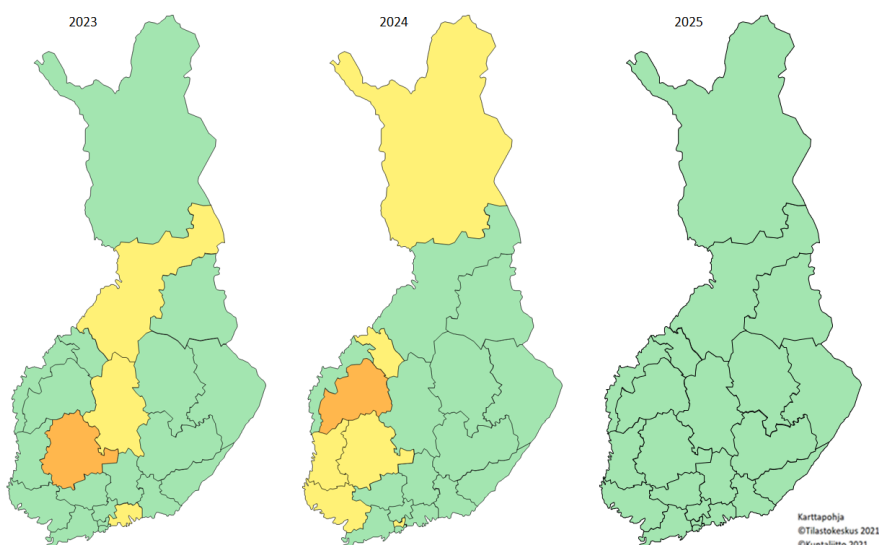


Bild 3. Tabell och karta över genomförandet av mål 1.2 i varje område 2023, 2024 och 2025.

När de tre målen för spets 1 jämförs, hade mål 1.2 kommit längst. Situationen var densamma redan 2024. Ökningen från 2024 till 2025 var 7 procentenheter.

Alla områden (n = 23) hade beskrivit och använde strukturer och förfaranden för multiprofessionell behandling av negativa händelser och missförhållanden. Nästan lika bra hade områdena genomfört uppgiften kring förfaranden för säkerställande av kompetensen. Totalt 22 områden uppgav att förfarandet för säkerställande av kompetensen vid krävande läkemedelsbehandling vid socialvårdsenheter har beskrivits och genomförandet har uppföljts regelbundet via egenkontroll.

I de flesta områden (n = 20) genomfördes kommunikationen via olika kanaler till sakkunniga inom klient- och patientsäkerhet inom social- och hälsovården helt. I 3 områden hade den genomförts delvis. Sämst genomfördes användningen av verksamhetsmodeller för att stärka samarbetet mellan yrkespersoner inom social- och hälsovården samt kring gemensamma klienter inom multiprofessionella servicehelheter. I 11 områden hade det genomförts delvis och i 12 områden helt.

Under 2025 utvärderades tre nya åtgärder. Tekniska system som stöder en multiprofessionell behandling av anmälningar om negativa händelser och missförhållanden användes i 15 områden och delvis i 7 områden. De flesta områdena (n = 21) bedömde att området ger experter möjlighet att delta i nätverk och evenemang. De flesta (n = 20) bedömde också att området erbjuder gemensamma utbildningsevenemang för yrkespersoner inom social- och hälsovården för att stärka kompetensen och samarbetet.

Det goda resultatet i synnerhet för mål 1.2 kan ha påverkats av att lagen om tillsynen över social- och hälsovården trädde i kraft vid ingången av 2024.

1.3 Klienternas, patienternas och de närståendes erfarenheter styr utvecklingen av våra tjänster

| Tavoite 1.3 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 48 % | 68 % | 100 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 90 % | 82 % | 89 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 90 % | 83 % | 63 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 70 % | 79 % | 92 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 85 % | 65 % | 75 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 43 % | 24 % | 49 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 63 % | 67 % | 81 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 30 % | 29 % | 66 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 63 % | 86 % | 86 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 45 % | 54 % | 68 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 38 % | 86 % | 82 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 45 % | 52 % | 55 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 53 % | 69 % | 78 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 65 % | 80 % | 85 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 80 % | 81 % | 77 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 58 % | 38 % | 65 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 68 % | 79 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 84 % | 82 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 43 % | 58 % | 64 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 40 % | 67 % | 83 % |
| Lapin hyvinvointialue | 60 % | 45 % | 59 % |
| Helsingin kaupunki | 73 % | 74 % | 77 % |
| HUS | 85 % | 81 % | 97 % |
| Keskisarvo | 60 % | 66 % | 76 % |

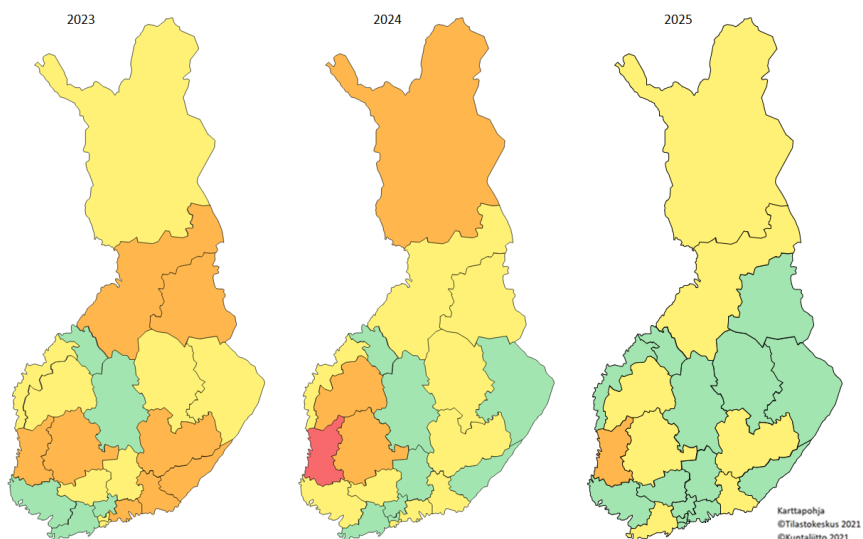


Bild 4. Tabell och karta över genomförandet av mål 1.3 i varje område 2023, 2024 och 2025.

När de tre målen för spets 1 jämförs, hade mål 1.3 stigit mest (10 procent) från 2024 till 2025. Det är en bra förändring, för 2024 hade det här målet genomförts sämst av målen inom spets 1.

Alla områden (n = 23) hade i sina planer för egenkontroll beaktat utnyttjandet av klienters, patienters och närståendes anmälningar om negativa händelser och farliga situationer samt anmärkningar och klagomål samt praxisen för respons och utvecklingsförslag och regelbunden uppföljning av dem. Dessutom hade de flesta områden (n = 21) publicerat en beskrivning av hur patienters och klienters anmälningar om negativa händelser och farliga situationer utnyttjas. Trots det uppgav bara ungefär hälften (n = 11) av områdena att de årligen publicerar resultaten av de utvecklingsåtgärder som har vidtagits utifrån patienters och klienters anmälningar om negativa händelser och farliga situationer. I 6 områden rapporterades de inte överhuvudtaget.

I alla områden (n = 23) fanns en beskrivning av de metoder med vilka klienter, patienter och närstående kan ge respons på den offentliga webbplatsen. Responssystem för patienter, klienter och närstående användes i nästan (n = 21) alla områden. Invånarna har informerats minst en gång per år om möjligheterna att ge respons i nästan alla områden (n = 21).

Sämst genomfördes uppgifterna att införa utbildning för erfarenhetsexperter, erfarenhetsaktörer samt klient- och patientrådsmedlemmar i utbildningsplanen samt att beakta utbildningarna i serviceproducenternas plan för egenkontroll. I 8 områden hade det inte genomförts alls, i 11 områden delvis och i 4 områden helt. Jämfört med föregående år var det ändå en liten förbättring.

Målet att erfarenhetsexperter och representanter för klient- och patientråd ska delta i grupper som planerar och följer upp verksamhetens kvalitet och säkerhet genomfördes delvis. Endast 6 områden uppgav att det hade genomförts helt. I de flesta områdena hade det genomförts delvis (n=15).

Under 2025 koordinerade spets 1 flera utvecklingsuppgifter. Hösten 2025 publicerades Verktuget för definition av delaktighet vid enheten. Det hjälper arbetsenheter att fastställa vad klienternas, patienternas och de närståendes delaktighet innebär vid den egna enheten. Ett mål är också att hitta nya metoder för att främja delaktighet. Hösten 2025 publicerades också verktuget Upplevelseindikatorer och respons inom socialvården. I det finns exempel på indikatorer och respons med vilka man kan få information och bedöma klienternas och de närståendes upplevelser av socialvårdens tjänster. Syftet är att öka medvetenheten om dem.

På Klient- och patientsäkerhetscentrets webbplats öppnades i början av 2025 en sektion för klienter och patienter i syfte att berätta hur de kan påverka säkerheten i sin egen vård och service. Webbsidans innehåll, tillgänglighet och tydlighet utvecklades tillsammans med erfarenhetsexperter som tillkallats av Sakkunniggruppen för organisationer. Centret var med och arrangerade webinarier "Tillsammans gör vi skillnad – Med begripligt språk främjar vi delaktighet och välfärd" den 30 september 2025. Evenemanget var avsett såväl för professionella som för klienter och patienter.

Spets 2 – Välmående och kompetent personal

För spets 2 utvärderades sammanlagt 47 uppgifter, av vilka 15 inom mål 2.1, 12 inom mål 2.2 och 20 inom mål 2.3. De uppgifter som utvärderades finns på sidan 27–40 i [strategins handlingsprogram](#).

2.1 Vi säkerställer säkerhetskunskaper och deras förbättring under hela karriären

| Tavoite 2.1 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|------|------|------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 0 % | 69 % | 97 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 75 % | 90 % | 92 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 50 % | 56 % | 33 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 50 % | 60 % | 75 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 57 % | 67 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 25 % | 34 % | 54 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 50 % | 51 % | 49 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 25 % | 43 % | 56 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 25 % | 56 % | 75 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 25 % | 44 % | 74 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 72 % | 68 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 50 % | 51 % | 53 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 75 % | 73 % | 78 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 75 % | 67 % | 81 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 80 % | 85 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 0 % | 5 % | 51 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 25 % | 73 % | 81 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 61 % | 68 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 0 % | 34 % | 53 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 50 % | 58 % | 61 % |
| Lapin hyvinvointialue | 75 % | 48 % | 48 % |
| Helsingin kaupunki | 50 % | 71 % | 81 % |
| HUS | 50 % | 38 % | 88 % |
| Keskiarvo | 43 % | 56 % | 68 % |

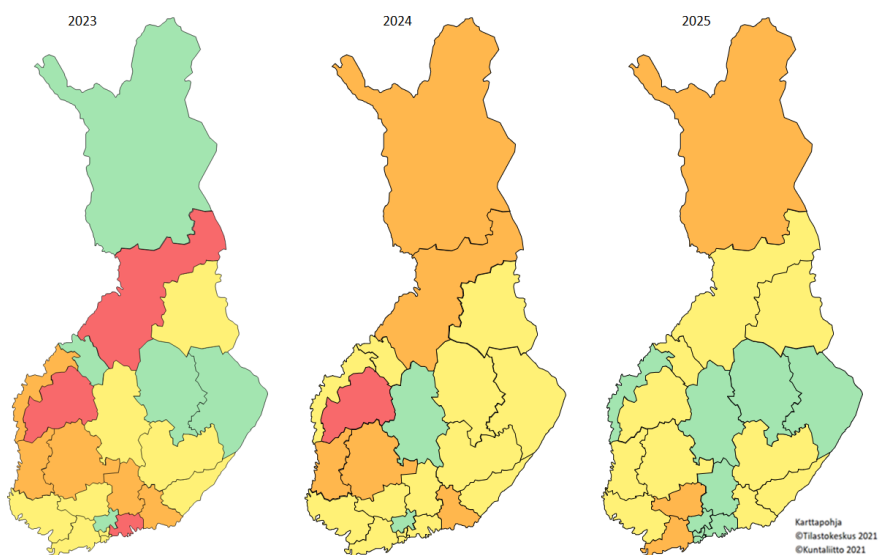


Bild 5. Tabell och karta över genomförandet av mål 2.1 i varje område 2023, 2024 och 2025.

För mål 2.1 hade det skett en förändring för flera åtgärder, vilket märks i att genomsnittet hade förbättrats med 12 procent från föregående år.

Utbildningsmodeller, förfaranden och säkerställande av kompetens

En utbildningsmodell för ledning, mätning och kontinuerlig förbättring av klient- och patientsäkerheten har införts i coachningen av ledning och chefer i 9 områden och delvis i 12 områden. Enhetliga förfaranden och allmänna kriterier för säkerställande av säkerhetskompentensen hade införts i 9 områden och delvis i 13 områden. Deltagande i fortbildning om klient- och patientsäkerhet har beskrivits i förfarandena för säkerställande av kompetens i 13 områden och delvis i 10 områden. Kriterier och verksamhetsmodeller användes i de flesta områden antingen helt (n = 18) eller delvis (n = 5). Enhetliga kriterier för säker användning av medicintekniska produkter och för läkemedelsbehandlingskompetens har införts i 18 områden och delvis i 5 områden. Genomförandet av kompetensprov uppföljs åtminstone delvis i alla områden. Falldatabasen har använts i kompetensproven i 8 områden och delvis i 9 områden. Simulationsundervisning om säkerhetskunskaper ingick i serviceenheternas verksamhet i 12 områden och delvis i 10 områden. Kriterier för bedömning av säkerhetskompentensen anges tydligt i bedömningen av arbetskravnivå endast i 2 områden, och ingen förändring har skett sedan föregående år.

Utvecklingssamtal

Säkerhetskompentens ingår i anvisningarna för utvecklingssamtal i 5 områden och delvis i 12 områden. Behoven av fortbildning har beaktats i utvecklingssamtalen i 10 områden och delvis i 10 områden.

Handledning och introduktion

Nästan alla områden (n = 17) har aktivt styrt serviceenheter och producenter av köpta tjänster att säkerställa säkerhetskompetensen samt följt upp genomförandet av förfaranden inom serviceanordnarens egenkontroll. Utvecklingen av introduktionsprogrammen syns i resultaten, för klient- och patientsäkerhetspraxis har införts i introduktionsprogrammet i nästan alla områden (n = 21). Introduktionsprogrammets innehåll beskrivs på serviceenhetens intranät i 12 områden och delvis i 10 områden.

Till åtgärderna hör att serviceenheterna ska ålägga studerande att genomgå en nätkurs om klient- och patientsäkerhet före kliniskt arbete eller praktik. Ansvarspersonen för studerandehandledningen har följt upp deltagandet i nätkurser om klient- och patientsäkerhet i 7 områden och delvis i 9 områden. De studerande har engagerats att observera klient- och patientsäkerheten vid serviceenheterna i 17 områden och delvis i 4 områden. Det visar på säkerhetskompetensens betydelse under praktikperioder och på ett långsiktigt samarbete med utbildningsorganisationer för att utveckla de fortsatta studierna och handledningsmodellerna.

2.2 Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsa

| Tavoite 2.2 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------|------|-------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 50 % | 87 % | 98 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 100 % | 94 % | 95 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 100 % | 78 % | 60 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 50 % | 67 % | 90 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 100 % | 70 % | 82 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 50 % | 67 % | 75 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 100 % | 63 % | 60 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 50 % | 67 % | 83 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 50 % | 78 % | 80 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 0 % | 72 % | 75 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 100 % | 94 % | 82 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 50 % | 63 % | 87 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 100 % | 94 % | 95 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 78 % | 95 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 56 % | 80 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 44 % | 85 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 0 % | 61 % | 95 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 100 % | 63 % | 82 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 100 % | 61 % | 85 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 50 % | 63 % | 95 % |
| Lapin hyvinvointialue | 100 % | 72 % | 75 % |
| Helsingin kaupunki | 100 % | 94 % | 100 % |
| HUS | 50 % | 50 % | 95 % |
| Keskjarvo | 67 % | 71 % | 85 % |

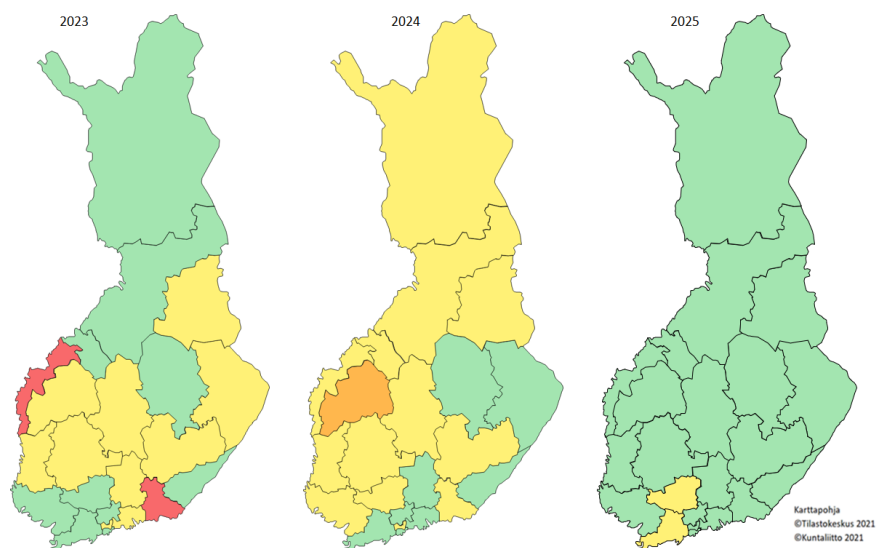


Bild 6. Tabell och karta över genomförandet av mål 2.2 i varje område 2023, 2024 och 2025.

Mål 2.2 framskred mest (+14 procent) av målen i spets 2 jämfört med föregående år. Det var det mål som genomförts bäst inom spets 2 under 2025.

Instruktioner och utbildningar

Gällande anvisningar för att främja och följa upp arbetssäkerheten och arbetshälsan samt för att säkerställa ett tillräckligt personalantal användes i nästan alla områden (n = 19). Antalet utbildningar för chefer om riskhantering, arbetssäkerhet och arbetshälsa samt antalet chefer som har avlagt dessa har uppföljts i nästan alla områden (n = 20).

Egenkontroll och avtalskrav

I 16 områden innefattar egenkontrollen och avtalen om köpta tjänster krav på regelbunden uppföljning av och rapportering om arbets säkerhet, arbetshälsa och arbetsförhållanden samt om personalens tillräcklighet. I 7 områden har det införts delvis. Planerna för personalantal och anvisningar har följts upp via egenkontroll i 11 områden och delvis i 12 områden.

Undantagssituationer

En skriftlig plan om tillräckligt personalantal i undantagssituationer har utarbetats helt i 13 områden och delvis i 10 områden. Anvisningar på arbetsenhetsnivå för att trygga klient- och patientsäkerheten i undantagssituationer har utarbetats helt i 14 områden och delvis i 9 områden.

Mätning och rapportering

Indikatorer som beskriver arbetsförhållandena har uppföljts regelbundet och utvecklingsbehoven har bemötts inom den dagliga ledningen i 8 områden och delvis i 11 områden. I nästan alla områden (n = 19) inkluderar indikatorerna för den dagliga ledningen uppföljning av arbetsbelastning och arbetshälsa, inklusive dimensionering och personalens erfarenheter. Indikatorresultaten har rapporterats öppet. Nyckeltalen för personalomsättningen är på målnivå i 15 områden och delvis på målnivå i 7 områden.

Handlingsmodeller och introduktion

Debriefing- och defusing-modeller är tillgängliga för alla medarbetare vid krissituationer och allvarliga skador i nästan alla områden (n = 18). I introduktionen beaktas grunderna för bättre ork i arbetet och grunderna i arbets säkerhet mycket bra (n = 18). Cheferna och medarbetarna erbjuds utbildning om mindfulness-kunskaper och styrning av det egna arbetet i nästan alla områden (n = 18) och delvis i 4 områden.

2.3 Vi förbättrar säkerheten genom aktivt ledarskap

| Tavoite 2.3 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 51 % | 66 % | 94 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 81 % | 98 % | 98 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 85 % | 82 % | 74 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 57 % | 82 % | 89 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 64 % | 65 % | 76 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 29 % | 34 % | 56 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 59 % | 65 % | 79 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 27 % | 39 % | 71 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 66 % | 73 % | 86 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 40 % | 69 % | 81 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 68 % | 94 % | 62 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 49 % | 51 % | 62 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 94 % | 96 % | 98 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 77 % | 87 % | 95 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 46 % | 55 % | 68 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 33 % | 36 % | 69 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 57 % | 79 % | 82 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 45 % | 48 % | 62 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 33 % | 44 % | 63 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 51 % | 74 % | 81 % |
| Lapin hyvinvointialue | 39 % | 44 % | 50 % |
| Helsingin kaupunki | 68 % | 69 % | 78 % |
| HUS | 78 % | 83 % | 100 % |
| Keskiarvo | 57 % | 67 % | 77 % |

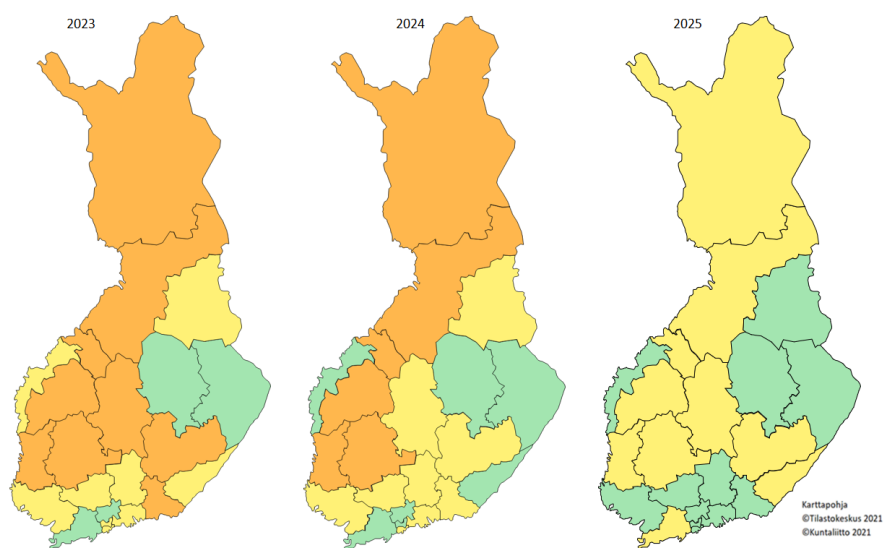


Bild 7. Tabell och karta över genomförandet av mål 2.3 i varje område 2023, 2024 och 2025.

Inom mål 2.3 utvärderades precis samma punkter 2023, 2024 och 2025.

Rapportering och uppföljning

Centrala resultat om patient- och klientsäkerhet har rapporterats internt minst en gång per år i 16 områden och delvis i 7 områden. I nästan alla områden (n = 18) har det fastställts vilka uppgifter om farliga situationer och negativa händelser organisationernas interna rapport ska innehålla. De tjänsteinnehavare som ansvarar för rapporteringen har utnämnts i nästan alla områden (n = 22). En skyldighet att regelbundet rapportera och behandla farliga situationer och risker ingår i avtalen om köpta tjänster i 14 områden och delvis i 8 områden. Förfarandet har införts i välfärdsområdets strategi och planer för egenkontroll i 19 områden. Nästan alla områden (n = 19) uppskattar att antalet anmälningar som har lett till utvecklingsåtgärder har ökat i förhållande till det totala antalet anmälningar. I nästan alla områden (n = 21) har förfarandena beaktats i klient- och patientsäkerhetsplanerna och i programmet för egenkontroll. Uppföljning och utveckling av klient- och patientsäkerheten har inkluderats i ledningsförfarandena i 19 områden och delvis i 4 områden.

Ledarskap och utvärdering

Ledningen för de förtroendevalda organen samt revisionsnämnden har bedömt klient- och patientsäkerhetsläget i 15 områden och delvis i 4 områden. Behandlingen av säkerhetsindikatorerna ingår i pm för personalmöten i 16 områden och delvis i 7 områden. I nästan alla områden (n = 20) har resultat från personalnöjdhets- och säkerhetskulturenkäter behandlats och införts i pm från personalmöten. I nästan alla områden (n = 21) har behandlingen av klient- och patientrespons och anmälningar om farliga situationer samt de utvecklingsplaner som gjorts upp i samråd med personalen antecknats i pm från personalmöten.

Utbildning och kompetens

Patient- och klientsäkerhetsutbildning ingår i organisationens kompetenskrav för personalen i 16 områden. Utbildning om säkerhet och arbetshälsa samt främjande av säkerhetskulturen ingår i utbildningsplanerna för direktörer och chefer i 16 områden. Klient- och patientsäkerhetsutbildning för chefer har ordnats och antalet utbildningsdagar och antalet deltagare har uppföljts i 17 områden. En introduktionsmodell för säkerhet och arbetshälsa samt främjande av säkerhetskulturen används i 7 områden och delvis i 13 områden. En icke-skuldbeläggande kultur och Second victim-modellen ingår i utbildningen för direktörer och chefer i 12 områden och delvis i 8 områden. I 13 områden har serviceenheterna ökat chefernas kompetens för att skapa en öppen diskussionskultur som ger personalen ökad egenmakt. Positiva observationer av en sådan kultur har antecknats i 13 områden.

Belöning och uppmuntran

Personalen har belönats för arbete för bättre klient- och patientsäkerhet i 12 områden och delvis i 9 områden. Anvisningar om metoder och kriterier för belöning av personalen har utarbetats i 11 områden. De med intressentgrupperna för klienter och patienter överenskomna förfarandena för att belöna personalen har införts i bara 4 områden.

Viktiga framgångar vid genomförandet av strategin var att planeringen av nationellt kompetenscenternätverk för utbildning om klient- och patientsäkerhet framskred och att diskussion om detta förts inom samarbetsområdena. Västra Finlands kompetenscenter är redan aktivt. Utvecklingslinjen för utbildning

och kompetens har bearbetat referensramen ”A Nordic Framework for Knowledge and Skills in Patient Safety” i syfte att införa den i den finländska utbildningen och arbetslivet.

Spets 3 – Säkerheten först i alla organisationer

För spets 3 utvärderades sammanlagt 50 uppgifter, av vilka 21 inom mål 3.1, 10 inom mål 3.2 och 19 inom mål 3.3. De uppgifter som utvärderades finns på sidan 42–55 i strategins handlingsprogram.

3.1 Öppen och tillgänglig information styr vår verksamhet och ökar säkerhet

| Tavoite 3.1 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 33 % | 80 % | 96 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 76 % | 84 % | 96 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 33 % | 88 % | 86 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 53 % | 70 % | 80 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 49 % | 63 % | 80 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 46 % | 33 % | 46 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 68 % | 86 % | 88 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 28 % | 42 % | 52 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 71 % | 84 % | 92 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 72 % | 90 % | 98 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 78 % | 100 % | 84 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 56 % | 60 % | 69 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 81 % | 85 % | 92 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 73 % | 83 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 58 % | 67 % | 71 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 18 % | 9 % | 51 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 90 % | 94 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 71 % | 67 % | 84 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 29 % | 51 % | 60 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 74 % | 88 % | 92 % |
| Lapin hyvinvointialue | 14 % | 24 % | 39 % |
| Helsingin kaupunki | 71 % | 69 % | 79 % |
| HUS | 75 % | 92 % | 97 % |
| Keskiarvo | 56 % | 69 % | 79 % |

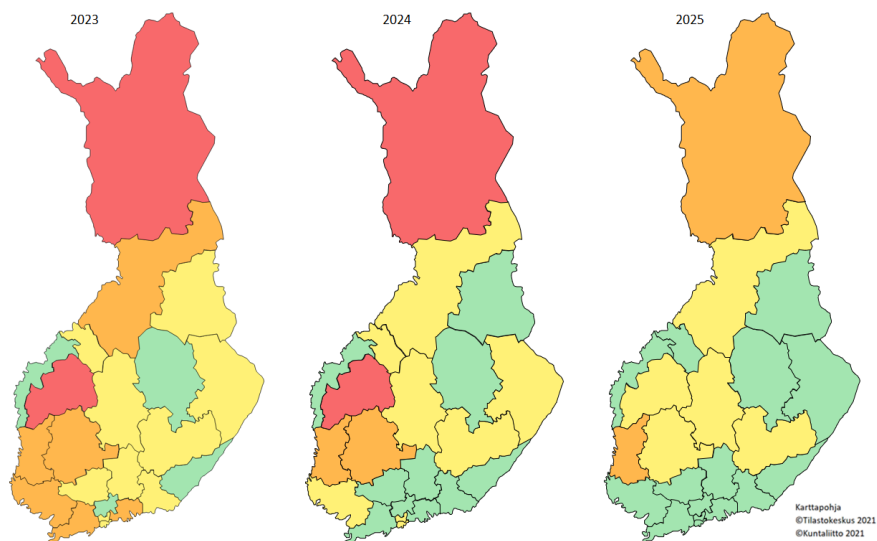


Bild 8. Tabell och karta över genomförandet av mål 3.1 i varje område 2023, 2024 och 2025.

I sin helhet framskred genomförandet av mål 3.1 klart från föregående år. Totalt 79 procent av uppgifterna inom målet genomfördes 2025.

Användningen av indikatorer ökade märkbart från föregående år. Åtminstone checklisteindikatorer på basnivå användes i 21 områden antingen helt (n = 17) eller delvis (n = 4). Totalt 22 områden uppgav att de också använde Heta linjen-indikatorerna antingen helt (n = 11) eller delvis (n = 11). Totalt 23 områden uppgav att de har infört enhetliga klient- och patientsäkerhetsindikatorer och uppföljning av anmälningsförfaranden antingen helt (n = 14) eller delvis (n = 9). Totalt 11 områden uppgav att resultat från uppföljningsindikatorerna för klient- och patientsäkerhet togs fram regelbundet och delgavs personalen. Det genomfördes delvis i 12 områden. Största delen av områdena (n = 19) uppgav också att de publicerar resultat från uppföljning av klient- och patientsäkerheten öppet på områdets webbplats.

Användningen av verksamhetsmodeller och system för uppföljning av händelser som alltid kunde undvikas (*Never event*) ökade klart från föregående år. De användes helt i 16 områden och delvis i 5 områden. Däremot användes uppföljning av dessa i realtid och rapportering till ledningsgruppen i bara 9 områden, vilket ändå är en liten förbättring från föregående år (2024 n = 6).

Utvärderingsförfaranden för allvarliga farliga situationer hade gått framåt mycket sedan föregående år och användes nu i nästan alla (n = 19) områden. Utbildning om utredningsförfarandena hade ordnats i 18 områden, vilket är mer än föregående år (2024 n = 14).

Sämst av målen inom spets 3.1 genomfördes åtgärden ”Utvecklingsarbetet utförs på ett systematiskt och övergripande sätt genom att använda kvalitetsledningens eller interna och externa revisionsförfaranden och på grundval av den information som fås från dem”. Särskilt rapporteringen till de beslutande och utvärderande organen om utvecklingsåtgärder för kvalitetsledningen och auditeringen genomfördes i under hälften (n = 9) av områdena. Den genomfördes till och med lite sämre än föregående år (2024 n = 10).

Åtgärden ”Serviceanordnarna anslår tillräckliga resurser till proaktiv övervakning och egenkontroll samt avtalsstyrning och övervakning av privata tjänsteproducenter” hade gått framåt klart sedan föregående år. Totalt 19 områden (2024 = 11) hade reserverat de resurser som behövs för proaktiv tillsyn och egenkontroll samt avtalsstyrning och tillsyn över privata serviceproducenter. Nästan alla områden (n = 20) bedömde regelbundet att de resurser som används för tillsyn är tillräckliga (2024 n = 15).

Resultaten för genomförandet av mål 3.1 kan förklaras av flera faktorer. Den positiva utvecklingen för införandet av indikatorer kan ha främjats av ett mer aktivt nationellt nätverkande, diskussion och samarbete kring mätning och bedömning av klient- och patientsäkerheten. Den här utvecklingen stöds också av uppdateringen av Process- och strukturindikatorerna samt Heta linjen-indikatorerna, som slutfördes i april 2025. I fråga om utredningsförfaranden för allvarliga incidenter kan framstegen delvis förklaras av att Finlands patient- och klientsäkerhetsförening (SPTY) har bildat en sektion för utredning av allvarliga incidenter. Sektionen stöder utredningarna och sprider kunskap om lärdomarna från dem i områdena. Dessutom har centret publicerat en Modell för utredningsrapporter om allvarliga incidenter, vilken kan ha bidragit till en enhetligare praxis. Också den nya tillsynslagen har antagligen bidragit till framstegen för åtgärden gällande tillsyn och egenkontroll.

3.2 Vi säkerställer distanstjänster och digitala tjänster som är trygga för alla

| Tavoite 3.2 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 13 % | 44 % | 81 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 56 % | 81 % | 97 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 63 % | 91 % | 50 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 69 % | 59 % | 75 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 13 % | 50 % | 72 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 31 % | 19 % | 47 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 69 % | 69 % | 69 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 13 % | 44 % | 53 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 50 % | 88 % | 88 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 0 % | 66 % | 69 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 75 % | 88 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 56 % | 78 % | 78 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 56 % | 63 % | 63 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 66 % | 91 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 44 % | 78 % | 88 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 47 % | 41 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 38 % | 59 % | 91 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 88 % | 84 % | 88 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 56 % | 56 % | 75 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 13 % | 50 % | 59 % |
| Lapin hyvinvointialue | 6 % | 34 % | 41 % |
| Helsingin kaupunki | 50 % | 69 % | 69 % |
| HUS | 38 % | 97 % | 97 % |
| Keskiarvo | 43 % | 64 % | 72 % |

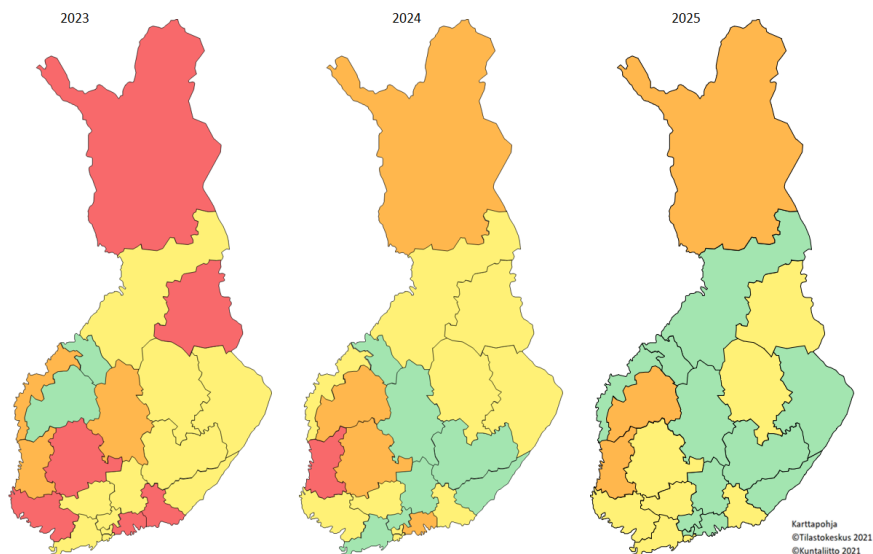


Bild 9. Tabell och karta över genomförandet av mål 3.2 i varje område 2023, 2024 och 2025.

Användningen av en checklista med kvalitets- och säkerhetskrav på distanstjänster och digitala tjänster eller något annat motsvarande förfarande i välfärdsområdenas avtal om köpta tjänster hölls på nästan samma nivå som föregående år. År 2025 användes den i 14 områden och delvis i 8 områden.

Bedömningen av risker med distanstjänster och digitala tjänster hade gått framåt klart. År 2024 bedömdes riskerna i bara 7 områden och delvis i 14 områden. År 2025 användes förfaranden för riskbedömning i över hälften (n = 12) av områdena och delvis i 10 områden.

Uppföljningen av säkerhetsavvikelse, funktionsduglighet och tillgänglighet i distanstjänster och digitala tjänster hade däremot inte förbättrats nämnvärt från föregående år. Detta genomfördes fortfarande i bara hälften (n = 11) av områdena. Information om säkerhetsavvikelse i distanstjänster och digitala tjänster publicerades på webbplatsen i låg grad, för bara 7 områden bedömde att det hade genomförts.

Utvärderingen av distanstjänsternas, de digitala tjänsternas och de fysiska närtjänsternas tillräcklighet för utsatta grupper och den regelbundna uppföljningen av klientrespons hade genomförts i lite mer än hälften (n = 12) av områdena och delvis i 10 områden.

Jämfört med föregående år skedde stora framsteg inom åtgärden ”Serviceenheterna bedömer personalens erfarenheter av och klientrespons om digitala och distanstjänster samt deras användning och utvecklar tjänster med beaktande av responsen”. Särskilt bra förbättrades införandet av välfärdsområdets handlingsmodell för att insamla personalens erfarenheter och klientrespons. År 2024 uppgav under hälften (n = 9) av områdena att modellen hade genomförts, medan den under 2025 hade genomförts helt i klart över hälften (n = 16) av områdena och delvis i 7 områden.

Användningen av kompetenskrakterna och säkerhetsfortbildning för de medarbetare som arbetar med distanstjänster och digitala tjänster hade inte förändrats nämnvärt sedan föregående år. Kompetenskrakterna och säkerhetsfortbildningen hade genomförts i under hälften (n = 9) av områdena.

God praxis för digitalt stöd till utsatta grupper erbjöds i större utsträckning under 2025. De användes helt i 15 områden (2024 n = 11) och delvis i 8 områden (2024 n = 10). Också utbildning, vägledning och information om digitala tjänster erbjöds i högre grad, för 2025 hade det genomförts helt i 13 områden (2024 n = 9) och delvis i 10 områden (2024 n = 11).

Det nationella genomförandet av Europeiska unionens cybersäkerhetsdirektiv (NIS2-direktivet) innebar att välfärdsområdena och andra kritiska aktörer inom hälso- och sjukvården ålades en skyldighet att registrera sig i tillsynsmyndighetens förteckning över aktörer samt att bedriva riskhantering inom cybersäkerhet och rapportera om betydande cybersäkerhetsincidenter. Skyldigheterna baserar sig på cybersäkerhetslagen (124/2025) genom vilken NIS2-direktivet (EU) 2022/2555 genomförs.

År 2025 infördes en ny Utvecklingslinje för digitala tjänster och distanstjänster, som i sin tur arbetar vidare med de mål som inte slutförts inom strategigrupp 3.2. Centret tillsatte också en separat arbetsgrupp som ska planera hur man ska gå vidare med de icke-slutförda åtgärderna som gäller rapporteringspraxis för säkerhetsavvikelser inom distanstjänster och digitala tjänster samt tillhörande datainsamling.

År 2025 publicerade centret också en lista över handlingsmodeller med vilka välfärdsområdena erbjuder digitalt stöd. Största delen av stödmodellerna är avsedda för klienter och patienter. Listan är till nytta för den som söker information om digitalt stöd inom sitt eget område. Professionella kan också använda listan för att få idéer för utvecklingen av det digitala stödet inom sitt område.

3.3 Säkerhetskultur ligger till grund för vår verksamhet

| Tavoite 3.3 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 31 % | 69 % | 93 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 75 % | 78 % | 85 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 61 % | 73 % | 58 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 33 % | 42 % | 66 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 56 % | 89 % | 91 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 39 % | 33 % | 51 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 53 % | 45 % | 52 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 22 % | 44 % | 53 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 67 % | 79 % | 83 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 31 % | 56 % | 68 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 58 % | 80 % | 86 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 31 % | 33 % | 38 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 89 % | 75 % | 79 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 67 % | 78 % | 88 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 58 % | 48 % | 63 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 19 % | 36 % | 57 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 58 % | 65 % | 77 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 44 % | 86 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 33 % | 36 % | 38 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 67 % | 81 % | 84 % |
| Lapin hyvinvointialue | 28 % | 37 % | 45 % |
| Helsingin kaupunki | 75 % | 64 % | 77 % |
| HUS | 72 % | 63 % | 77 % |
| Keskiarvo | 51 % | 59 % | 69 % |

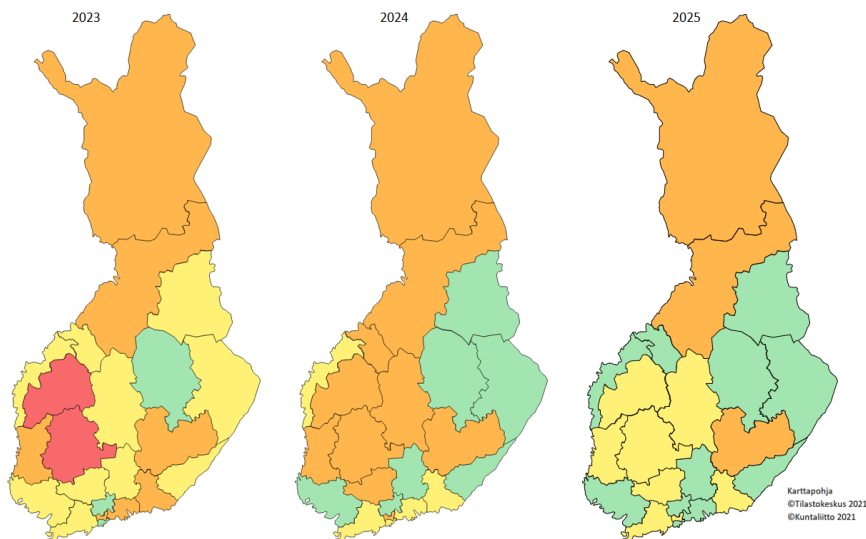


Bild 10. Tabell och karta över genomförandet av mål 3.3 i varje område 2023, 2024 och 2025.

Klient- och patientsäkerhet ingick i de strategiska målen i 12 områden precis som föregående år. Det skedde inte heller några stora förändringar i fråga om hur klient- och patientsäkerhet beaktades i ledningsstrukturerna och ansvaren, vilket genomfördes i 15 områden. Det samma gäller hur principerna för

kontinuerlig förbättring hade beaktats och dokumenterats i utvecklingen av verksamheten, vilket genomfördes i 18 områden.

Organisationsmodeller och ledningsstrukturer som stärker ledningen, uppföljningen och utvecklingen av klient- och patientsäkerheten hade införts i 14 områden. Detta hade förbättrats från föregående år, då motsvarande siffra var 10.

Bäst genomfördes åtgärden ”I sina personalresurser beaktar serviceproducenterna ett tillräckligt expertstöd för serviceenheter för att kontinuerligt förbättra säkerheten”. Totalt 17 områden uppgav att den hade genomförts helt och även de övriga områdena (n = 6) delvis.

Bedömning av säkerhetssystemet har knappt genomförts alls, för en enda organisation rapporterade att det hade gjorts 2025. Här hade det inte skett någon förbättring från föregående år.

Under 2025 har den regelbundna uppföljningen av säkerhetskulturen och publiceringen av resultaten gått framåt en aning sedan föregående år, för nu hade det genomförts i lite över hälften (n = 13) av områdena. Föregående år genomfördes det i bara omkring hälften (n = 11) av områdena. År 2024 hade 7 områden ingen uppföljning, men 2025 hade antalet sjunkit till 5.

Användningen och utvecklingen av förfaranden som stärker säkerheten vid övergångar på servicestigar hade inte förändrats sedan föregående år, för det genomfördes i ungefär hälften (n = 11) av områdena.

En stor förbättring från föregående år skedde i fråga om åtgärden ”Serviceenheterna sätter in arbetstagnarna genast i början av anställningsförhållandet i en konfidentiell verksamhetsmiljö, förfaranden och skydd som tryggar säkerheten, anmälningsförfaranden för farliga situationer och negativa händelser och lärande av dem i en öppen atmosfär som inte skuldbelägger samt ett multiprofessionellt arbetssätt.” Innehållen i introduktionsprogrammen hade kompletterats i klart över hälften (n = 15) av områdena och delvis i 8 områden. Antalet serviceenheter som följer ett introduktionsprogram hade uppföljts i 14 områden och delvis i 9 områden.

En klar förbättring skedde också inom åtgärden ”Serviceenheterna erbjuder chefer och arbetstagare fortbildning om mänskliga faktorer påverkan, kommunikation, teamarbete och andra arbetslivsfärdigheter som stärker säkerheten samt om säkerhetskulturen”. Utbildningar om arbetslivsfärdigheter och säkerhetskultur för chefer och arbetstagare hade erbjudits i 17 områden och delvis i 6 områden.

Spets 4 – Vi förbättrar det som redan finns

För spets 4 utvärderades sammanlagt 52 uppgifter, av vilka 17 inom mål 4.1, 20 inom mål 4.2 och 15 inom mål 4.3. De uppgifter som utvärderades finns på sidan 58–72 i [strategins handlingsprogram](#).

4.1 Vi ökar läkemedelsbehandlings säkerhet genom gemensamma rutiner

| Tavoite 4.1 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 70 % | 81 % | 85 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 70 % | 72 % | 100 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 80 % | 88 % | 61 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 50 % | 78 % | 93 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 65 % | 74 % | 79 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 50 % | 48 % | 81 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 60 % | 54 % | 90 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 45 % | 84 % | 88 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 50 % | 52 % | 70 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 65 % | 81 % | 85 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 70 % | 88 % | 95 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 60 % | 73 % | 80 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 80 % | 78 % | 88 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 75 % | 94 % | 93 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 66 % | 63 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 50 % | 38 % | 80 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 70 % | 72 % | 75 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 90 % | 100 % | 95 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 60 % | 78 % | 68 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 75 % | 81 % | 88 % |
| Lapin hyvinvointialue | 70 % | 70 % | 73 % |
| Helsingin kaupunki | 85 % | 77 % | 86 % |
| HUS | 90 % | 88 % | 100 % |
| Keskiarvo | 67 % | 75 % | 83 % |

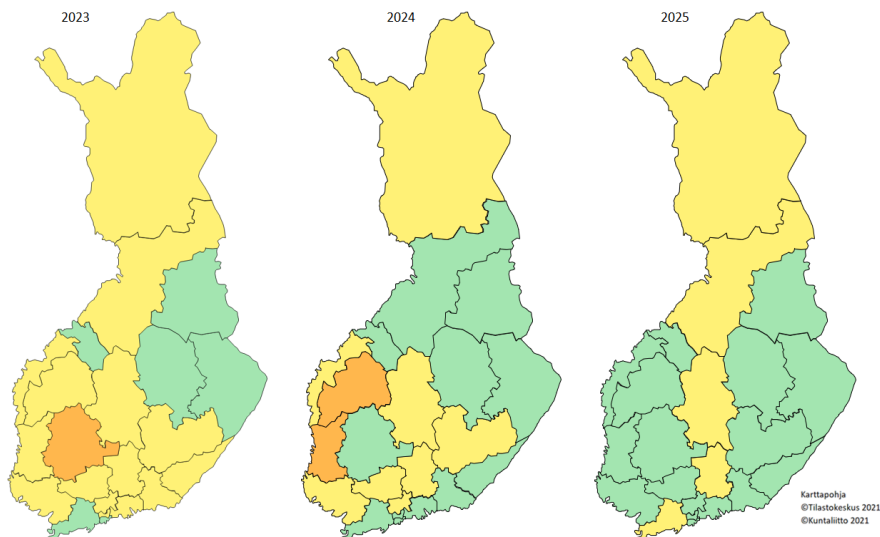


Bild 11. Tabell och karta över genomförandet av mål 4.1 i varje område 2023, 2024 och 2025.

I sin helhet uppnåddes mål 4.1 till 83 procent år 2025.

Anmärkningsvärt är att åtgärden ”Serviceanordnaren övervakar läkemedelsbehandlingsplanernas och deras efterlevnads ändamålsenlighet i sina serviceenheter och i köpta tjänster som anskaffats från privata tjänsteproducenter” redan genomfördes helt i alla 23 områden. Likaså har tryggheten av en säker läkemedelsbehandling planerats och beskrivits och ansvaret har fördelats i alla 23 områden.

I nästan alla områden (n = 20) inkluderade arbetsgrupperna för säker läkemedelsbehandling också alla yrkesgrupper som deltar i läkemedelsbehandlingen. Användningen av handlingsmodeller för säker läkemedelsbehandling genomförs via egenkontroll i 21 områden och delvis i 2 områden.

De serviceenheter och serviceformer som drar nytta av stöd inom klinisk farmaci hade identifierats i 17 områden. Däremot var det endast 7 områden som hade tryggt tillgången till stöd inom klinisk farmaci vid de serviceenheter som har konstaterats dra nytta av dessa tjänster inom välfärdsområdet. På båda punkterna hade det skett en liten förbättring jämfört med 2024.

Proaktiva riskhanteringsförfaranden hade identifierats och beskrivits i planen för läkemedelsbehandling i 21 områden och införts i 18 områden. I fråga om planeringen och genomförandet av multiprofessionella bedömningar av läkemedelsbehandlingen finns mycket att förbättra, för endast 7 områden hade gjort upp en sådan plan och bara 4 områden rapporterade att en multiprofessionell bedömning av läkemedelsbehandlingen har gjorts. Över hälften av områdena hade genomfört planen och bedömningen delvis. Det var ändå en viss förbättring från föregående år.

Åtgärden ”Klienten, patienten och närstående är aktiva och centrala aktörer vid ett tryggt genomförande av läkemedelsbehandling” hade gått framåt en aning från föregående år. År 2024 uppgav klart

över hälften av områdena (n = 16) att kommunikationsprodukter för läkemedelsanvändare och yrkespersoner, t.ex. evenemang, utbildningar och skriftligt kommunikationsmaterial, hade producerats och att klienter och patienter hade uppmanats anmäla negativa händelser och farliga situationer som gäller läkemedelsbehandling. År 2025 hade 18 områden erbjudit kommunikationsprodukter och evenemang. Samtidigt rapporterade 19 områden att klienter och patienter hade uppmanats anmäla farliga situationer som gäller läkemedelsbehandling.

4.2 Vi sörjer för säkerheten vid användning av utrustning och informationssystem

| Tavoite 4.2 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 75 % | 85 % | 95 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 50 % | 66 % | 75 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 63 % | 95 % | 82 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 50 % | 57 % | 83 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 67 % | 87 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 75 % | 76 % | 83 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 63 % | 74 % | 78 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 38 % | 36 % | 53 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 75 % | 80 % | 78 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 38 % | 58 % | 83 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 93 % | 95 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 75 % | 73 % | 85 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 75 % | 95 % | 93 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 63 % | 78 % | 95 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 50 % | 53 % | 75 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 63 % | 22 % | 85 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 80 % | 82 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 63 % | 76 % | 95 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 75 % | 41 % | 59 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 88 % | 84 % | 88 % |
| Lapin hyvinvointialue | 63 % | 43 % | 52 % |
| Helsingin kaupunki | 63 % | 80 % | 92 % |
| HUS | 100 % | 83 % | 94 % |
| Keskiarvo | 64 % | 69 % | 82 % |

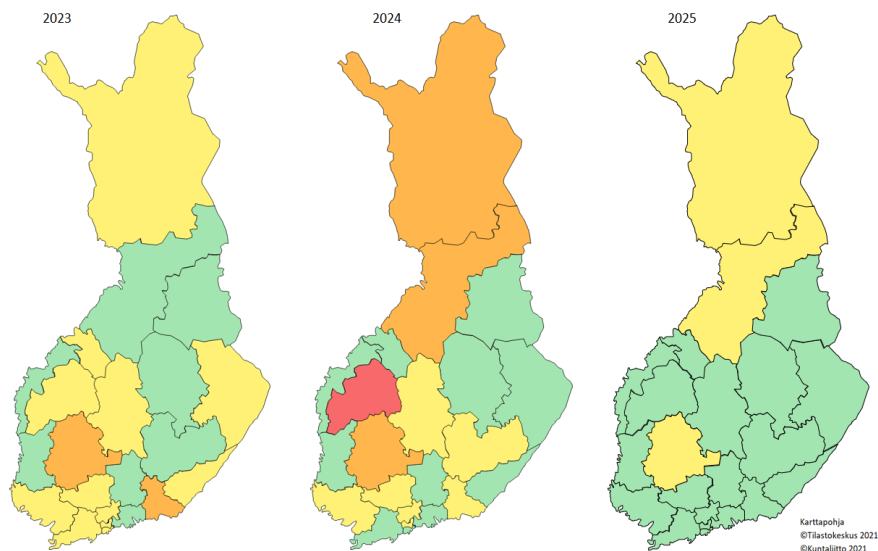


Bild 12. Tabell och karta över genomförandet av mål 4.2 i varje område 2023, 2024 och 2025.

Inom mål 4.2 fanns det under 2025 tre punkter som utvärderades för första gången. I sin helhet har genomförandet framskridit mycket från de föregående åren och uppgick till 82 procent under 2025.

En plan för medicinteknisk säkerhet hade uppgjorts och genomförandet av den uppföljdes inom planen för egenkontroll i 14 områden och delvis i 8 områden. Ett kontrollsystem för medicintekniska produkters spårbarhet hade införts i 15 områden och delvis i 8 områden. Programmet för egenkontroll hade försetts med en beskrivning av processen för hantering av medicintekniska produkter i 18 områden. Anmärkningsvärt är att alla områden (n = 23) hade utsett en ansvarsperson för yrkesmässiga användare. Enheternas medicintekniska ansvarspersoner hade fått introduktion i 20 områden och delvis i 3 områden.

Också tryggheten av den medicintekniska kompetensen bör vidareutvecklas, även om framsteg har skett jämfört med de föregående åren. En plan för upprätthållande av medicinteknisk kompetens hade uppgjorts i lite över hälften (n = 12) av områdena och delvis i 10 områden.

Utbildning om medicinteknisk säkerhet och regelbunden uppföljning av den ingick i egenkontrollen i 12 områden och delvis i 10 områden. Utbildning om mänskliga faktorer betydelse för den medicintekniska säkerheten hade ordnats i bara 9 områden och delvis i 11 områden. Utbildning om hantering av tillbud och om rapporteringsförfarandena ordnades regelbundet i nästan alla områden (n = 22). Rapporter om tillbud behandlades regelbundet inom egenkontrollen i 14 områden och delvis i 9 områden.

Medicintekniska produkter med hög risk hade definierats och utbildning hade ordnats i enlighet med planen för upprätthållande av medicinteknisk kompetens i 14 områden och delvis i 9 områden. Användningen av kompetenskriterier för medicinteknisk säkerhet uppföljdes i 12 områden. Behovet av medicinteknisk kompetens hade fastställts utgående från risken vid användning i cirka hälften (n = 11) av

områdena och delvis i 10 områden. I 2 områden hade ingen dokumentering gjorts. Personalens medicintekniska kompetens hade dokumenterats i 13 områden och delvis i 7 områden.

Resultaten för mål 4.2.9 och 4.2.13 torde förklaras av att utgivningen av SHM:s handbok ”Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö - opas osaamisen varmistamiseen” blev försenad från den ursprungliga tidsplanen. Därmed kanske alla inte har hunnit genomföra de åtgärder som hör ihop med handbokens innehåll. Det behövs mer information och utbildning om användningen av handboken, även om det har ordnats i viss utsträckning under 2025.

Under 2025 fortsatte en del av de personer som tidigare medverkat i strategigruppen och de sakkunniga från Nätverket för medicinteknisk säkerhet sammanställa Beskrivningen av hur man utarbetar en plan för medicinteknisk säkerhet. Beskrivningen publicerades i september och den har presenterats vid en träff för Nätverket för medicinteknisk säkerhet och under en kvalitetsutbildning inom HUS. Som bilaga till beskrivningen finns en modell för planen för medicinteknisk säkerhet och en uppgiftbeskrivning för den ansvariga personen för den yrkesmässiga användaren. Medicinteknisk säkerhet diskuterades också vid MedTech Finlands webinarium Terveysteknologian sääntely och i en artikel i en facktidskrift. Kortet för medicinteknisk säkerhet förnyades och distribuerades.

4.3 Vi förenhetligar god infektionsbekämpningspraxis

| Tavoite 4.3 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Itä-Uudenmaan hyvinvointialue | 75 % | 78 % | 100 % |
| Keski-Uudenmaan hyvinvointialue | 55 % | 42 % | 75 % |
| Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue | 85 % | 95 % | 65 % |
| Vantaan ja Keravan hyvinvointialue | 80 % | 62 % | 73 % |
| Varsinais-Suomen hyvinvointialue | 80 % | 86 % | 98 % |
| Satakunnan hyvinvointialue | 65 % | 79 % | 78 % |
| Kanta-Hämeen hyvinvointialue | 75 % | 78 % | 82 % |
| Pirkanmaan hyvinvointialue | 50 % | 80 % | 78 % |
| Päijät-Hämeen hyvinvointialue | 50 % | 77 % | 89 % |
| Kymenlaakson hyvinvointialue | 5 % | 64 % | 77 % |
| Etelä-Karjalan hyvinvointialue | 60 % | 98 % | 96 % |
| Etelä-Savon hyvinvointialue | 50 % | 78 % | 78 % |
| Pohjois-Savon hyvinvointialue | 80 % | 96 % | 94 % |
| Pohjois-Karjalan hyvinvointialue | 50 % | 80 % | 100 % |
| Keski-Suomen hyvinvointialue | 100 % | 89 % | 90 % |
| Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue | 85 % | 71 % | 81 % |
| Pohjanmaan hyvinvointialue | 90 % | 69 % | 77 % |
| Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue | 80 % | 85 % | 96 % |
| Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue | 55 % | 77 % | 83 % |
| Kainuun hyvinvointialue | 70 % | 84 % | 95 % |
| Lapin hyvinvointialue | 80 % | 84 % | 89 % |
| Helsingin kaupunki | 60 % | 67 % | 76 % |
| HUS | 55 % | 100 % | 88 % |
| Keskiarvo | 67 % | 79 % | 85 % |

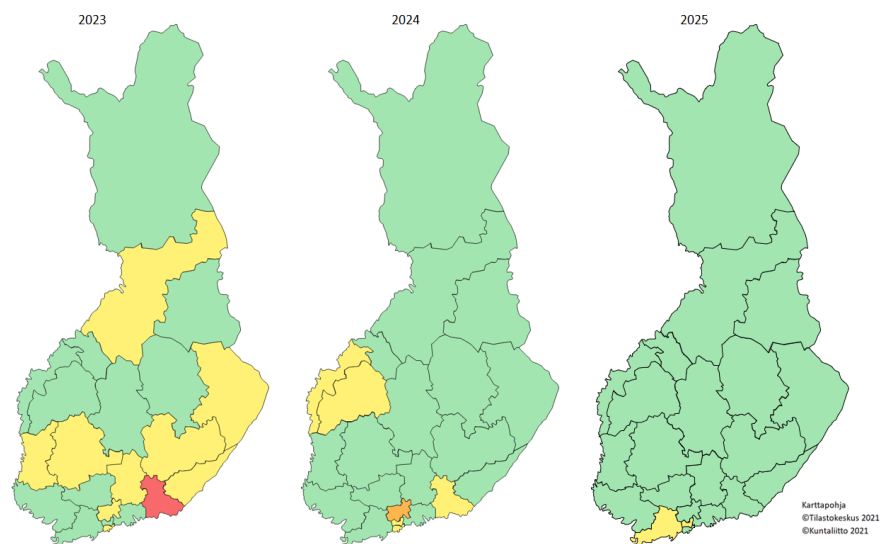


Bild 13. Tabell och karta över genomförandet av mål 4.3 i varje område 2023, 2024 och 2025.

I sin helhet genomfördes mål 4.3 till 85 procent år 2025, vilket var 6 procentenheter mer än föregående år. Utvecklingen förklaras av att välfärdsområdenas tillvägagångssätt har utvecklats, men också av nätverkande, diskussion och samarbete på nationell nivå.

Förändring i positiv riktning hade skett inom flera åtgärder, men särskilt i fråga om att områdena fastställer vilka indikatorer varje enhet ska följa med. Det hade redan genomförts i 18 områden och delvis i

3 områden, medan motsvarande siffror för 2024 var 8 och 12. Indikatorerna för infektionsbekämpning har följts regelbundet i 13 områden och delvis i 9 områden.

Ansvar, roller och uppgiftsbeskrivningar för infektionsbekämpningen har fastställts helt inom 20 områden och delvis inom 3 områden. Ett system för uppföljning av vårdrelaterade infektioner och epidemier på vårdinrättningar användes i de flesta områden (n = 21). Områdena hade utbildningsmaterial om infektionsbekämpning tillgängligt för alla yrkespersoner (n = 23). Därtill fanns anvisningar om infektionsbekämpning tillgängliga för alla serviceproducenter i de flesta områden (n = 23). De goda resultaten förklaras av det redan tidigare fanns starka strukturer för infektionsbekämpning inom välfärdsområdena. I många områden var infektionsbekämpningen redan centraliserad och det fanns redan strukturer som stöder en enhetlig praxis.

Användningen av en digital utvärderingsblankett för bedömning av åtgärderna för infektionsbekämpning hade framskridit bra från föregående år. År 2024 användes en utvärderingsblankett i 9 områden och delvis i 4 områden. År 2025 användes den i 14 områden och delvis i 4 områden.

I upphandlingsavtal beaktades rutinerna för infektionsbekämpning (inkl. stödtjänster) i mindre än hälften (n = 10) av områdena och delvis i 9 områden.

Målet för strategigrupp 4.3 var att förenhetliga befintlig god infektionsbekämpningspraxis och stötta välfärdsområdena i en systematisk infektionsbekämpning. Tillsammans med organisationerna fortsatte diskussionen om hur man kan informera serviceanvändarna om infektionsbekämpningen. Man kom överens om att skriva en artikel om infektionsbekämpning, som publicerades i tidningen Infektioidentor-junta 4/2025. Samma artikel kan publiceras också i organisationernas egna publikationer.

Strategigruppen informerade om sin verksamhet bland annat genom att ordna ett No Harm-webbinarium om infektionsbekämpning i maj 2025 och hålla anföranden vid nationella utbildningsevenemang angående färdiga verktyg, målen i strategin och uppgifterna inom mål 4.3.

Verktyget "Beskrivning av indikatorer för bekämpning av vårdrelaterade infektioner" är en av uppgifterna inom mål 4.3.6 där man eftersträvar enhetliga uppföljnings- och rapporteringsförfaranden för områdena. Beskrivningen publicerades våren 2025 och användes helt eller delvis inom 91 procent av områdena i slutet av 2025. I beskrivningen sammanställdes beprövade infektionsbekämpningsindikatorer och indikatorer som är under utveckling. Indikatorerna är avsedda för lokal uppföljning av välfärdsområdenas egen uppföljning och för utveckling av rapporteringen utifrån de egna behoven. Beskrivningen är avsedd för välfärdsområdenas infektionsbekämpningsenheter.

Strategigruppen har samlat hygienskötare från välfärdsområdena i en arbetsgrupp som sammanställer nätutbildningsmaterial för ThingLink-lärplattformen. Materialet är snart färdigt. Arbetet har fördröjts eftersom områdenas resurser och infektionsepidemier har påverkat den tillgängliga arbetstiden. I nätutbildningsmaterialet ingår en beskrivning av kompetensnivån för olika miljöer och uppgifter inom social- och hälsovården. Utarbetandet av nätutbildningsmaterial fortsätter under hela strategiperioden

i samarbete med sakkunniga från välfärdsområdena. I början av 2026 publiceras ett introduktionsmaterial om infektionsbekämpning, vilket kan användas också vid introduktionen för hygienkontaktpersoner.

Infektionssäkerheten är en central del av klient- och patientsäkerheten. Vårdrelaterade infektioner belastar servicesystemet och orsakar mänskligt lidande. Arbetet för att förenhetliga infektionsbekämpningspraxisen har inletts, men det tar tid att etablera den i praktiken. Detta bör främjas under kommande strategiperioder, för samarbetet behöver understödjas via nationell samordning.

5 SAMMANFATTNING AV GENOMFÖRANDET OCH FÖRBEREDELSE INFÖR NÄSTA STRATEGI

Under 2022–2025 har Social- och hälsovårdsministeriet och Klient- och patientsäkerhetscentret och dess samarbetsnätverk arbetat systematiskt för att nå målen i Klient- och patientsäkerhetsstrategin och dess genomförandeplan. Arbetet har gjorts i nära samarbete med välfärdsområdena, tjänsteproducenter, expertorganisationer och andra berörda grupper.

Välfärdsområdena, HUS och Helsingfors stad har aktivt förbundit sig att producera och sammanställa uppgifter om genomförandet av strategin med hjälp av självutvärderingsverktyget. Det här arbetet har spelat en central roll för utformningen av en nationell lägesbild.

Genomförandet av strategin har fortsatt i stabil och positiv takt under 2025. Den genomsnittliga genomförandegraden för strategispetsarna var 78 procent, med en relativt liten variation på 73–83 procent. Det visar att genomförandet av strategin framskrider i jämn och systematisk takt och att inga enskilda strategispetsar släpar efter de övriga. Genomförandegraden för enskilda mål varierade mellan 68 och 87 procent.

Mellan områdena finns fortfarande skillnader i fråga om genomförandet av strategin: genomförandegraden för olika områden varierade mellan 60 och 93 procent. Skillnaderna återspeglar framför allt områdenas olika utgångslägen och strukturella förutsättningar samt resurserna för och organiseringen av genomförandet. Man bör notera att vissa välfärdsområden medvetet har arbetat med genomförandet av strategin stegvis, med olika strategiska prioriteringar under olika år. Det kan på kort sikt se ut som om genomförandet framskrider långsammare, även om det i sin helhet framskrider systematiskt och på ett sätt som stöder målen i strategin.

Utgående från områdenas självutvärderingar verkar målen för säkerställande av säkerhetskompetensen (mål 2.1) och förbättring av säkerhetskulturen (mål 3.3) ha genomförts sämst, precis som föregående år. I sin kommentar om rapporten konstaterar Fimea att det här enligt deras observationer syns också i att tillbud gällande medicintekniska produkter noteras och rapporteras i varierande grad samt i att utbildning om användningen av medicintekniska produkter inte ingår systematiskt i studierna för olika examina.

Det är en anmärkningsvärd observation, eftersom forskning visar att patient- och klientsäkerhetskulturen har ett klart samband med vårdens kvalitet, patientresultaten och förekomsten av negativa händelser. En systematisk kontroll av säkerhetskompetensen är också en central förutsättning för att säkra tillvägagångssätt ska bli etablerade, eftersom utbildning och kompetensutveckling har konstaterats ha positiva effekter på de professionellas säkerhetskompetens, attityder och praktiska arbete. Utgående

från de här observationerna har förstärkning av säkerhetskulturen och säkerställande av säkerhetskompetensen getts en central roll också vid planeringen av följande klient- och patientsäkerhetsstrategi.

År 2025 inleddes planeringen av klient- och patientsäkerhetsstrategin 2027–2031 genom att sammanställa och analysera finländsk och internationell bakgrundsinformation samt bedriva ett omfattande och inkluderande samarbete med intressentgrupper. Strategiarbetet fördes vidare via verkstäder, intressentgruppträffar, webbenkäter och en plattform för samutveckling. Under planeringsarbetet hördes centrala aktörer samt klienter och patienter. Arbetet fortsätter under 2026 och den nya klient- och patientsäkerhetsstrategin ska vara färdig för användning vid ingången av 2027.

BILAGA 1. Användningen av första skedets kvantitativa indikatorer inom områdena.

Konsensusgruppen för klient- och patientsäkerhetsindikatorer har sedan 2023 arbetat för utvecklingen av gemensamma nationella kvantitativa jämförelseindikatorer för klient- och patientsäkerhet. Våren 2024 publicerade gruppen en gemensam syn på första skedets kvantitativa indikatorer. En enkät om användningen av indikatorerna skickades till områdena sommaren 2024 och på nytt hösten 2025. I tabellen nedan finns en sammanställning av svaren på vardera enkäten.

Användningen varierande mellan de olika indikatorerna. Alla områden som besvarade enkäten använde ”Till Fimea rapporterade tillbud vid användning av medicintekniska produkter”. Det förklaras av att rapporteringen är lagstadgad. I sin kommentar om den här rapporten påpekar Fimea utifrån sina tillsynsobservationer att rapporteringen ändå inte genomförs systematiskt i alla organisationer. Alla känner inte till vad som räknas som medicintekniska produkter, vilket kan leda till en underrapportering av tillbud.

Användningsgraden var hög även för indikatorerna för vårdrelaterade infektioner med positiv blododling, för tillbud med anknytning till klient- och patientdatasystem samt för fallolyckor bland klienter och patienter. Minst användes precis som föregående år indikatorer för läkemedel som kunde undvikas för äldre personer samt indikatorer för dödlighet. Gällande checklisten för operationsteam meddelade tre områden att de inte tänker införa den. Det beror på speciallösningen i Nyland, där operationsverksamheten har centraliserats.

Vid tolkningen av resultaten bör man också beakta följande faktorer. Till exempel angående vårdrelaterade infektioner med positiv blododling kan området samla in uppgifter regelbundet, men kanske inte relaterar antalet till tusen vård dagar. I ett område används checklisten för operationsteam, men rapporteringen baserar sig på ett sampel delvis på grund av byte av klient- och patientdatasystem. I fråga om personalens influensavaccintäckning påpekade ett område att arbetstagarna inte har någon skyldighet att dokumentera vaccinationen i systemet, även om arbetsgivaren rekommenderar det.

Tabell 3. Tabell över användningen av kvantitativa klient- och patientsäkerhetsindikatorer sommaren 2024 och hösten 2025.

| | On jo käytössä | | Käyttöönotto käynnissä | | Ei ole käytössä | | Ei oteta käyttöön | |
|--|----------------|------------|------------------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|
| | Vuosi 2024 | Vuosi 2025 | Vuosi 2024 | Vuosi 2025 | Vuosi 2024 | Vuosi 2025 | Vuosi 2024 | Vuosi 2025 |
| Hoitoon liittyvät veriviljelypositiiviset infektiot / 1000 hoitopäivää (ESH) | 86 % | 81 % | 0 % | 5 % | 5 % | 5 % | 10 % | 10 % |
| Käsihuuhdekulutus (ESH, PTH) | 76 %* | 76% * | 5 % | 10 % | 10 % | 14 % | 10 % | 0 % |
| Virtsatieinfektio, % (RAI-mittari) (SH) | 57 % | 57 % | 14 % | 19 % | 29 % | 19 % | 0 % | 5 % |
| Ei influenssarokotusta, % (asiakkaiden influenssarokotuskattavuus), RAI-mittari (SH) | 43 % | 57 % | 14 % | 14 % | 43 % | 24 % | 0 % | 5 % |
| Hoitohenkilökunnan influenssarokotuskattavuus (%) (PTH, ESH, SH) | 57 % | 52 % | 19 % | 19 % | 24 % | 19 % | 0 % | 10 % |
| Vältettäviiä lääkkeitä (korvattavat ja ei-korvattavat reseptiläkkeet) hankkineet 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä (PTH, SH) | 14 % ** | 14 % | 19 % | 24 % | 67 % | 52 % | 0 % | 10 % |
| Etäpalvelusta / etävastaanotosta / digi- tai eHealth kontekstista aiheutunut vaaratapahtuma (ESH, PTH, SH) | 60 % | 71 % | 25 % | 19 % | 15 % | -10 % | 0 % | 0 % |
| Fimealle ilmoitetut laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanteet (ESH, PTH, SH) | 100 % | 100 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Potilas- ja asiakastietojärjestelmiin liittyvät vaaratilanteet (ESH, PTH, SH) | 80 % | 86 % | 10 % | 14 % | 10 % | 0 % | 0 % | 0 % |
| Hoidon / palvelun aikana potilaille ja asiakkaille tapahtuneet haittaa aiheuttaneet kaatumiset ja putoamiset (ESH, PTH, SH) | 76 % | 86 % | 10 % | 5 % | 10 % | 10 % | 0 % | 0 % |
| Kuolleisuus, % (stroke, sepelvaltimokohtaus, lonkkamurtuma) (ESH, PTH) | 40 % | 38 % | 10 % | 14 % | 50 % | 48 % | 0 % | 0 % |
| Leikkauksiin tarkistuslistan käyttö leikkauksissa (ESH) | 52 % | 62 % | 10 % | 14 % | 19 % | 10 % | 19 % | 14 % |

Vuonna 2024 kyselyn vastasi 20-21 aluetta (riippuen mittarista)
 * Yhdessä vastauksessa käytössä vain esh:ssa, ** Yhdessä vastauksessa käytössä vain pth:ssa
Vuonna 2025 kyselyn vastasi 21 aluetta
 * Yhdessä vastauksessa käytössä vain esh:ssa

BILAGA 2. Träffar med intressentgrupper 2025*

| Datum | Med vem |
|----------------------|--|
| 14.1 | Finlands Läkartidning |
| 14.3, 22.4 och 27.10 | Centret för verkningsfullhet |
| 17.3 och 18.9 | Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira |
| 19.3, 29.8 och 13.10 | Finlands Läkarförbund |
| 28.4, 21.8 och 10.9 | Stiftelsen för vårdforskning HOTUS |
| 22.5 och 17.12 | Duodecim/God medicinsk praxis |
| 11.6, 2.9 och 13.10 | Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab |
| 22.8, 1.10 och 10.10 | Finansministeriet |
| 27.8 och 28.10 | Folkpensionsanstalten FPA |

*I tabellen ingår inte träffar med THL, Fimea, STUK och andra aktörer eftersom de i regel gällde projektet för smart förnyelse av förfarandena för anmälning av negativa händelser och farliga situationer.

BILAGA 3. Nationella rundabordssamtal och deltagare 2025.

| Klient- och patientsäkerheten är vår gemensamma angelägenhet 26.11 | Klient- och patientsäkerhet är ledarskapshandlingar 2.12 | Klient- och patientsäkerheten är en hederssak för de professionella 4.12 |
|--|---|---|
| A-kiltojen liitto Diabetesförbundet i Finland rf Förebyggande rusmedelsarbetet EHYT rf Förbundet för mödra- och skyddshem FinFami rf: Centralförbundet för anhörigas stöd för mentalvården Invalidförbundet Centralförbundet för barnskydd rf Kvinnolinjen i Finland rf Nyyti ry: Arbete för mental hälsa bland studerande Soste Finlands Hjärtförbund rf Cancerorganisationerna Befolkningsförbundet Äldreombudsmannen | Från välfärdsområdena: - innovationsdirektörer - utvecklingsdirektörer - strategidirektörer - professionsdirektörer - servicelinjedirektörer - sektordirektörer | Finlands Apotekareförbund Finlands Farmaciförbund Finlands Fysioterapeuter Professionsledare inom vårdarbete rf Finlands Tandläkarförbund Jytys bransch nätverk för social- och hälsovårdsområdet Rehabiliteringshandledare Finlands Läkarförbund Finlands Medicinarförbund Finlands Provisorförening Finlands Talterapeutförbund Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf Fackorganisationen för högutbildade inom socialbranschen Talentia rf Tehy Finlands Hälsovårdarförbund Duodecim/Oppiportti Stiftelsen för vårdforskning HOTUS Utbildningsorganisationer, inkl. yrkeshögskolor och Soteliika-nätverket Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf |

Källor:

WHO 2024. Global Patient Safety Report 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>

WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>