



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Oma- valvontaohjelman seurantaraportti

1-12/2024

KEUSOTE.FI

Omavalvontaohjelman raportointi

Raportin tausta

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (26 § 4 mom.) ”Omavalvontaohjelma sekä omavalvontaohjelman toteutumisen seurantaan perustuvat havainnot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet on julkaistava neljän kuukauden välein julkisessa tietoverkossa tai muilla niiden julkisuutta edistävillä tavoilla.”
- Keusoten laatujärjestelmä perustuu SHQS-standardiin (Social and Health Quality Standard).
- Raportin sisältö, laajuus ja ulkoasu muuttuvat osana tiedolla johtamisen kehittymistä. Tavoitteena on automatisoida raporttien päivittäminen ja julkaisu.
- Tietoa hyvinvointialueen toiminnasta on saatavilla Keusoten julkisilta keusote.fi -verkkosivuilta

Raportin sisältö

- Raportti koostuu hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa ja sen liitteenä olevasta Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa määritetyistä osa-alueista ja tavoitteista, joita seuraamalla voidaan varmistaa hyvinvointialueen palvelujen järjestämisen laatu ja lainmukaisuus.
- Osa-alueita ovat
 - Omavalvonta
 - Saatavuus
 - Jatkuvuus
 - Turvallisuus ja laatu
 - Asiakaskokemus ja osallisuus
 - Työelämän laatu (henkilöstö)
 - Yhdenvertaisuus
 - Vaikuttavuus
- Käsitteet on avattu seuraavassa diassa.

Keskeiset käsitteet

Omavalvonta

Omavalvonta on keino parantaa hoidon ja palvelun laatua sekä asiakkaiden ja potilaiden oikeusturvaa. Omavalvonnan tarkoituksena on varmistaa, että asiakas ja potilas saa lakisääteistä ja laadukasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Se on päivittäisessä toiminnassa elävä toimintakulttuuri, joka sisältää lakisääteisen velvollisuuden lisäksi seurantajärjestelmän palveluiden kehittämisen, laadun varmistamisen ja johtamisen tueksi.

Omavalvontaohjelma

Strateginen järjestäjän dokumentti, jonka tehtävänä on varmistaa hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutuminen. Ohjelma sisältää kuvauksen hyvinvointialueen valvonnan kokonaisuudesta, yksityisten ja omien yksiköiden valvonnan ja ohjauksen keinot sekä kuvauksen miten omavalvonta on hyvinvointialueella järjestetty. Toimii ohjaavana dokumenttina omavalvontasuunnitelmiin nähden.

Työelämän laatu

Keusoten strategisena tavoitteena on olla arvostettu ja vetovoimainen työpaikka, jossa onnistutaan yhdessä ja työelämän laatu koetaan hyväksi. Hyvinvoivalla henkilöstöllä varmistetaan laadukkaat ja turvalliset palvelut.

Saatavuus

Saatavuudella tarkoitetaan tilaa, jossa asukkaan tarpeisiin vastaavia sosiaali- ja terveyspalveluja on riittävästi tarjolla ja oikea-aikaisesti käytettävissä. Palvelujen saavutettavuus on osa saatavuutta. Saavutettavuudella tarkoitetaan palvelujen sopivuutta kaikille käyttäjille ja niiden saatavilla oloa asukkaan yksilölliset tarpeet huomioiden.

Jatkuvuus

Jatkuvuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta hoidon ja palvelujen jatkuvuutta. Palveluketjujen sujuvuudella tarkoitetaan hoito- ja palvelusuhteen sekä siihen liittyvän vuorovaikutuksen jatkuvuutta. Tiedonkulun jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että palvelunkäyttäjää koskeva tieto siirtyy katkeamatta eri palveluntarjoajien järjestelmästä toiseen.

Turvallisuus ja laatu

Järjestämisvastuun toteutumisen varmistamiseksi seurannassa huomioidaan sosiaali- ja terveyspalveluihin sovellettavat lakisääteiset laatu- ja turvallisuusvaatimukset ja määritelmät. Turvallisuuden ja laadun omavalvonnalla varmistetaan toiminnan jatkuvan kehittämisen ja riskienhallinnan toteutumista.

Vaikuttavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla aikaansaatu positiivinen muutos ihmisen terveydentilassa, toimintakyvyssä, hyvinvoinnissa tai elämänlaadussa. Myös edellä mainittujen heikkenemisen ehkäiseminen. Kustannusvaikuttavuus on sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden suhde sen aikaansaamiseksi käytettyihin resursseihin. Arkikielessä vaikuttavuudelle tarkoitetaan usein kustannusvaikuttavuutta.

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan asukkaiden näkökulmasta mm. palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta sekä toteutumista huomioiden asukkaiden kielelliset oikeudet sekä sukupuolten sekä vähemmistöjen tasa-arvon edistäminen. Yhdenvertaisuuden toteutumista tulee tarkastella yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta järjestämisvastuun toteutumisen varmistamiseksi.

Asiakaskokemus ja osallisuus

Asiakaskokemustietoa hyödynnetään palvelujen ja asiakasprosessien kehittämisessä. Osallisuuden vahvistaminen tukee asiakaslähtöisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista. Keusoten osallisuusohjelmassa määritellään, mitä osallisuudella tarkoitetaan ja nimetään tavoitteet osallisuuden edistämiseksi.

Oma- valvonta

- Palveluntuottajien valvonnan toteutuminen, havainnot ja toimenpiteet
- Itsearviointien toteutuminen ja havainnot
- Ulkoisten auditointien tulokset

Rajattujen lääkevarastojen valvonta



- Keusoten alueella oli vuonna 2024 yhteensä kahdeksan lääkelain (395/1987) 68 § mukaista sosiaalihuollon palveluasumisen yksikön rajattua lääkevarastoa. Kaikki varastot sijaitsivat Keusoten omissa yksiköissä.
- Rajattujen lääkevarastojen vuotuiset tarkastuskäynnit on toteutettu lääkeasetuksen (693/1987) 31 c§:n mukaisesti elo-marraskuun aikana.

	1	2	KA	N
1. Hyvinvointialueen ja tarkastettavan toimintayksikön tiedot	0	0	0	0
⊕ 2. Rajatun lääkevaraston vastuhenkilö	0	8	2	8
⊕ 3. Rajatun lääkevaraston ylläpito ja rajatun lääkevaraston käyttö	14	2	1.12	16
⊕ 4. Lääkehoidon toteuttaminen, henkilöstö	7	9	1.56	16
⊕ 5. Lääkevarasto	28	28	1.5	56
⊕ 6. Rajatun lääkevaraston lääkevalikoima	5	11	1.69	16
⊕ 7. Lääkäripalvelut	2	6	1.75	8
⊕ 8. Hyvinvointialueen aiemmat tarkastukset	0	8	2	8
9. Hyvinvointialueen johtopäätös rajatun lääkevaraston tarkastuksesta	0	0	0	0

1 = ei toteudu
2 = toteutuu

Kuva 1. Koonti rajattujen lääkevarastojen valvontakriteerien toteutumisesta vuonna 2024

Rajatun lääkevaraston tarkastushuomiot:

Pääosin toteutuu

- Rajatulla lääkevarastolla on lainmukainen vastuuhenkilö, jolla on riittävä koulutus ja osaaminen (8/8)
- Rajatun lääkevaraston lääkevalikoima on rajoitettu lääkevalmisteisiin, jotka vastaavat asiakkaiden ennakoimattomia ja äkillisiä lääkehoidon tarpeita ja joita tarvitaan tilanteissa, joissa asiakkaan tiedossa oleva sairaus tai tila pahenee ja edellyttää nopeaa lääkehoitoa (8/8)
- Lääkehoitosuunnitelmassa mainittu henkilöstön määrä ja osaamistaso vastaavat varastoon määrättyjä lääkkeitä (8/8)
- Rajatussa lääkevarastossa olevat lääkkeet tarkastetaan säännöllisesti (7/8)
- Rajatussa lääkevarastossa ei ole vanhentuneita tai muuten käyttöön soveltumattomia lääkkeitä (7/8)
- Rajattuun lääkevarastoon on tilattu ja lääkevarastosta on käytetty lääkkeitä, jotka kuuluvat lääkevalikoimaan, joka on määritetty lääkehoitosuunnitelmassa. Rajattu lääkevarasto ei saa sisältää laskimonsisäisesti (i.v.) annosteltavia lääkevalmisteita, eikä antibiootteja, silmätippoja lukuun ottamatta (7/8)

Rajatun lääkevaraston tarkastushuomiot:

Toteutumisessa vaihtelua

- Rajatun lääkevaraston käyttöä asiakkaan lääkehoitoon ei kirjata asiakastietoihin (6/8) **todennäköisesti kaikki, tämä ei tullut esiin 2. ensimmäisellä tarkastuksella*
 - Toimintaohje/yksikön kirjaamisohjeet eivät ohjaa riittävän tarkasti, kun lääke on määrätty ennakoivasti
- Huumausaineen kulutuksen seurantaan ei asianmukaista kulutuskorttia (4/8)
 - Apteekki ei ole toimittanut kulutuskorttia -> seurattu vain varastokirjanpitoa, tai
 - Kulutuskirjanpidossa käytetty asiakaskohtaista kulutuskorttia (ei sovellu yhteiskäyttöön tarkoitettulle lääkkeelle)
- Varaston sisältö ei vastaa toimintaohjeessa määriteltyä sisältöä (4/8)
 - Varaston sisältöä ei ole päivitetty viimeisimmän (6/2024) ohjeen mukaiseksi

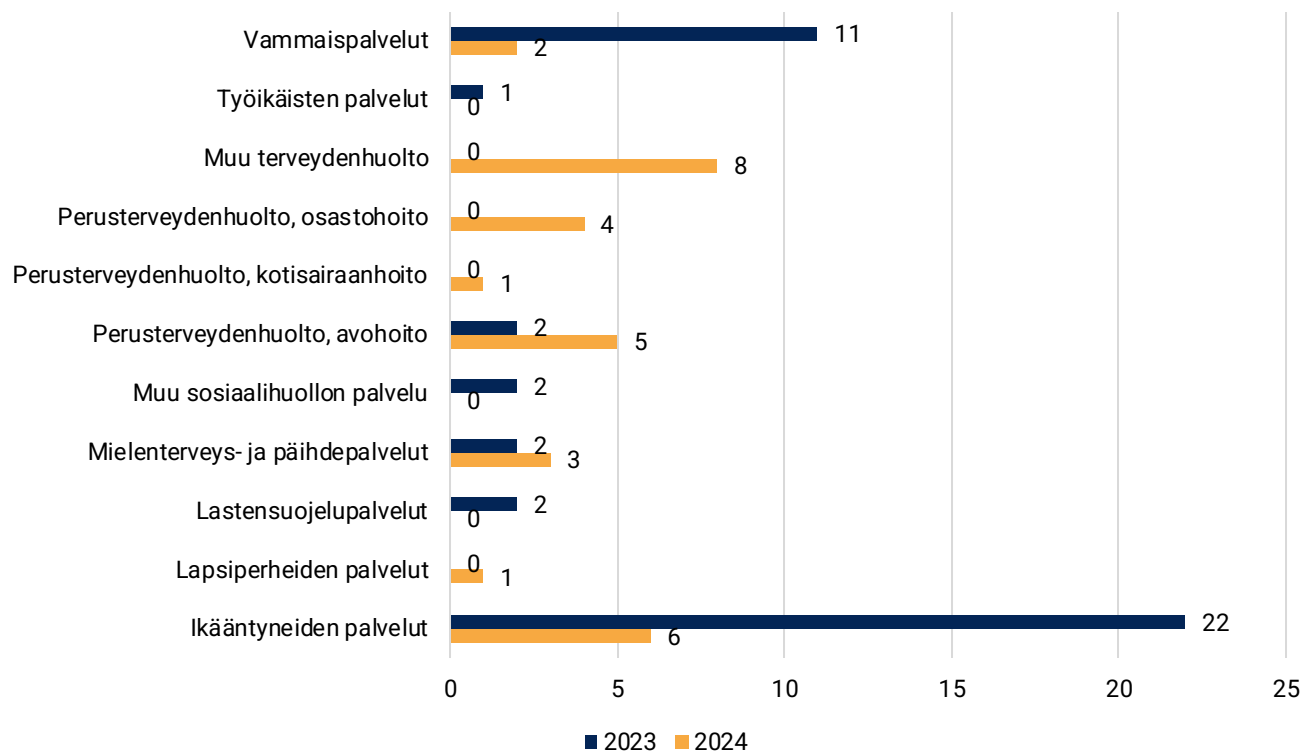
Rajatun lääkevaraston tarkastushuomiot:

Pääosin ei toteudu

- Ilmoitus varaston ylläpidossa tapahtuneista olennaisista muutoksista AVille tekemättä (8/8)
- Lääkehoidon osaamisen varmistamisessa ja lääkeluvissa puutteita (7/8)
 - Tutkintoon sisältyvän lääkehoidon osaamisen varmistamista ei ollenkaan tehty tai näyttöjä puuttuu ja/tai
 - Lääkelupien kirjallisia dokumentteja ei löydy tai näyttöjä puuttuu
- Lääkeluvallista henkilöstöä ei ole paikalla riittävästi kaikkina vuorokauden aikoina (7/8)
 - Viimeisimmässä työvuorototeumassa yksikön määrittelemä tavoitelukumäärä lääkeluvallisista työvuorossa ei toteudu tai
 - Kerros jää jatkuvasti jossain työvuorossa ilman lääkeluvallisen valvontaa tai
 - Lääkevastuuvuoroon merkitty työntekijä, jolla ei ole lääkelupia tai jonka nimeä ei ole lääkeluvallisten listalla
- Lääkkeiden säilytystilojen lämpötilaseuranta puutteellista (7/8)
 - lämpötilaseuranta jäänyt useilta päiviltä tekemättä / ei seurata min-max-lämpötiloja / virheelliset kirjaukset / poikkeamiin ei puututa.
- PKV-lääkkeiden kulutuskirjanpidosta ei käy ilmi lääkeasetuksessa vaadittavat tiedot (7/8)

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat 2023 ja 2024,
Keusoten omat palvelut



Suunnitelmallisten ohjaus- ja valvontatapahtumien toteutuminen vuonna 2023 ja 2024 (Kaavio 1.).

Tammi-joulukuu 2024, Yhteensä: 30 kpl (42 kpl v. 2023)

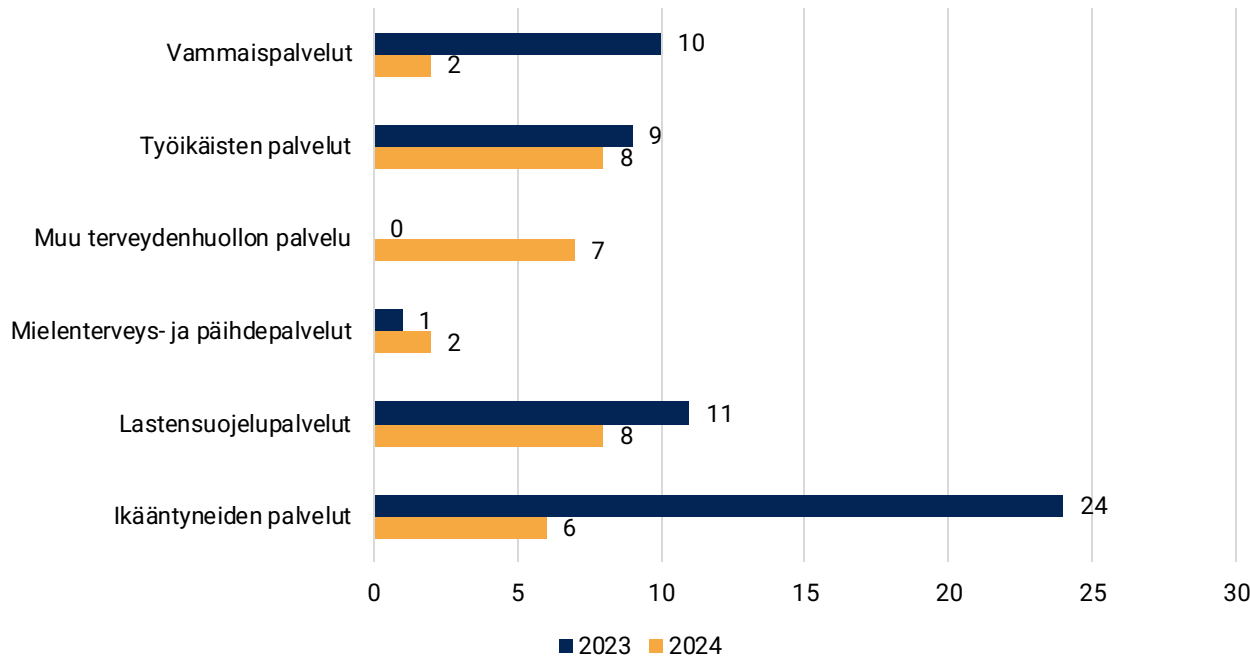
- Ikäntyneiden palvelut: 6 kpl (22 kpl)
- Lapsiperheiden palvelut: 1 kpl (0 kpl)
- Lastensuojelupalvelut: 0 kpl (2 kpl)
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 3 kpl (2 kpl)
- Muu sosiaalihuollon palvelu: 0 kpl (2 kpl)
- Perusterveydenhuolto, avohoito: 5 kpl (2 kpl)
- Perusterveydenhuolto, kotisairaanhoido: 1 kpl (0 kpl)
- Perusterveydenhuolto, osastohoito: 4 kpl (0 kpl)
- Muu terveydenhuolto: 8 kpl (0kpl)
- Työikäisten palvelut: 0 kpl (1 kpl)
- Vammaispalvelut: 2 kpl (11 kpl)

Suunnitelmallisia ohjaus- ja valvontatapahtumia on toteutettu Keusoten omaan palvelutuotantoon 12 kpl vähemmän (-29%) vuonna 2024 kuin vuonna 2023.

Kaavio 1. Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat Keusoten omiin sosiaali- ja terveystalouteihin.

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat vuosina 2023 ja 2024, yksityiset palvelut



Suunnitelmallisten ohjaus- ja valvontatapahtumien toteutuminen yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin vuosina 2023 ja 2024 (Kaavio 2.)

Tammi-joulukuu 2024, Yhteensä: 33 kpl (v. 2023 55 kpl)

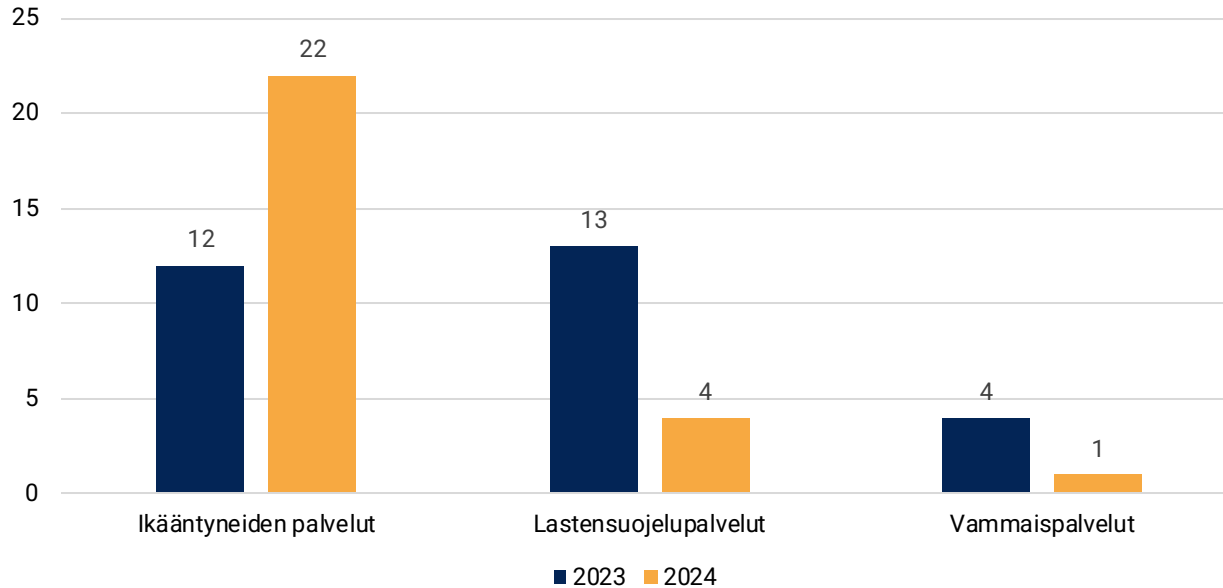
- Ikäntyneiden palvelut: 6 kpl (24 kpl)
- Lastensuojelupalvelut: 8 kpl (11 kpl)
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 2 kpl (1 kpl)
- Terveydenhuollon palvelu: 7 kpl (0 kpl)
- Työikäisten palvelut: 8 kpl (9 kpl)
- Vammaispalvelut: 2 kpl (10 kpl)

Suunnitelmallisia ohjaus- ja valvontatapahtumia on toteutettu yksityiseen palvelutuotantoon 22 kpl vähemmän (-40%) vuonna 2024 kuin vuonna 2023.

Kaavio 2. Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin.

Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat

Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin 2023 ja 2024.



Reaktiivisten ja jatkovalvonnan tapahtumien toteutuminen yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin vuosina 2023 ja 2024 (kaavio 3.).

Yhteensä 27 kpl (2023 29 kpl)

- Ikäntyneiden palvelut: 22 kpl (12 kpl)
- Lastensuojelupalvelut: 4 kpl (13 kpl)
- Vammaispalvelut: 1 kpl (4 kpl)

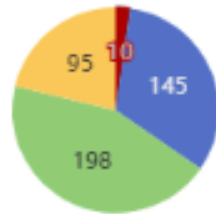
Kaavio 3. Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin.

Valvonnan havainnot ja toimenpiteet lukuina

 293
havaintoja käsitelty

Käsittelytila

- Muokattavana
- Avattu
- Suljettu
- Valmis



Kuva 2: Palveluysiköiden käsittelemien valvontahavaintojen käsittelytila (kpl).

Havaintoja on käsitelty yhteensä 293 kpl

- Valmiita (palveluntuottaja käsitellyt): 95 kpl
- Suljettu (valvoja hyväksynyt käsittelyn): 198 kpl
- Avattu (käsittelyssä olevia havaintoja): 145 kpl
- Muokattavana (ei vielä käsittelyssä): 10 kpl

Toimenpiteet

 387
toimenpiteitä yhteensä

Toimenpiteitä yhteensä

- Havainnot, joissa toimenpiteitä
- Havainnot, joissa ei ole toimenpiteitä



Kuva 3: Palveluysiköiden tekemät korjaavat toimenpiteet (kpl)

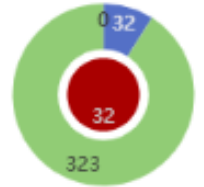
Korjaavia toimenpiteitä yhteensä 387 kpl,
(204 kpl v. 2023)

Valvontahavainnot, joissa

- on toimenpiteitä 211 kpl
- ei ole toimenpiteitä 237 kpl.

Toimenpiteiden tila

- Kesken
- Valmis
- Ylijajalla
- Ei aloitettu



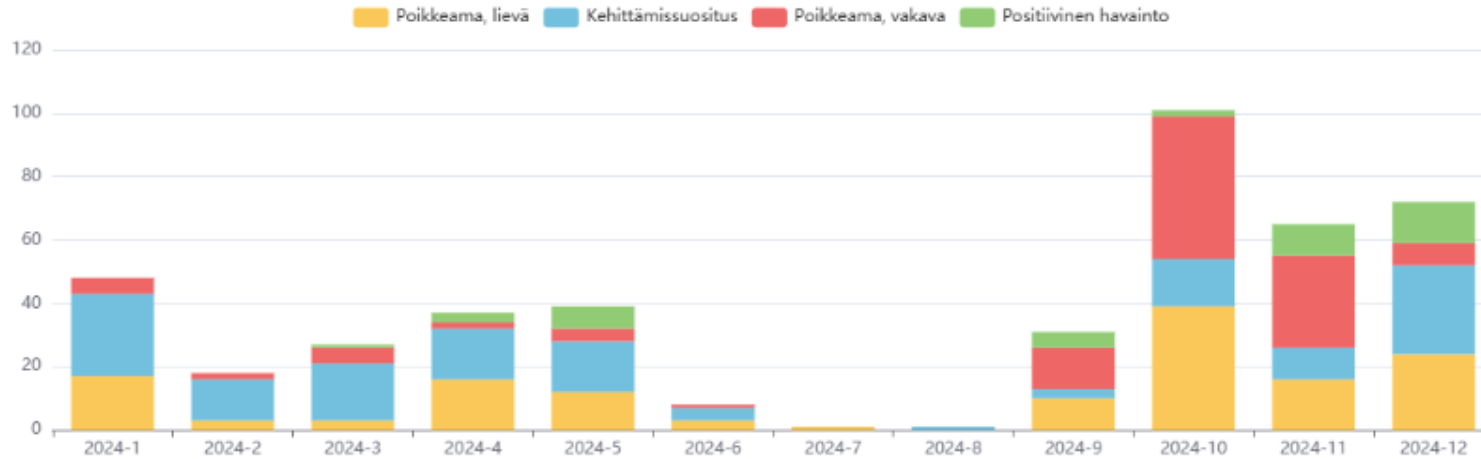
Kuva 4: Palveluysiköiden tekemien toimenpiteiden tila (kpl)

- Kesken 32 kpl
- Valmis 323 kpl
- Ylijajalla 0 kpl
- Ei aloitettu 32 kpl

Valvonnan havainnot

Valvontahavaintoja tehtiin vuonna 2024 yhteensä 448 kpl (vuonna 2023 286 kpl).

Havaintotyytit



Kuva 5: Valvontahavaintojen havaintotyytit

Vakavia poikkeamia yhteensä 113 kpl, Lieviä poikkeamia yhteensä 144 kpl

- Yleisimmin vakavat poikkeamat koskivat viiveitä hoitoon ja palveluun pääsyssä ja muistutusten käsittelyssä taikka puutteita lääkehoitosuunnitelmassa, lääkehoidon lupa- ja osaamisen varmistamiskäytännöissä, lääkkeiden säilytystilojen lämpötilaseurannassa ja siinä todettuihin poikkeamiin reagoinnissa puutteita, pelastussuunnitelman ja poistumisturvallisuusselvityksen ajantasaisuudessa sekä poistumisturvallisuusharjoitusten ja turvallisuuskävelyjen toteutumisessa.
- Yleisimmin lievät poikkeamat koskivat omavalvontasuunnitelman esillä oloa yksikössä. Lievissä poikkeamissa korostui myös, se ettei yksiköissä tunnettu valvontalain (741/2023) mukaista velvollisuutta epäkohtailmoittamiseen liittyen.

Kehittämissuosituksia yhteensä 150 kpl

- Kolme yleisintä teemaa kehittämissuosituksissa olivat omavalvontasuunnitelman sisältö ja laatimisprosessi, vaaratapahtumailmoitusten käsittely ja käsittelyn dokumentointi sekä lääkehoitosuunnitelman sisältö

Positiivisia havaintoja yhteensä 41 kpl

- Yleisimmin positiiviset havainnot koskivat toimitilojen viihtyisyyttä, asiakaspalautteen aktiivista keräämistä ja palautteen hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä sekä omavalvontasuunnitelman ja sen toteutumisen seurantaraportin konkreettisuutta

Valvonnan havainnot ja toimenpiteet



Keskeisimmät positiiviset havainnot

- Suurin osa palveluntuottajista ottaa ohjausta vastaan mielellään sekä korjaa ja kehittää toimintaansa aktiivisesti ohjauksen perusteella.
- Palveluntuottaja oli toteuttanut kaikki korjaavat toimenpiteet nopeasti valvontakäynnin jälkeen jo ennen kuin raportti ehti valmistua.
- Pitkäjänteisen ohjaus- ja valvontatyön myötä yhteistyö palveluntuottajan kanssa on parantunut huomattavasti.
- Hyvinvointialueella ja palveluntuottajalla on saman suuntainen näkemys hyvästä asiakaspalvelusta.
- Asiakaspalautetta kerätään aktiivisesti ja sitä hyödynnetään toiminnan kehittämiseksi.
- Lastensuojelulaitoksissa tilat ovat yleensä asianmukaiset ja kodikkaat.

Keskeisimmät kehittämissuosituksien ja poikkeamat

- Valvontalain (741/2023) 29 §:n mukaisen henkilökunnan ilmoitusvelvollisuuden ja organisaation/palveluyksikön menettelytapojen tunteminen puutteellista.
- Henkilöstön määrän riittävyys: sijaisten käyttö ja saatavuus poissaolutilanteissa.
- Palvelujen saatavuus ei toteudu lainsäädännön mukaisesti ja oikea-aikaisesti useissa eri palveluissa (lastensuojelu, työikäisten asiakasohjaus, ikääntyneiden asiakasohjaus, vastaanottopalvelujen välitön yhteydensaanti, kiireettömään hoitoon pääsy ja hoitoon pääsyn ajankohdan ilmoittaminen).
- Lääkehoidon lupa- ja osaamisen varmistamiskäytännöt eivät toteudu organisaatiotason lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkkeiden säilytystilojen lämpötilaseurannassa ja siinä todettuihin poikkeamiin reagoinnissa puutteita.
- Muistutuksiin vastaaminen ei kaikilta osin toteudu lain mukaisessa kohtuullisessa määräajassa.
- Tietojärjestelmissä toistuvia toimintahäiriöitä.
- Omavalvontasuunnitelma: Suunnitelma ei ole ollut julkisesti nähtävänä yksikössä. Kehittämistarpeet suunnitelman laatimisprosessissa ja sisällössä.
- Puutteet pelastussuunnitelman ja poistumisturvallisuusselvityksen ajantasaisuudessa sekä poistumisturvallisuusharjoitusten ja turvallisuuskävelyjen toteutumisessa.

Keskeisimmät toteutetut korjaavat toimenpiteet

- Laatu- ja valvontapalvelut ovat käyneet asiaa läpi Keusoten omien yksiköiden esihenkilöiden kanssa esihenkilöamassa huhtikuussa ja joulukuussa. Esihenkilöt ovat käyneet henkilökunnan kanssa läpi ilmoitusvelvollisuutta koskevia asioita ja organisaation/yksikön menettelyohjeet. Laatu- ja valvontapalvelut on päivittynyt ilmoitusvelvollisuutta koskevan toimintaohjeen marraskuussa. Päivityksen yhteydessä ohjeeseen on lisätty konkreettisia esimerkkejä tilanteista, joita ilmoitusvelvollisuus koskee.
- Palvelutuotanto on tehnyt rakenteellisia muutoksia ja palvelupolkujen kehittämistä sekä lisännyt uusia vakansseja ja myöntänyt palvelusetelipalvelua palvelun saatavuuden parantamiseksi. Yhteydenottojonojen purkamiseen on tehty suunnitelmia. Korjaavat toimenpiteet kesken. Valvontaa tekevät työntekijät seuraavat korjaavien toimenpiteiden toteutumista.
- Valvontaa tekevät työntekijät ovat ohjanneet varmistamaan käytännöt Keusoten farmasian asiantuntijapalveluilta. Korjaavat toimenpiteet kesken. Valvontaa tekevät työntekijät seuraavat korjaavien toimenpiteiden toteutumista.
- Valvontaa tekevät työntekijät ovat edellyttäneet, että palveluntuottajalla tulee olla riittävästi toiminnan edellyttämää henkilöstöä. Korjaavat toimenpiteet kesken. Valvontaa tekevät työntekijät seuraavat korjaavien toimenpiteiden toteutumista.
- Valvontaa tekevät ovat edellyttäneet yksiköitä huolehtimaan muistutusten käsittelystä lain mukaisessa ajassa. Korjaavat toimenpiteet kesken. Valvontaa tekevät työntekijät seuraavat korjaavien toimenpiteiden toteutumista.
- Palveluyksiköt ovat ilmoittaneet ongelmista välittömästi sovellus-/tekniseen tukeen.
- Yksiköt ovat jo valvontakäynnin aikana laittaneet omavalvontasuunnitelman julkisesti esille yksikössä. Yksiköt ovat kehittäneet laatimisprosessia huomioimalla henkilöstön osallistumisen suunnitelman laadintaan. Omavalvontasuunnitelmaa päivittäessään yksiköt ovat huomioineet valvontakäynnillä esiin tulleet kehittämistarpeet sisältöön.
- Valvontaa tekevät työntekijät ovat edellyttäneet viipymättä huolehtimaan pelastussuunnitelman ja poistumisturvallisuusselvityksen ajantasaisuudesta sekä poistumisturvallisuusharjoitusten ja turvallisuuskävelyjen toteutumisesta lainsäädännön, pelastusviranomaisen ja Keusoten ohjeiden mukaisesti. Korjaavat toimenpiteet kesken. Valvontaa tekevät työntekijät seuraavat korjaavien toimenpiteiden toteutumista.

Omavalvonnan ja valvonnan kehittäminen

- Palveluntuottajan valvonnan työkalun valvontalomakkeet ja prosessi päivitetty lainsäädännön muutosten mukaan ja vastaamaan paremmin valvonnan tarpeisiin. Työkalun käyttäjille järjestetty keväällä 2024 yhteiset palaverit 2 kk:n välein järjestelmän käyttöönoton ja yhdenmukaisen käytön edistämiseksi.
- Rajattujen lääkevarastojen valvontalomakepohja viety palveluntuottajan valvonnan työkaluun.
- Omavalvontasuunnitelmien toteutumisen seuranta ja raportointi on vakioitu ja raportit julkisesti saatavilla [Keusoten verkkosivuilta](#)
- Omavalvontasuunnitelmapohjan päivitystyö on käynnistetty, uusi pohja on palveluyksiköiden käytettävissä 1.2.2025 alkaen.
- Omavalvontasuunnitelman seurantaan ja raportointiin suunniteltu koulutukset esihenkilöille, toteutettu 4/2024.
- Valvontakäynnin prosessi on mallinnettu ja kuvattu.
- Valvonnan perehdytys- ja työkalupakkia kehitetty.

SHQS itsearviointien toteuma ja havainnot

SHQS-itsearviointien tilannekuva 2024

Arviointiteema (sisältää useita arvioitavia kriteereitä)	Keskiarvo*
1. Strateginen ohjaus	3,15
2. Johtamisjärjestelmä	3,43
3. Tietojohtaminen	3,28
4. Ennakoiva laadunhallinta	3,13
5. Organisaation turvallisuus	3,16
6. Voimavarojen hallinta	3,27
7. Prosessien hallinta	3,31

*SHQS-itsearviointien arviointiasteikko

0	Ei koske: vaatimus ei ole arvioitavissa.
1	Kehittämistarve tunnistettu: ei laadittua suunnitelmaa, ohjeistusta tai sovittua menettelytapaa, eikä kattavasti yhdenmukaista toimintaa.
2	Toiminnan suunnittelun toteutuminen: suunnitelma, ohjeistus tai sovittu menettelytapa on laadittu, ei yhdenmukaista toimintaa
3	Suunnitellun mukainen toiminta: toiminta on laaditun suunnitelman, ohjeistuksen tai sovitun menettelytavan mukaista.
4	Toiminnan arviointi: laadittua suunnitelmaa, ohjeistusta tai sovittua menettelytapaa ja niiden mukaista toimintaa arvioidaan ja kehitetään.

SHQS-standardin mukaisilla itsearvioinneilla palveluyksiköt ja Keusoten johto arvioivat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön, asetusten, kansallisten sekä oman organisaation asettamia vaatimuksia suhteessa oman toimintaan.

Itsearviointeja tehtiin 1-12/2024 yhteensä 42 kpl (2023 59 kpl)

Kehittämistoimenpiteitä 340 kpl, joista 60 kpl prio 1.*

Kesken: 138 kpl	joista 15 kpl prio 1.*
Myöhässä: 112 kpl	joista 12 kpl prio 1.*
Valmis: 202 kpl	(joista 45 kpl prio 1.*

* kehittämistoimenpiteet priorisoidaan haittamatriisin avulla
Prio 1. yleinen ja merkittävä haitta sekä Prio 2= merkittävä, mutta ei yleinen haitta.

SHQS-itsearviointien kehittämistoimenpiteet liittyivät yleisimmin:

1. Tiedolla johtamiseen: keskeisten tietolähteiden määrittelyyn, tietotarpeiden tunnistamiseen sekä ajantasaiseen tietoon perustuvaa päätöksentekoon (18 kpl)
2. Keskeisten prosessien määrittelyyn (17 kpl) ja yhdenmukaiseen kuvaamiseen (13 kpl)
3. Henkilöstön perehdytyksen toimintamalleihin ja arviointiin (14 kpl)
4. Lääkinnällisten laitteiden / mittaus- ja seurantalaitteiden toimivuuden luotettavuuteen ja niihin liittyvien epäkohtien ilmoittamiseen (11 kpl)
5. Digi- ja etäpalvelujen toiminnan varmistamiseen (10 kpl)

SHQS Sisäisten auditointien toteuma ja havainnot



Auditointiin osallistuneet yksiköt olivat motivoituneita jatkuvaan parantamiseen. Auditoiduista seitsemästä yksiköstä, yhdessä kaikki kriteerit täyttyivät. Jatkuvan parantamisen käytännöt näyttävät juurtuneen yksiköihin ja poikkeamatietoa osataan hyödyntää yksiköissä.

Sisäinen auditointi toteutettiin suunnitelman mukaisesti 7 kohteeseen:

- 1) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, asiakkuudet sekä valmius ja varautuminen (Hyteas)
- 2) Kliiniset tukipalvelut (Tepasa)
- 3) Avokuntoutuspalvelut (Tepasa)
- 4) Opiskeluhoitopalvelut (Miela)
- 5) Perhesosiaalityö, perhetyö ja lapsiperheiden kotipalvelu (Miela)
- 6) Perheneuvola (Miela)
- 7) Viestintäpalvelut (Yhteiset palvelut)

Parannusehdotukset liittyvät useimmin

- Osaamisen varmistamiseen sekä koulutusten toteutumisen arviointiin ja seurataan (4 kpl)
- Asiakaspalautteen keräämiseen ja hyödyntämiseen (4 kpl)

Kehittämissuosituksia liittyvät useimmin

- Toimenkuvien laatimiseen, arviointiin ja päivittämiseen (4 kpl)
- Omavalvontasuunnitelman laatimiseen ja sen sisältöihin (3 kpl)
- Asiakkaan henkilöllisyyden varmistamisen käytäntöihin (3 kpl)

Toimenpidesuunnitelma

- Kaikkiin auditoituihin kohteisiin, jotka saivat kehittämissuosituksia on tehty toimenpidesuunnitelmat kehittämissuosituksien toteuttamiseksi.

Ulkoisten auditointien tulosten yhteenveto

Ensimmäiset ulkoiset auditoinnit toteutettiin vuonna 2024. Ulkoisen auditoinnin tavoitteena oli saada näyttöä SHQS-standardin hyödyntämisen vaikuttavuudesta suhteessa toiminnan ja laadun johtamisen rakenteista ja menettelyistä sekä laadun jalkautumisesta yksiköiden ja toimintojen arkeen.



Asiakaskeskeisyys

toteutuu vahvana toiminnassa. Asiakkaiden itsemääräämisoikeus on huomioitu ja sitä kunnioitetaan. Asumispalveluissa järjestetään suunnitelmallisesti virikkeellistä ja aktivoivaa toimintaa, joihin asukkaat voivat osallistua oman kiinnostuksensa mukaan. Asiakas on osallisena hoitoneuvotteluissa ja asiakassuunnitelmien laatimisessa. Asiakaskokemuksen NPS-tulokset osoittavat hyvää asiakastytyvyyden tasoa, ja saatua asiakaspalautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.



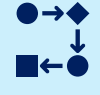
Jatkuva parantaminen

on juurtunut hyvin osaksi toimintaa. Toimintaa kehitetään mm. poikkeamatietoa, saatua asiakaspalautetta ja sisäisten auditointien sekä valvontakäyntien tuloksia hyödyntäen. Jatkuvan parantamisen tauluja on osin käytössä. Erityisesti strategiassa mainittu tavoite "rohkea uudistuminen ja toimintamallien kehittäminen" tulee hienosti auditoinnissa esille. Henkilöstö on kehittämiseen ja toiminnan jatkuvaan parantamiseen selvästi motivoitunut ja useaa eri prosessia ja toimintamallia on viety organisaatiossa aktiivisesti eteenpäin. Sisäisten auditointien, omavalvonnan ja poikkeamien raportointikäytännöt ovat systemaattisia. Hyviä käytäntöjä jaetaan säännöllisesti.



Riskiperusteinen ajattelu

Johtamisessa on huomioitu riskiperusteinen ajattelu. Riskejä tunnistetaan, niille on määritelty hallintakeinoja ja riskit on huomioitu toiminnan kehittämisessä. Valvontasuunnitelman laadinnassa on huomioitu riskiperusteisuus. Turvallisuus- ja riskienhallintavastuut on selkeästi kuvattu.



Moniammatillinen prosessin johtaminen

Moniammatillista prosessien johtamista toteutetaan, mutta menettelyjen kuvaaminen prosesseina ja prosesseihin liittyvinä vastuina vaatii edelleen huomiota. Keskusteluissa tunnistetaan toiminnan riskejä ja mitattavia asioita, mutta prosessiriskit ja -mittarit vaativat vielä täsmennystä. Toimintakäytäntöjä on yhtenäistetty ja niitä edelleen kehitetään. Monikanavaista yhteistyötä tehdään asiakasvirtojen ohjauksessa organisaation sisällä ja HUS-yhtymän kanssa.



Tietoon perustuva päätöksenteko

Johtamista tehdään käytettävissä olevaan tietoon ja osaamiseen pohjautuen. Tietoon perustuvassa päätöksenteossa haasteena on, että järjestelmistä ei ole automaattisesti saatavissa tietoja kaikin osin, poimintaa joudutaan tekemään myös manuaalisesti. PoweBi-järjestelmää edelleen kehitetään. Omavalvonnan tilannekuvat ja raportit on käsitelty myös ikääntyneiden asumispalvelujen tulosaluejohdossa. Asetettujen tavoitteiden seuranta on vastuutettua ja säännöllistä.



Henkilöstön osallisuus

Henkilöstö on osallisena toiminnan riskien arvioinnissa. Henkilöstö on kehittämismyönteistä ja kehittämistyö on aktiivista. Henkilöstön osallisuus SHQS-mukaisissa itsearvioinneissa ja niiden tulosten käsittelyssä on jäänyt ohueksi aiemmassa itsearvioinnissa. Tämä on huomioitu nyt käynnissä olevien itsearviointien toteutuksessa, jotka toteutetaan henkilöstöä laajemmin osallistaen. Systeminen työote ja itseohjautuvuuden mahdollistaminen edistävät työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia.

Ulkoisten auditointien toteuma ja havainnot 1/2



Ulkoisissa auditoinneissa havaittuja vahvuuksia ja käytäntöjä

- Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys nähdään vahvuutena ja näitä kunnioitetaan.
- Keusotessa toteutuvat sisäisenä koulutuksena koulutusvartit, joissa on monipuoliset aiheet. Oiva-koulutusjärjestelmään tuodut koulutukset ovat hyödynnettävissä.
- Henkilöstön saatavuus on parantunut ja vuokratyövoiman käytöstä on voitu luopua mm. Tuusulan Riihikodossa.
- Laatu- ja valvontapalveluiden järjestämällä omavalvonnan koulutuksilla on vahvistettu myös esihenkilöiden omavalvonnan osaamista ja koulutettu uudet esihenkilöt hyvinvointialueen toimintatapaan omavalvontasuunnitelmien laadinnassa.
- Asiakaskohtainen valvonta on valvontakäyntien lisäksi jatkuvaa, kuukausikirje toimitetaan palvelun tuottajille ja tapaamisia on neljä kertaa vuodessa. Yhteinen Teams-kanava on käytössä palvelun tuottajien kanssa. Omavalvonnan mukaiset tilannekuvaraportit raportoidaan säännöllisesti johdolle.
- Strategia on jalkautunut tarkastelluissa toiminnoissa. Toiminnalle on asetettu strategialähtöisesti tavoitteita, joiden seura ntaa tehdään säännöllisesti. Seurannan vastuista ja raportoinnista on sovittu. Yksiköissä on käytössä päivittäisjohtamisen tauluja, joilla viestitään sovittujen tun nslukujen toteumasta. Strategiaan liittyvät vastuullisuustavoitteet ja kestäväen kehityksen toimenpiteet, kuten jätemäärien seuranta, on huomioitu
- Huoli-ilmoituskäytäntö tunnetaan ja ilmoituksia on tehty aktiivisesti. Ilmoituksien käsittelystä on sovittu käytäntö. Ilmoitukset käydään läpi mm. ikääntyneiden asiakasohjauksessa päivittäin.
- Sisäisten auditointien tuloksia hyödynnetään osana jatkuvaa parantamista. Sisäiset auditoinnit toteutetaan suunnitellusti ja kattavasti kaikilla organisaation tasoilla. Itsearvioinneissa on nostettu hyvin kehittämiskohteita, joihin liittyen on tehty kehittämistoimenpiteitä. Laadunhallintajärjestelmän vaatimustenmukaisuutta arvioidaan säännöllisesti, ja toiminnan kehittämisessä hyödynnetään poikkeamatietoa ja vertailukehittämistä.
- Ostolääkäripalveluiden laadun ja yhdenvertaisuuden toteutumista seurataan PowerBI-raportoinnin kautta.
- Arvoista on käyty keskustelua yksiköissä mm. Järvenpään Vaahterakodissa arvoja on käsitelty säännöllisesti henkilöstökokouksissa ja keskusteltu siitä, miten arvot näkyvät käytännön työssä.
- Neuvonta- ja palvelutarpeen arviointityössä on hiottu neuvonnan ja palvelutarpeen arvioinnin työkäytäntöjä ja yhteistyötä tehdään myös palvelualueen kanssa. Iso osa yhteydenotoista voidaan hoitaa neuvontatyössä ja sosiaalipäivystyksessä. Erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat on huomioitu palveluissa ja työparityöskentelyä käytetään näiden asiakkaiden kohdalla.
- Järvenpään Vaahterakoti ja Tuusulan Riihikoto: Talokohtaisia eettisiä ohjeita on työstetty yhdessä henkilökunnan kanssa, ja ne ovat nähtävillä yksiköissä. Ikääntyneiden asiakasohjauksessa eettisistä asioista käydään jatkuvaa keskustelua tiimissä.
- Organisaatiossa tehdään monialaista yhteistyötä, ja tiedonkulku palveluiden välillä nähdään tärkeänä. Hyviä käytäntöjä, kuten HALKO-tiimin toiminta, tukevat tätä
- Lastensuojelun palvelualueella käytetään Lean-toimintamalleja ja PDCA-malliin perustuvaa kehittämistyön hallintaa
- Systeminen työote ja itseohjautuvuuden mahdollistaminen edistävät työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia.

Ulkoisten auditointien toteuma ja havainnot 2/2



Ulkoisissa auditoinneissa havaittuja parantamismahdollisuuksia

- Järvenpään Vaahterakodin omavalvontasuunnitelma on henkilöstön nähtävillä, sen käsittely henkilöstön kanssa on suunnitteilla.
- Suoran palautteen kirjaaminen asiakaspalautejärjestelmään tai muuhun järjestelmään ei ole kattavasti vakiintunut käytäntö.
- Eettisten poikkeamien kirjaaminen ei ole vielä vakiintunut käytännöksi. Prosessipoikkeamia ei vielä täysin tunnisteta. Läheltä-piti tilanteiden ilmoittamisessa sekä poikkeamien perussyiden ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kuvaamisessa on vielä kehitettävää.
- Saattohoitokoulutuksen on käynyt osa henkilöstöstä, tarvetta nähdään olevan useamman kouluttautumiseen. Tämä on tarpeen huomioida osana yksikön koulutussuunnittelua.
- Yksiköissä ei ole tiedossa kattavaa listaa siitä, mitä ensiapuvälineistöissä tulisi olla (Tuusulan Riihikoto). Ensiapuvälineistön sijainnista kertovan tunnustekyltin esillä oloon on tarpeen kiinnittää huomiota, nyt tunniste on vain välineistölaatikon kannessa ja laatikko kaapissa. (Järvenpään Vaahterakoti ja Tuusulan Riihikoto).
- Hyvinvointialueen kestävä kehityksen tavoitteiden systemaattisesta jalkautuksesta ja seurannasta ei saatu näyttöä.
- Järvenpään Vaahterakotiin on tehty työpaikkaselvitys syksyllä 2023. Raporttia ei ole saatu yksikköön.
- Järvenpään Vaahterakodissa on käynnissä laitteiden käyttöohjeiden kokoaminen kansioon. Ohjeiden saatavuus ja tietoisuus niistä on tarpeen varmistaa.
- Prosessityöskentely on kesken hyvinvointialueella ja tätä jatketaan suunnitelman mukaisesti. Tämän etenemiseen palataan tulevien auditointien yhteydessä.
- Ikääntyneiden asumispalvelujen tulosaluetiimi voi seurata yksiköiden riskianalyysiin tehtyjä muutoksia. Esille ei tullut systemaattinen riskien käsittely tulosaluetiimissä. Seuranta tehdään lähinnä organisaation turvallisuuteen liittyvissä työryhmissä.
- Tieto asiakirjojen siirtoaikataulusta IMS-järjestelmään ei ole tiedossa kaikissa yksiköissä. Kaikissa yksiköissä asiakirjoja ei ole vielä viety kattavasti IMS-järjestelmään Keusoten suunnitelman mukaisesti.
- Turvallisuuteen liittyvistä koulutuksista Mapa-koulutukset tai vastaavat eivät ole kattavasti toteutuneet. Yksiköistä otantana tarkasteltuna Järvenpään Vaahterakodin henkilöstö ei ole osallistunut viime vuosina turvallisuuskoulutuksiin. Koulutusten tarve on tarpeen arvioida osana koulutussuunnittelua.
- Huomiota vaatii vielä, että kaikki paperiset täytetyt perehdytyslomakkeet palautuvat esihenkilölle.
- Valvontatoiminnasta palautetta saadaan lähinnä tapaamiskäynneillä asiakkailta, säännöllistä palautetta Roidu järjestelmän kautta ei saada.
- Puutteellinen äänieristys tietyissä tiloissa aiheuttaa tietosuojariskejä.
- Suullinen asiakaspalaute jää usein kirjaamatta ohjeistuksen mukaisesti, mikä hankaloittaa palautteen hyödyntämistä kokonaiskuvan hahmottamisessa.
- Epäselvyyksiä lääkinnällisten laitteiden vaaratilanteiden ilmoittamisessa, sekä ohjeistuksen että vastuiden osalta.

Toimipisteet ja toiminnot 1/2

Keusoten toimipisteet ja toiminnot, joille laaduntunnustus on myönnetty 29.11.2024:

Hyvinvointialueen johto, Strateginen kehittäminen ja tukipalvelut, hankkeet

Demokratia- ja hallintopalvelut
Laatu- ja valvontapalvelut
TKI-palvelut
Tila- ja tukipalvelut

Asiakasohjaus (HYTEAS)

Sosiaali- ja kriisipäivystys
Ikäihmisten asiakasohjaus
Lapsiperheiden asiakasohjaus
Työikäisten asiakasohjaus

Ikääntyneiden asumispalvelut (IKVA)

Hyvinkään Hoivakoti Sahanmäki
Hyvinkään Kauniston palvelukeskus
Hyvinkään Mäntykoto, Ylähovi
Järvenpään Lehmuskoti
Järvenpään Pihlavistokoti
Järvenpään Vaahterakoti
Mäntsälän Kotokartano
Nurmijärven Nurmilintu
Pornaisten Aurinkomäen palvelukoti
Tuusulan Riihikoto (Riihikoto ALA ja YLÄ)
Järvenpään Tammistokoti
Pornaisten Pellavakoti
Hyvinkään Kauniston palvelukeskus, Kivelä
Riihikoto Lyhytaikaiskoti Helmi
Kuntouttava lyhytaikaishoito
Vaahterakoti, Intervalli ja kriisihoito
Valvontayksikkö

Toimipisteet ja toiminnot 2/2

Keusoten toimipisteet ja toiminnot, joille laaduntunnustus on myönnetty 29.11.2024:

Sairaalapalvelut (TEPASA)

Hyvinkään akuuttiosasto
Järvenpään akuuttiosasto
Mäntsälän akuuttiosasto
Nurmijärven akuuttiosasto
Kotisairaala

Lastensuojelun palvelut (MIELA)

Sijaishuollon sosiaalityö ja sosiaaliohjaus
Avohuollon sosiaalityö ja sosiaaliohjaus
Avoperhekuntoutus, Koiramäki
Avoperhekuntoutus, Koivukuja
Ryhmämuotoinen perheohjaus Suopursu
Tehostettu perhetyö
Perhehoitoyksikkö Pihlaja
Auerkulma vastaanotto- ja arviointiyksikkö Koivula
Auerkulman vastaanotto- ja arviointiyksikkö Tammela
Kotirinteen kuntouttava ja arviointiyksikkö Kuusela
Kotirinteen vastaanotto- ja arviointiyksikkö Puistola
Pehtoorin kuntouttava yksikkö Aitta
Pehtoorin vaativan kuntoutuksen yksikkö Riihi
Koivukujan vaativan kuntoutuksen yksikkö Kottula
Koivukujan kuntouttava yksikkö Kotoranta



Saatavuus ja jatkuvuus

- Palvelujen saatavuuden varmistaminen
- Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Palvelujen saatavuuden varmistaminen 1/2

Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat 100 %
Tarkempi kuvaus Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelmassa 2023-2024 luku 4.4

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2024

Järjestäjän tilannekuvan seuranta käyttöönotossa hyvinvointialueen operatiivisessa johtoryhmässä kuukausittain, käyttöönotto käynnistyi 4/2024.
Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein strategisten avainmittarien kautta.
Järjestäjän työpöytä kehitetty asiakas- ja potilasturvallisuuden, työturvallisuuden sekä tietosuojatapahtumien osalta.

Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

- **Vastaanottopalveluissa** yhteydenosaanti on jonkin verran parantunut edellisvuodesta. Samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli vuonna 2024 73 % (2023 69 %). Kiireettömään hoitoon jonottaneiden määrä puoliintui vuoden alusta.
- **Suun terveydenhuollossa** samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli vuonna 2024 80 % (2023 95 %). Kaikille kiireettömän hoidon jonossa olleille on pystytty osoittamaan tarkastusaika keväälle 2025, eikä uusia asiakkaita ole laitettu enää jonoon.
- **Palvelutarpeen arviointi** on aloitettu keskimäärin 12 arkipäivän päästä asian vireille tulosta kaikille 75-vuotta täyttäneille sekä ylintä hoitotukea saaville yli 65-vuotiaille.
- **Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen** jonotusaika oli ajalla 1-12/24 keskimäärin 54,5 vrk (vaihteluväli 39–84 vrk). Jonotusaika on pidentynyt loppu vuotta kohti.
- Yhteisölliseen asumiseen keskimääräinen jonotusaika oli 6/2024 - 12/2024 välisellä ajalla 87 vrk (vaihteluväli 61-101 vrk). Koko vuoden jonotus keskiarvo 72 vrk.

Palvelujen saatavuuden varmistaminen 2/2

Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2024

Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

Palveluverkko on suunniteltu siten, että palvelut ovat saatavilla asukkaiden palvelutarpeen mukaisesti

Hyvinvointialueen palvelujen verkosto-suunnitteluun on osallistettu eri osallisuuden menetelmiä hyödyntäen asukkaita ja henkilöstöä. 25.1.2024 hyväksytyn palvelujen verkostosuunnitelman toimenpiteet käynnistynyt suunnitelman mukaisesti.

Palvelukohtainen asiakaskokemus
"Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun"
> 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä

Väittämään on vastannut 80 107 asiakasta, joista 53 914 (67 %) on ollut täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

Oman tuotannon riittävä määrällinen osuus toteutuu palvelustrategiassa 2023-2025 määritellyn mukaisesti. Määrittely v. 2023 aikana.

Tuotantotapa-analyysit toteutettu päätöksenteon tueksi johdon vuosikellon mukaisesti.

Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2024

Havaittujen puutteiden/ poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

Yhtenäinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön kaikissa palveluissa 100 %

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotto on edennyt osittain suunnitellusti. Sosiaalihuollon palveluyksiköiden osalta käyttöönotto on kesken. Viimeiset sosiaalihuollon palveluyksiköiden käyttöönotot on toteutettu 31.8.2024 mennessä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän vaatimusluettelon toteutumisen osalta merkittäviä puutteita ja huonosta käytettävyydestä aiheutuu merkittävää haittaa asiakastyössä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttökatkot ja häiriötilanteet ovat aiheuttaneet tietosuojan ja tietoturvan kannalta useita vaaratilanteita.

Toimintahäiriötilanteet, haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset on käsitelty kokonaisturvallisuuden työryhmässä. Ongelmia ratkaistaan yhteistyössä järjestelmän toimittajan kanssa. Asiakastietojärjestelmään liittyvien poikkeamien toimenpidesuunnitelma laaditaan lokakuun 2024 aikana.

Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset

Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia yht. 1049 kpl (13,6 % kaikista vaaratapahtumista)

Näistä potilas-/asiakastietojen tiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyviä ilmoituksia oli 329 kpl (31,36 %) Kirjaamiskäytäntöjä, ohjeita ja perehdytystä on yhdenmukaistettu. Kirjaamisen sisältökoulutukset on käynnistetty.

Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)

Hyvinvointialuetasoista tilastotietoa ei ole tällä hetkellä saatavilla. Omatyöntekijän ja muun palveluvastaavan nimeäminen ohjeistettu kirjaamisen käsikirjassa, ohje hyväksytty 25.4.2024.

Ohjeen jalkauttaminen ja tilannekuvan rakentaminen käynnistetty.

Palveluketjuille ja asiakasprosesseille asetetut tavoitteet toteutuu suunnitellusti

Osana hyvinvointialueohjelman toimeenpanoa luodaan palveluketjujen ja asiakasprosessien johtamismalli, pilotointi käynnistyy 10/ 2024 –2/2025

Pilotoinnissa testataan johtamisrakenteita, roolituksia, vastuita sekä rakennetaan tietopohjaa palveluketjujen johtamista tukevaksi

Vaikuttavuusperustaista ohjausta tukevaa tietopohjaa kehitetään osana palveluketjujen mittariston kehittämistä vaiheittain, pilottina diabetes ja ikääntyneet asiakassegmentit.

Diabetes-, Alueellinen painehaava-, ikäihmisten ja mielenterveyspilottien suunnittelu ja toteutus käynnissä alkuvuoteen 2025 saakka.

Edennyt suunnitellusti

Turvallisuus ja laatu

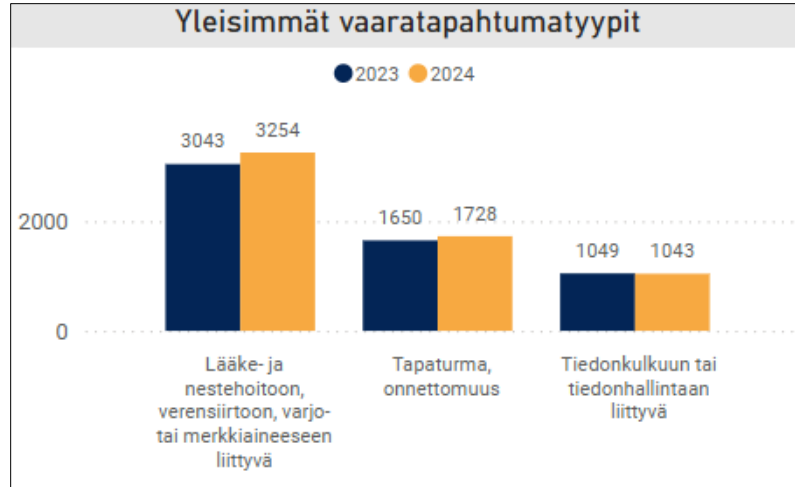
- Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat
- Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi tehdyt toimenpiteet

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat - koonti

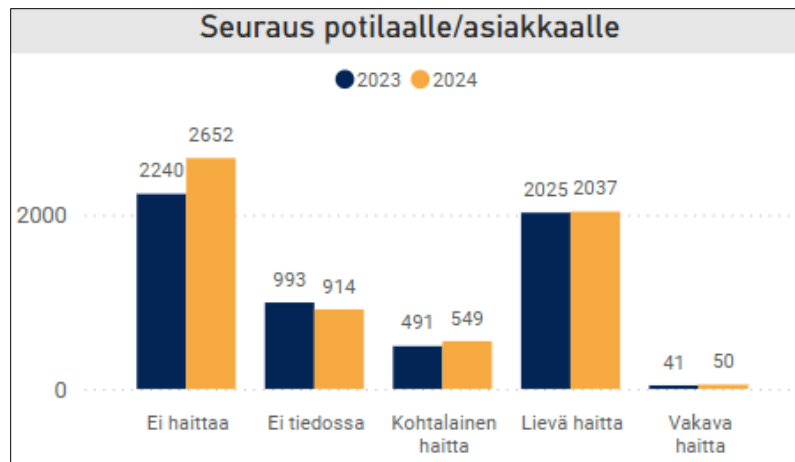


Kuva 6: Kansallisesti seurattavat asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat ja tilannekuvan kehittyminen yleiskatsaus 1-12/2024 ja 1-12/2023.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 1/6



Kuva 7: Yleisimmät vaaratapahtumatyytit 1-12/2023 ja 1-12/2024



Kuva 8: Riskiluokat 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Tarkastelujaksolla 1.1.-31.12.2024 vaaratapahtumailmoitusten yleisimmät tapahtumatyytit olivat lääke- ja nestehoitoon (3254 kpl), tapaturmiin ja onnettomuuksiin (1728 kpl) sekä tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan (1043 kpl) liittyviä tilanteita (kuva 7).

Muutokset edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna jakoutuivat tapahtumatyyppien osalta seuraavasti:

- Lääke- ja nestehoitoon liittyvien ilmoitusten osuus kasvoi +7% (+211 kpl)
- Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien ilmoitusten osuus kasvoi +5% (+ 78 kpl)
- Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvien ilmoitusten osuus väheni -1 % (-6 kpl)

Yleisimpiin vaaratapahtumatyyppihin liittyvät poikkeamat ja niihin liittyvät kehittämistoimenpiteet on kuvattu tarkemmin dioilla 30-35.

Vaaratapahtumailmoitukset luokitellaan riskiluokkiin I–V (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen, merkittävät, vakava). Vertailu vuosilta 2023-2024 on esitetty kuvassa 8.

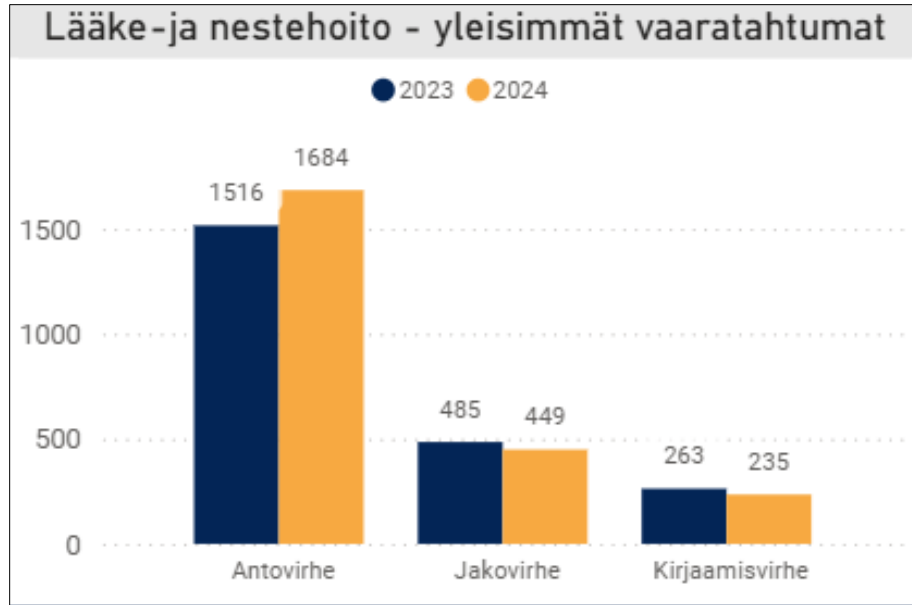
Ajalla 1.1.-31.12.2024 riskiluokat jakoutuivat seuraavasti, v. 2023 tiedot suluissa

- I Merkityksetön: 212 kpl (213 kpl)
- II Vähäinen riski: 3630 kpl (3536 kpl)
- III Kohtalainen riski: 2735 kpl (2483 kpl)
- IV Merkittävä riski: 127 kpl (156 kpl)
- V Vakava riski: 9 kpl (7 kpl)

Yleisin luokittelu vaaratapahtumien riskiluokissa on vähäisen riskin (riskiluokka II) tapahtumat.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 2/6

Lääke- ja nestehoito, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 9: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Antovirheet: ilmoitettujen antovirheiden määrä on kasvanut (+168 kpl). Antovirheistä suurin osa kohdistui seuraaviin poikkeamiin:

- Lääke, neste tai verituote antamatta 658 kpl
- Muu syy 388 kpl
- Väärä ajankohta 214 kpl

Jakovirheet: ilmoitettujen jakovirheiden määrä on laskenut hiukan (-36 kpl). Jakovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Lääke jakamatta 195 kpl
- Väärä annos tai vahvuus 88 kpl
- Muu syy 63 kpl

Kirjaamisvirheet: ilmoitettujen kirjaamisvirheiden määrä laski hieman (- 28 kpl).

Kirjaamisvirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Muu syy 98 kpl
- Lääke kirjaamatta 62 kpl
- Väärä annos tai vahvuus 27 kpl

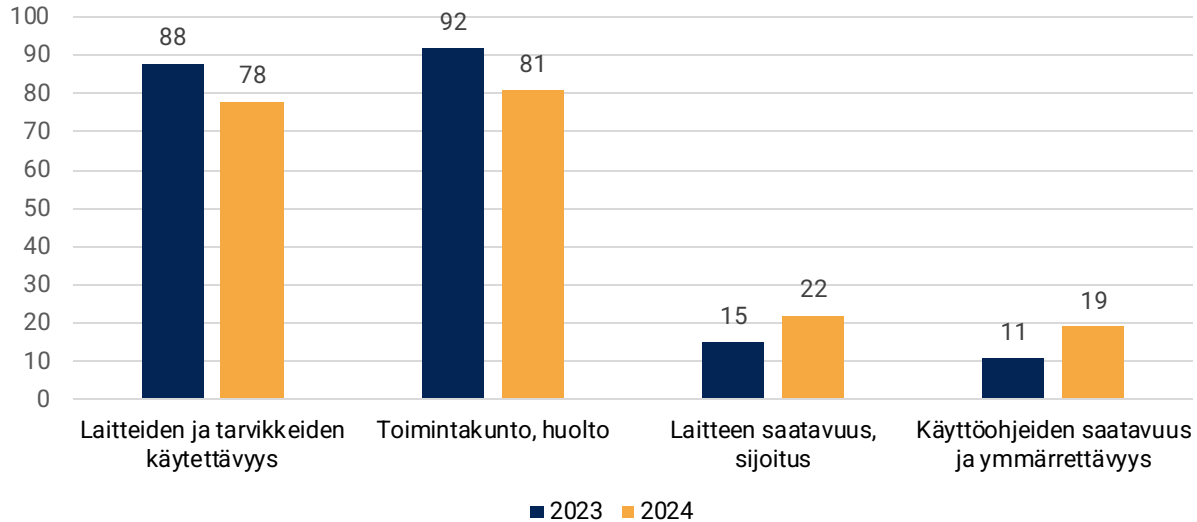
Turvallisen lääkehoidon kehittäminen ja varmistaminen: Kirjaamisen käsikirjaan on kuvattu yhtenäiset lääkehoidon tarkistamisen ja kirjaamisen ohjeet. Toimintatapoja yhtenäistetty. Lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan ja lääkehoidon osaamiseen varmistamista, koulutusta ja perehdytystä kehitetty ja toteutettu havaittujen poikkeamien pohjalta. Kaksoistarkastuksen auditointi valmistelussa, lääkehoitoon liittyviä ohjeita päivitetään.

Lääkehoidon perehdytyslomake on päivitetty ja liitetty osaksi yleistä perehdytysmallia. Lääkevastaavien verkosto aloittanut toimintansa, verkoston jäsenet jalkauttavat tietoa omiin yksiköihinsä. Lääkehoidon verkkokoulutuksia on tehty Oiva järjestelmään. Lääkehoidon osaamisen varmistamisen prosessia on kehitetty toimivuuden ja sisältöjen näkökulmasta

- Perusosaamisen varmistamisen prosessia päivitetty
- Opiskelijoiden ja lääkehoitoon kouluttamattomien työntekijöiden lupien sisältöjä päivitetty
- Käytännön osaamisen varmistamiseen liittyvä näyttöpajatoiminta käynnistetty ja pajoja järjestetty kotihoidossa ja vammaisten palvelussa

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 3/6

Laitteet ja tarvikkeet vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavana tekijänä



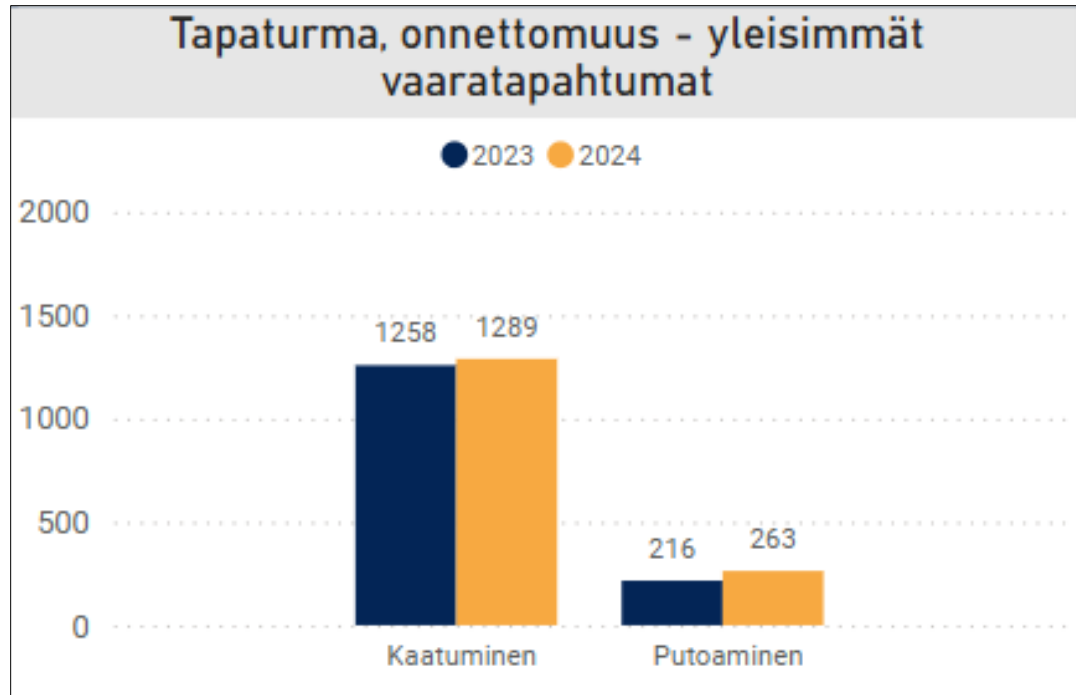
Kaavio 4: Laitteet ja tarvikkeet vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavana tekijänä ajalla 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Terveystieteiden laiteturvallisuuden käytäntöjen kehittäminen ja varmistaminen:

- Laiteturvallisuuden kehittämissuunnitelman 2023-2026 toimenpiteet ovat käynnissä.
- Ammattimaisen käytön vastuuhenkilö on nimetty.
- Lääkintälaittevastuuhenkilöt on nimetty ja tehtäväkuva valmis.
- Laittevastuuhenkilöverkosto kokoontuu kerran kuukaudessa.
- Väliaikainen lääkinnällisten laitteiden rekisteri, 3stepIT -ohjelma käytössä 30.4.2025 saakka. Seuraaja valmistelussa.
- Asiakkaille jaettavien laitteiden rekisteri (johon liitetään mahdollisesti myös toimintayksiköiden laiterekisteri) otetaan käyttöön vuonna 2025.
- Lääkinnällisten laitteiden osaamisen varmistamiseen liittyvä laitteiden riskiluokitus on valmis ja laitekohtainen osaamisen varmistamisen prosessi käynnissä.
- Laitteiden huoltojen ja korjausten esiselvitys aloitettu yhdessä Länsi-Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa sekä uutena mukaan liittynyt Vantaan ja Keravan hyvinvointialue.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 4/6

Tapaturmat ja onnettomuudet, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 10: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Kaatumiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat kasvaneet + 31 kpl. **Putoamiseen** liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat hiukan kasvaneet + 47 kpl (Kuva 10.)

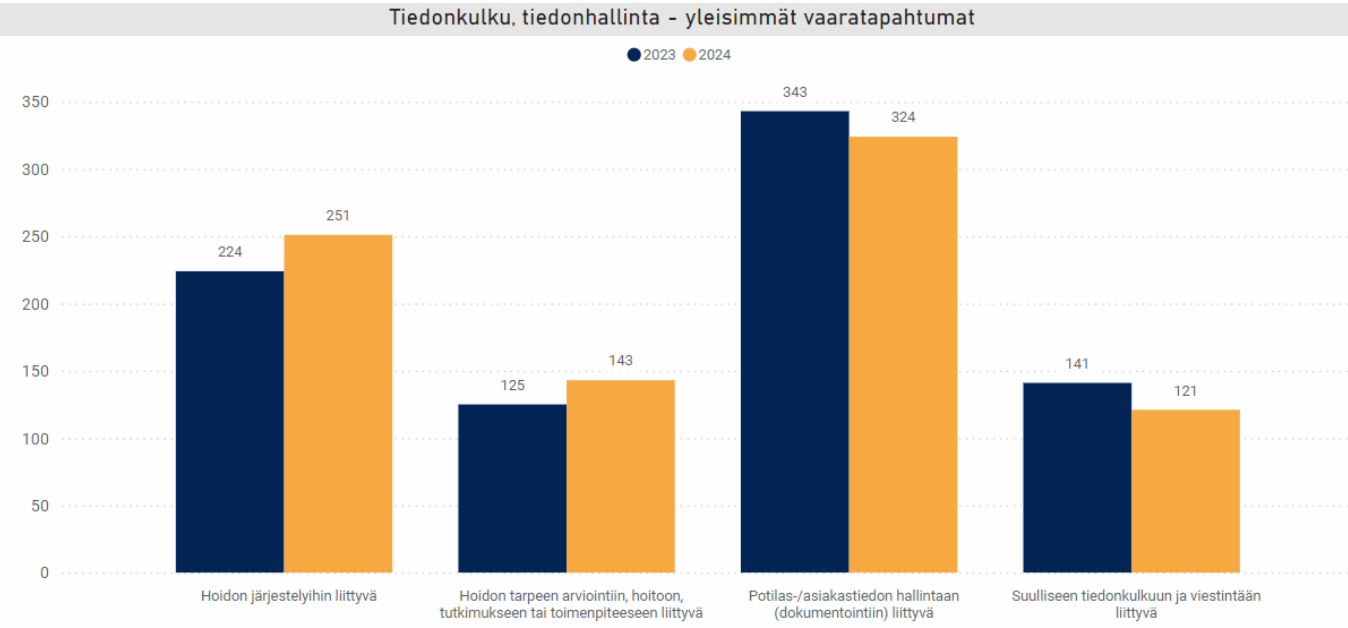
Ilmoitetuissa kaatumiseen liittyvissä vaaratapahtumissa ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä on tehty seuraavasti:

- kaatumisriskin arvio oli tehty 380 potilaalle/asiakkaalle
- erittäin korkea kaatumisvaaran riski oli tunnistettu 177 asiakkaan/potilaan kohdalla
- kaatumisriskin arviointia ei oltu tehty 744 potilaalle/asiakkaalle

Kehittämistoimenpiteet: Kaatumisten ennaltaehkäisyn toimintamalli on valmistunut ja pilotointi on käynnistynyt, Varmoin askelin – Opas ikääntyneiden kaatumisten ehkäisyyn on julkaistu ja kaatumisen ehkäisyn verkkosivut on julkaistu.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 5/6

Tiedonkulku ja tiedonhallinta, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 11: Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Potilas-/asiakastietojen hallintaan liittyvät vaaratapahtumat olivat edelleen yleisin syy tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvissä vaaratapahtumissa. Ne kuitenkin vähenivät 9 kpl, edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät poikkeamien syyt ovat:

- Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilas-/asiakastieto 143 kpl
- Muu syy 79 kpl
- Tietojen haku järjestelmästä tai syöttö järjestelmään estynyt 33 kpl

Hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteisiin liittyviä ilmoituksia oli 18 kpl enemmän edellisvuoteen verrattuna.

Hoidon järjestelyt: ilmoitukset hoidon järjestelyihin liittyvistä vaaratapahtumista ovat hieman kasvaneet (+27 kpl). Niistä suurin osa kohdistui seuraaviin poikkeamiin:

- Syy ei tiedossa 70 kpl
- Väärä, virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohe 64 kpl
- Ajanvaraus tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 49 kpl

Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvien vaaratapahtumien ilmoitukset vähenivät hiukan, 14 kpl. Yleisimmät poikkeamien syyt ovat:

- Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 53 kpl
- Muu syy 28 kpl
- Väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto 19 kpl
- Välitetty väärä, epätarkka tai puutteellinen tieto 18 kpl

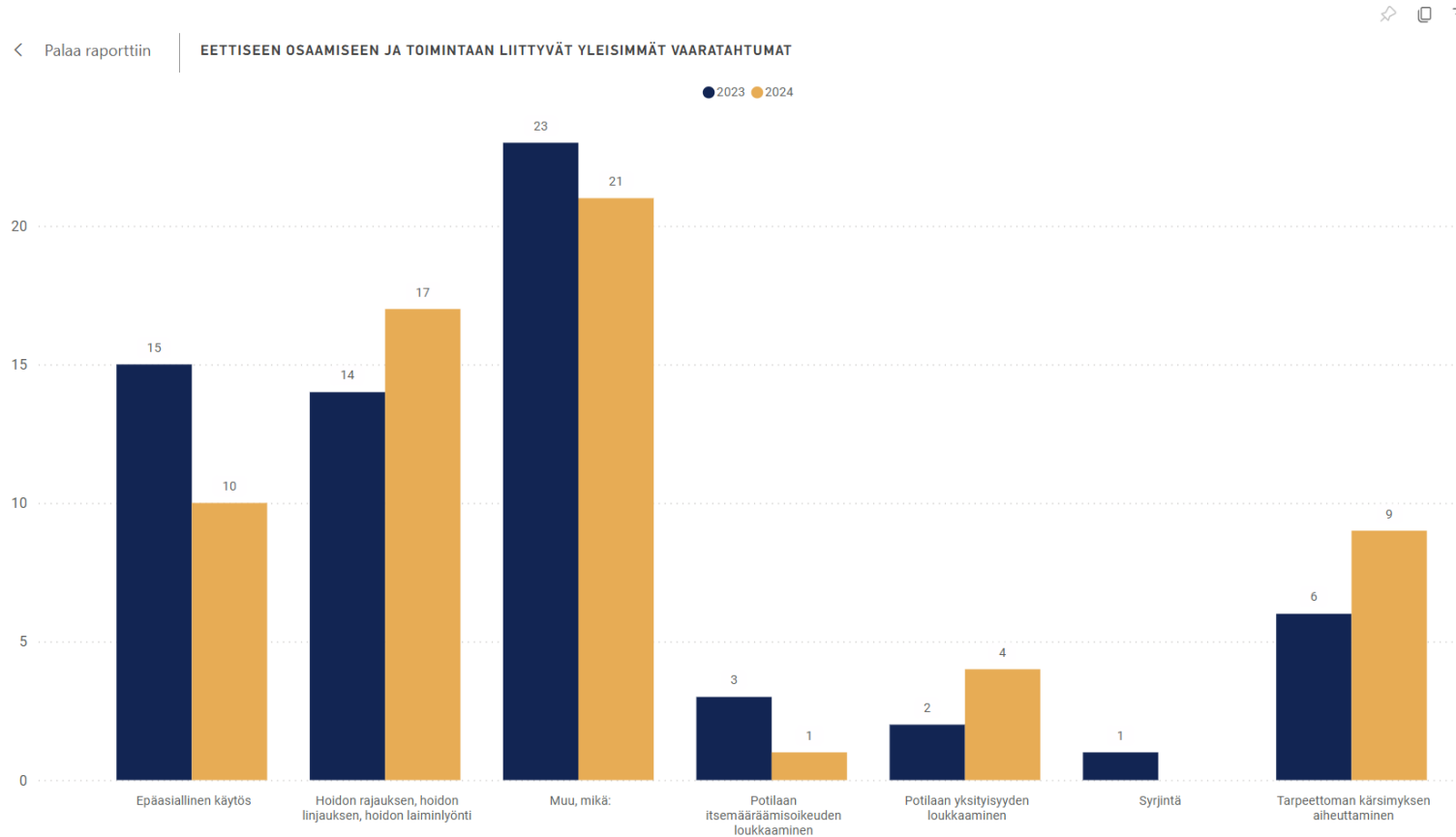
Kirjaamisen kehittämistoimenpiteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen käsikirjan vaiheittainen laadinta ja käyttöönotto oli käynnissä ja kirjaamiskoordinaattorit pitivät siihen liittyviä jalkautustilaisuuksia. Yksiköiden tarpeiden mukaisia lisäkoulutuksia on järjestetty. Yhtenäinen hoitosuunnitelmapohja on laadittu tiedonkulun ja laadukkaan kirjaamisen parantamiseksi.

Hoitokäytänteiden kehittäminen ja varmistaminen:

- Hoitokäytänteitä yhtenäistetty ja dokumentoitu sekä hoitokäytäntöihin liittyviä työnkulkuja/prosessikuvauksia on mallinnettu IMS-järjestelmään, jossa varmistetaan ohjeiden ajantasainen ylläpito.
- Turvallisten ja ajantasaisten hoitokäytäntöjen toteutumista ja osaamista on vahvistettu koulutussuunnitelmien mukaisilla eri aihealueisiin painottuvilla koulutuksilla (mm. käsi- ja käsinehygieniä, tunnista epidemia, hoitoympäristön - ja hoitotarvikkeiden puhtaus ja infektioiden torjunnan perusteet kesätyöntekijöille)

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 6/6

Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat



Vaaratapahtumien tyyppiluokittelussa käytettävä eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvä tapahtumatyyppi oli valittuna tarkastelujaksolla 1.1.-31.8.2024 77:ssä ilmoituksessa ja jakautui tarkemmin seuraavanlaisesti (kuva 12):

- epäasiallinen käytös 10 kpl (-5 kpl)
- hoidon rajaus/hoidon linjaus/hoidon laiminlyönti 17 kpl (+3 kpl),
- muu 21 kpl (-2 kpl)
- potilaan itsemääräämisoikeuden loukkaaminen 1 kpl (-2 kpl)
- Potilaan yksityisyyden loukkaaminen 4 kpl (+2 kpl)
- Syrjintä 0 kpl (-1 kpl)
- tarpeettoman kärsimyksen aiheuttaminen 9 kpl (+3 kpl)

Kuva 12: Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Vakavat vaaratapahtumat ja tehdyt toimenpiteet



Kuva 13: vakavat vaaratapahtumat ajalla 1-12/2023 ja 1-12/2024.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmä on käsitellyt 19 kpl Haiproilmoitusta v. 2024 aikana

- Vakavia vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty n. 2 viikon välein
- Käynnistetty yhteensä 6 uutta tutkintaa
- 4 tutkintaa on saatu valmiiksi, joista 2 oli v. 2024 aikana käynnistettyä tutkintaa
- Tutkinat kohdistuivat lääkehoitoon, potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja tapaturmaan/onnettomuuteen.
- 13 vakavaa vaaratapahtumailmoitusta on palautettu normaaliin käsittelyprosessiin ja annettu kehittämissuosituksia sekä jatkotoimenpiteet.

Tehdyt keskeisimmät toimenpiteet:

- Laadittu Kielitaitovaatimukset ja kielitaidon varmistamisen keinot – toimintaohje. Ohje sisältää myös kuvauksen tarkastusvelvollisuudesta ja vastuista rekryointitilanteissa.
- Sopimusvalvonnan vastuiden selvitys- ja kuvaamistyö vuokratyöntekijöiden kielitaidon varmistamisen osalta käynnistetty.
- Koulutussuunnitelma tehty selkokielisten dokumenttien laatimisesta. Koulutukset toteutetaan keväällä 2025.
- Konsultaatiokäytänteet ja toimintaohjeet päivitetty.
- Hoitajien käsikirjat tarkastettu ja päivitetty.
- Asiakas- ja potilastietojärjestelmän kirjaamisen sisältökoulutukset käynnistetty.

RAI-arviointivälineen käyttö ikääntyneiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa

- Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä.
- RAI-arvioinnissa muodostuu asiakkaan terveydentilaa, voimavaroja ja avuntarvetta kuvaavia yksilömittareita, joita käytetään
 - asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa
 - hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa
 - hoidon ja kuntoutumisen seurannassa.
- Yksilömittareista saadaan vertailumittareita, kun tietoja tarkastellaan asiakasryhmittäin. Vertailumittareita käytetään
 - asiakaskunnan tarkastelussa ja ryhmittelyssä
 - organisaation tai toimintayksikön toiminnan kehittämisessä ja laadun seurannassa
 - kansallisessa vertailussa ja tutkimuksissa.
- Asiakas- ja potilasturvallisuuden arvioinnin edistäminen
 - RAI-arviointijärjestelmän käyttö on vakioitu koskemaan kaikkia ikääntyneille suunnattuja palveluja. Velvoite koskee myös yksityisiä palveluntuottajia ja heille tarjotaan mahdollisuus liittyä RAI-järjestelmään.
 - Henkilökuntaa perehdytetään ja koulutetaan säännöllisesti RAI-arviointijärjestelmien käyttöön ja arviointien tekemiseen.
 - Laatu- ja vaikuttavuusmittaristo on otettu käyttöön ikääntyneiden kotihoidossa ja asumispalveluissa: laadun ja vaikuttavuuden kokonaiskuva sekä onnistumisten ja kehityskohteiden tunnistaminen.

Asiakaskokemus ja osallisuus

- Asiakaskokemus ja asiakaspalautteet
- Muistutukset ja kantelut
- Sosiaali- ja potilasasiavastaavatoiminta
- Asiakkaiden yhdenvertaisuus

Asiakaskokemus ja asiakaspalautteet

Asiakaspalautteita saapui 81 982 kpl vuonna 2024. Kasvua palautevolyymissä +9 % edelliseen vuoteen nähden.

Keusoten NPS oli 56 vuonna 2024. Edellisen vuoden NPS oli 47. NPS parani +9. Suosittelijoiden prosenttiosuus vastaajista parani kuusi prosenttiyksikköä edellisestä vuodesta.

Vuonna 2024 yhteensä 67 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän: ”Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun” kanssa. Vuonna 2023 yhteensä 63 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajien prosenttiosuus parani neljä prosenttiyksikköä edellisestä vuodesta.

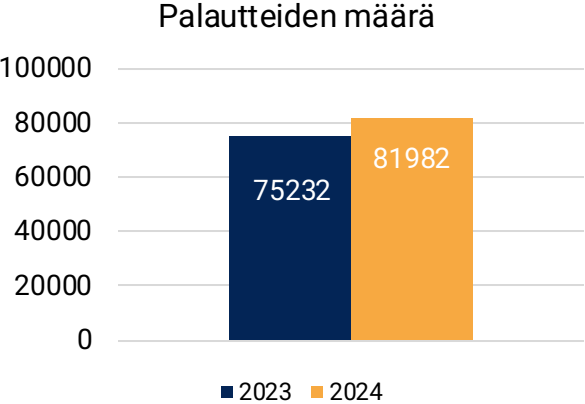
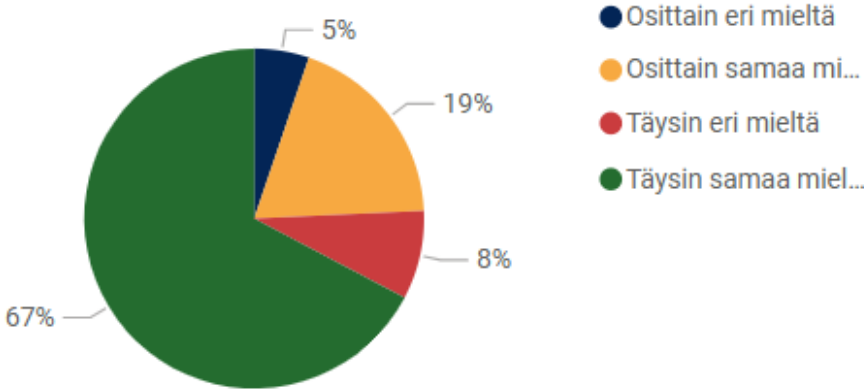
2024 = NPS 56



2023 = NPS 47



Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun



Kaavio 5: Palauteiden määrä vuosina 2023 ja 2024.

Kuva 14: Keusoten NPS (nettosuositteluindeksi).

Kuva 15: Vastaajien mielipiteen jakautuminen kysymykseen ”Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun” vuonna 2024.

Kiitosta saimme (poimintoja)

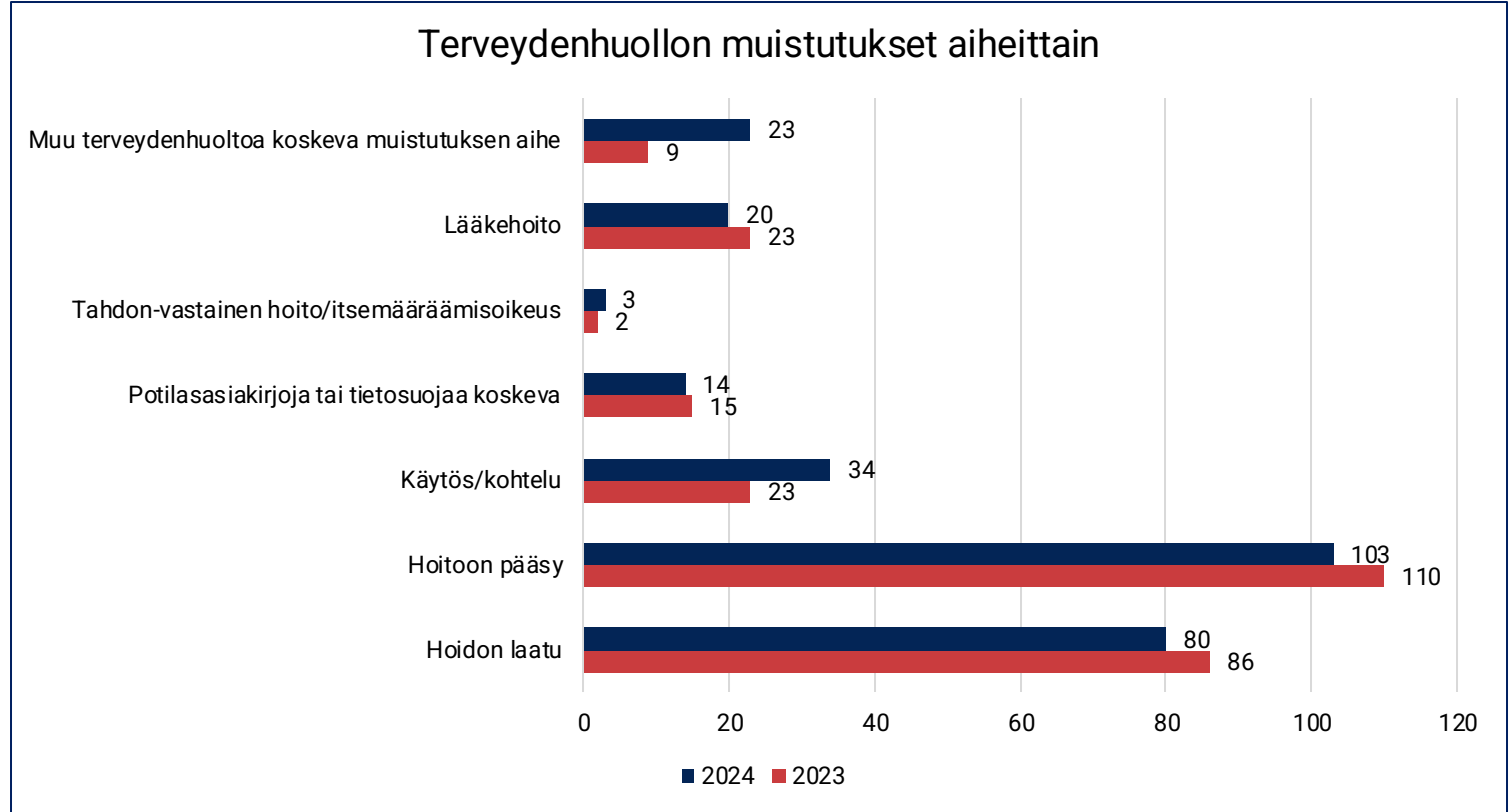
- Ammattilaisten osaaminen ja ystävällisyys
- Kiireetön kohtaaminen
- Kotikäynnit tai kotoa asioiminen

Kritiikkiä saimme (poimintoja)

- Hoitoon pääsy ja vasteajat
- Toimipisteiden opasteet tai muu puutteellinen palveluun liittyvä ohjeistus
- Digiasiointimahdollisuuden puuttuminen tai toimimattomuus

Terveydenhuollon muistutukset aiheittain

Ajalla 1-12/2024 terveydenhuollon muistutuksia saapui 277 kpl. Muistutusten aiheista suurin osa liittyi hoitoon pääsyyn (103kpl) joka oli 7kpl vähemmän kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana ja hoidon laatuun (80kpl) joka oli 6kpl vähemmän kuin edellisenä vuotena. Käytökseen ja kohteluun liittyviä muistutuksia oli saapunut 34 kpl joka on puolestaan enemmän kuin edellisenä vuotena vastaavana ajankohtana (+11kpl).

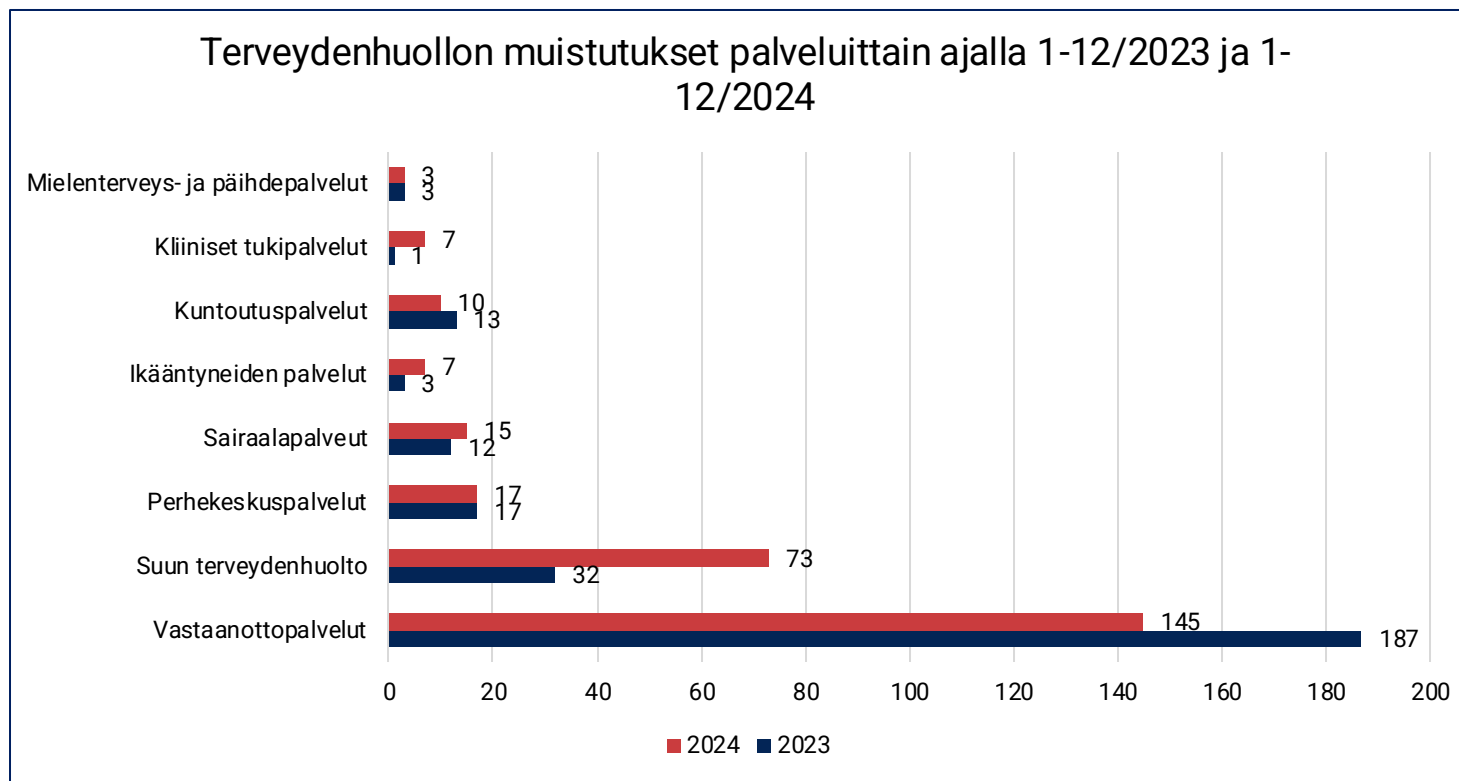


Kaavio 6: Terveydenhuollon muistutukset aiheittain vuosina 2023-2024

Vuosi	Hoidon laatu	Hoitoon pääsy	Käytös/kohtelu	Potilasasiakirjat tai tietosuojat	Tahdonvastainen-hoito/itse määräämisoikeus	Lääkehoito	Muu	Yhteensä
2024	80	103	34	14	3	20	23	277
2023	86	110	23	15	2	23	9	268

Terveysthuollon muistutukset palveluittain

Suun terveysthuollossa muistutusten määrä on kasvanut edellisen vuoden samaan ajankohtaan verrattuna (+41kpl). Samoin ikääntyneiden palveluissa määrä on hieman kasvanut (+4kpl). Myös sairaalapalveluissa (+3kpl) ja kliinisissä tukipalveluissa (+ 6kpl) määrät ovat hieman kasvaneet. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa määrä on pysynyt samana (3kpl). Vastaanottopalveluissa määrä on vähentynyt (-42kpl) kuten myös kuntoutuspalveluissa (-3kpl). (kaavio 7.)

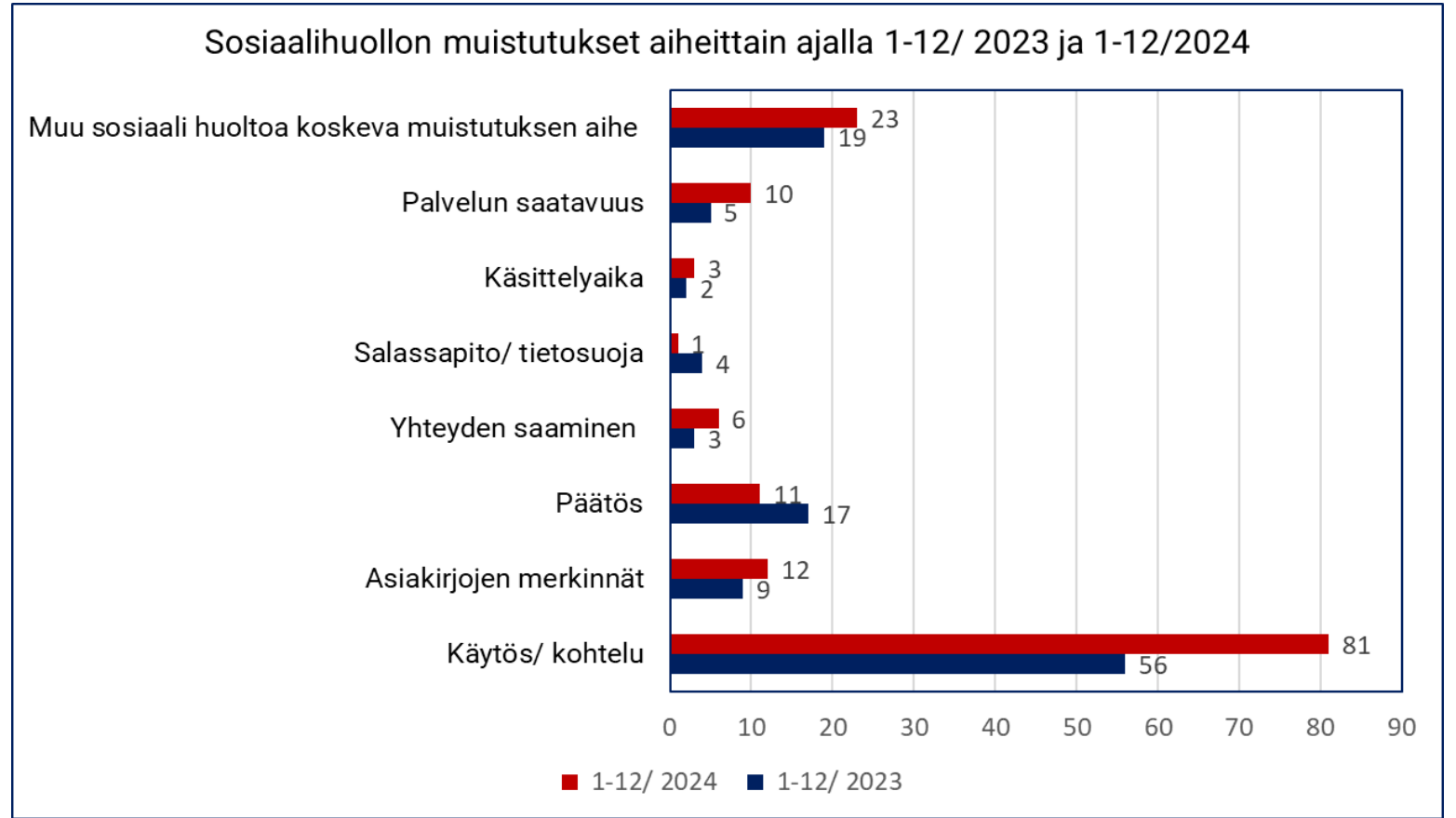


Kaavio 7. Terveysthuollon muistutukset tulosalueittain vuosina 2023-2024

Vuosi	Vastaanotto palvelut	Suun terveysthuolto	Perhekeskus palvelut	Sairaalapalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Kuntoutus palvelut	Kliiniset tukipalvelut	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhtensä
2024	145	73	17	15	7	10	7	3	277
2023	187	32	17	12	3	13	1	3	268

Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain

Sosiaalihuollon muistutuksia saapui yhteensä 147 kpl, joka on (32 kpl) enemmän kuin edellis- vuoden vastaavana ajankohtana. Yhteensä 81 kpl muistutuksista koski käytöstä ja kohtelua. Määrä on jonkin verran enemmän (+25 kpl) vuoteen 2023 verrattuna. Yhteensä 36 kpl käytökseen ja kohteluun liittyvistä muistutuksista koski lastensuojelua ja 13 kpl perhekeskuspalveluja. Päätöksiin liittyvät muistutukset olivat jonkin verran vähentyneet (17 kpl -> 11 kpl). Yhteyden saamiseen (6 kpl) ja asiakirjojen merkintöihin liittyvät muistutukset olivat (12 kpl) sen sijaan lisääntyneet (kuva 16).

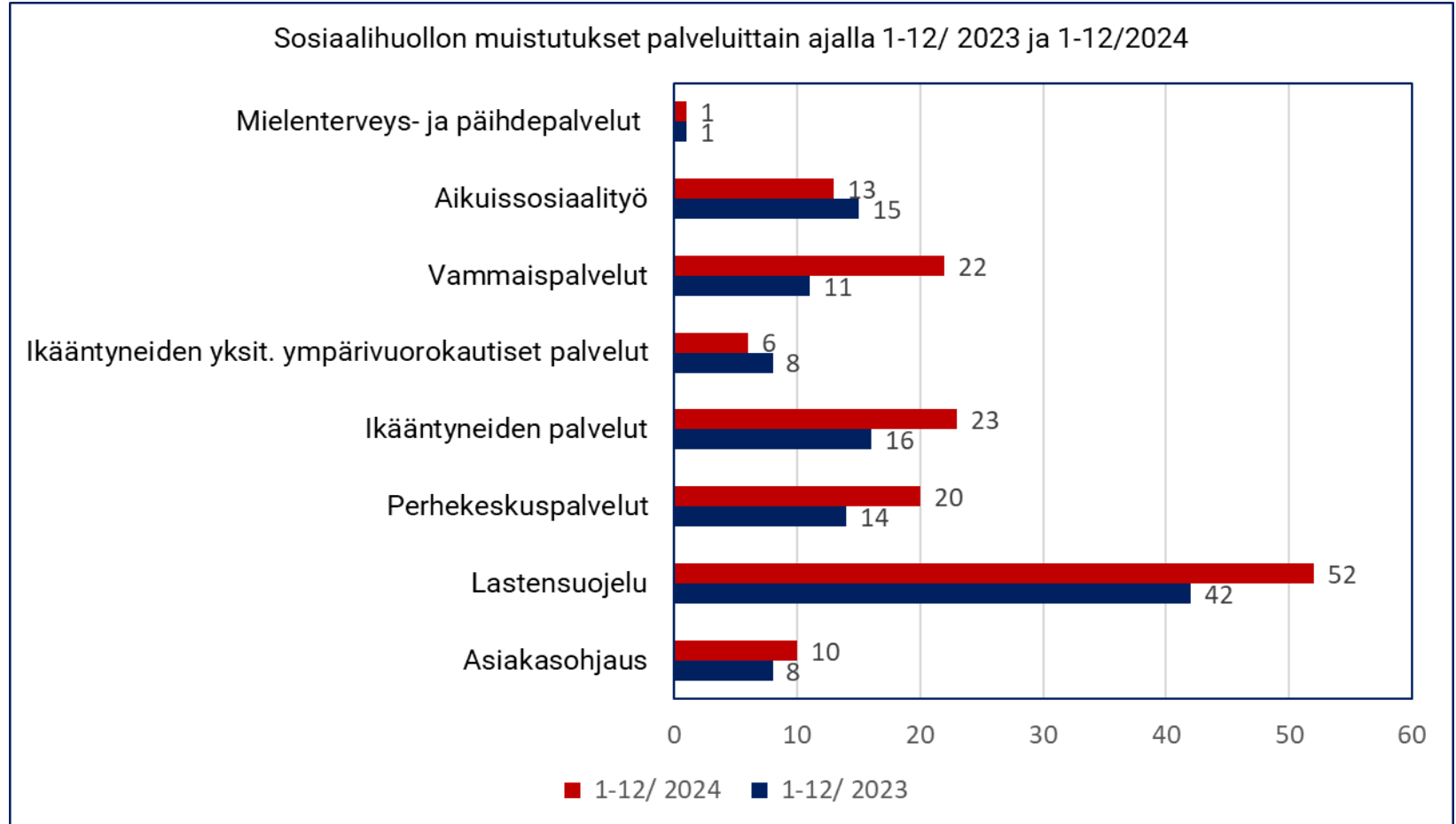


Kuva 16. Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain vuosina 2023-2024

Vuosi	Käytös/ kohtelu	Asiakirjojen merkinnät	Päätös	Yhteyden saaminen	Salassapito/ tietosuojaja	Käsittelyaika	Palvelun saatavuus	Muu sosiaalihuoltoa koskeva muistutuksen aihe	Yhteensä
2024	81	12	11	6	1	3	10	23	147
2023	56	9	17	3	4	2	5	19	115

Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvät muistutukset ovat pysyneet hyvin vähäisenä. Ikääntyneiden palveluihin liittyvien muistutusten määrä on lisääntynyt (+7 kpl) viimevuoteen verrattuna. Aikuissosiaalityöhön ja ikääntyneiden yksityisiin ympärivuorokautisiin palveluihin liittyvät muistutukset ovat vähentyneet hieman. Muissa palveluissa muistutusten määrä on sitä vastoin lisääntynyt verrattuna viime vuoden vastaavaan ajankohtaan. **Etenkin vammaispalveluihin liittyvät muistutukset ovat lisääntyneet merkittävästi** (kuva 17).



Kuva 17. Sosiaalihuollon muistutukset tulosalueittain vuosina 2023-2024

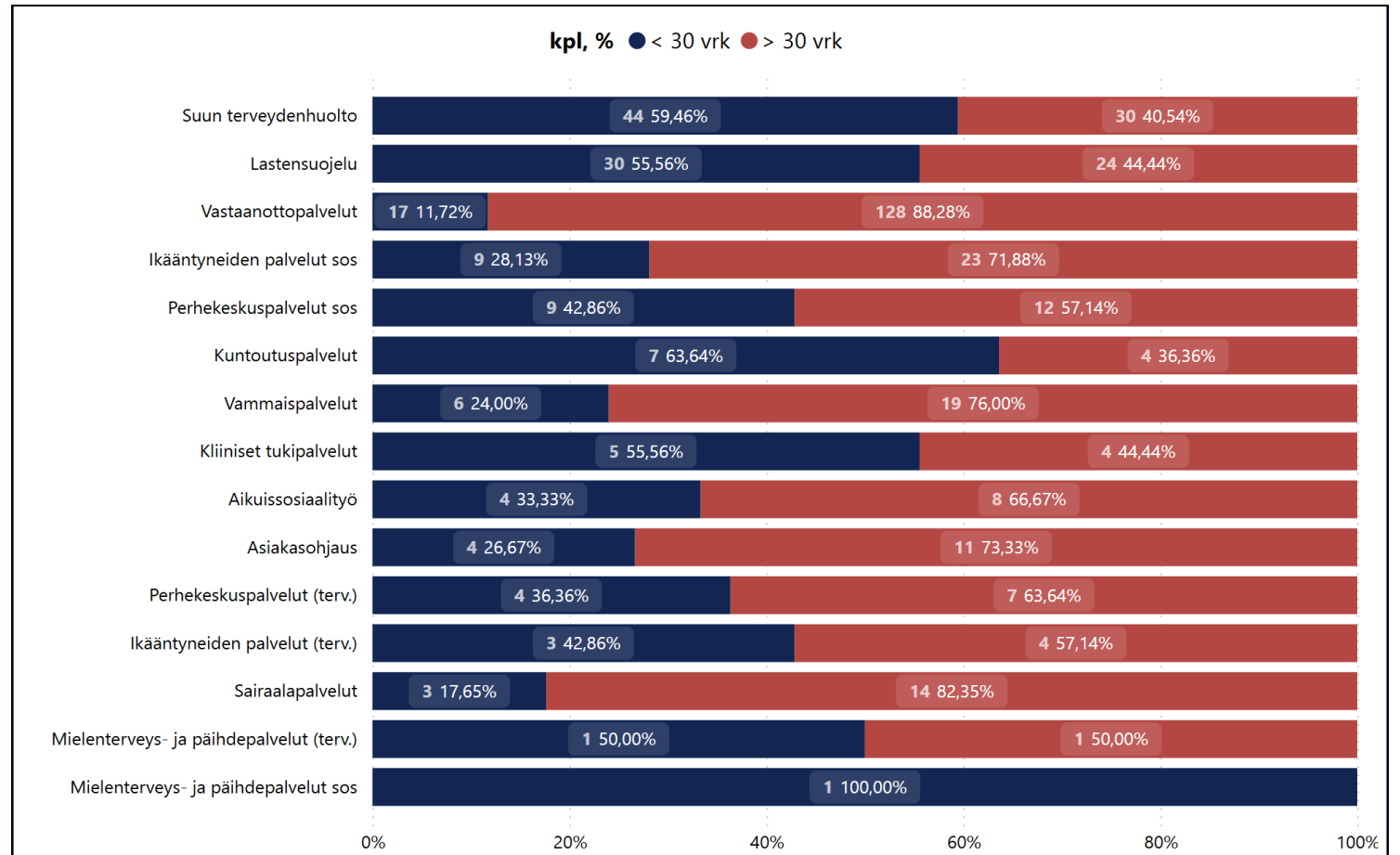
Vuosi	Asiakasohjaus	Lastensuojelu	Perhekeskuspalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Ikääntyneiden yksit. ympärivuorokautiset palvelut	Vammaispalvelut	Aikuissosiaalityö	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhteensä
2024	10	52	20	23	6	22	13	1	147
2023	8	42	14	16	8	11	15	1	115

Muistutusten käsittelyajat

Kaikista muistutuksista 34% (147kpl) oli käsitelty tavoiteajassa eli alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa (tilanne 13.1.2025).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut sos oli käsitelty 100% (1kpl) muistutuksista alle 30 vuorokaudessa. Kuntoutuspalvelut 64% (7kpl), suun terveydenhuolto 59% (44kpl), kliiniset tukipalvelut 56% (5kpl) ja lastensuojelu 56% (30kpl).

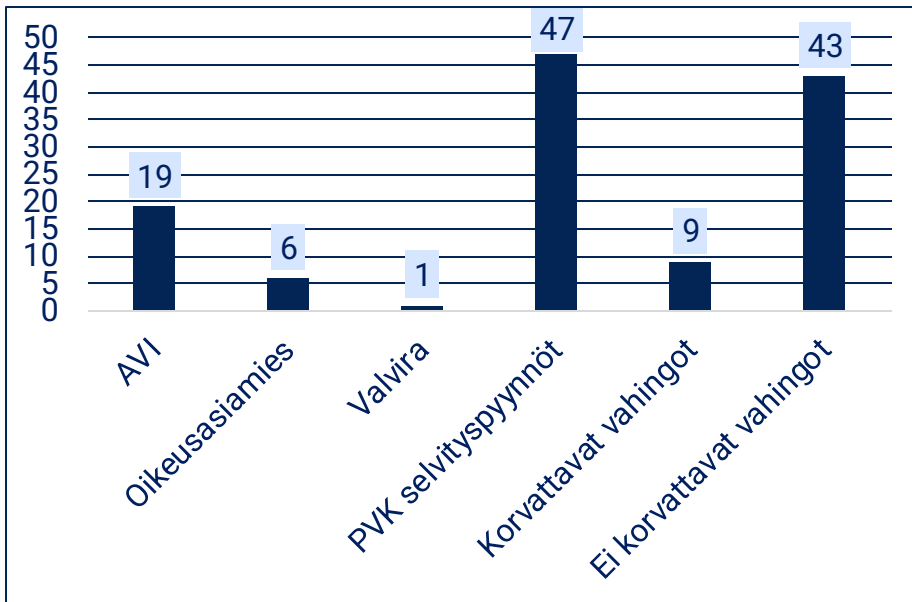
Muut palvelualueet olivat käsitelleet alle puolet muistutuksista tavoiteajassa. (kuva 18).



Kuva 18. Muistutusten käsittelyajat tulosalueittain

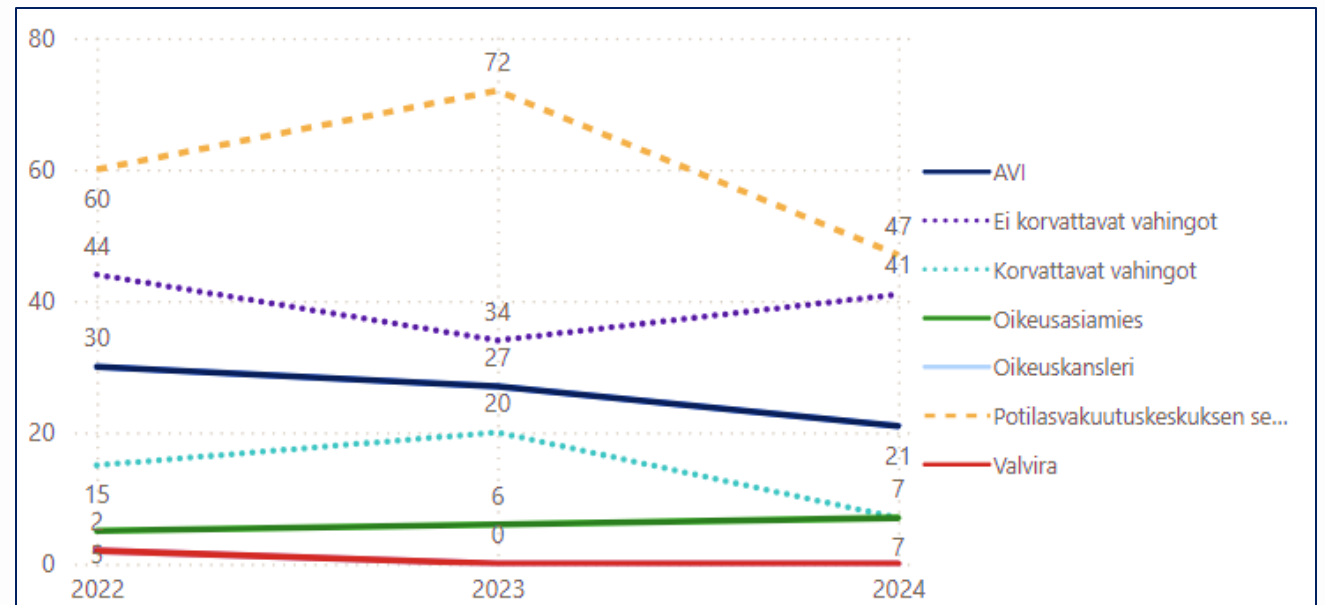
Kantelut

Kanteluita saapui AVI:sta 19kpl, oikeusasiamieheltä kuusi ja Valviralta yksi. Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyyntöjä saapui 47kpl, korvattavia vahinkoja on tilastoitu yhdeksän ja ei korvattavia vahinkoja 43 kpl. (Kaavio 8.).



Kaavio 8. Kantelut, potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnöt sekä korvattavat ja ei korvattava vahingot ajalla 1-12/2024

Kanteluiden ja potilasvakuutuskeskuksen selvityspyyntöjen määrät ovat hieman laskeneet (-25 kpl) edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna. Samoin korvattavien vahinkojen määrä on laskenut (-13 kpl) ja toisaalta ei korvattavien vahinkojen määrä noussut (+10 kpl) (kuva 19.).



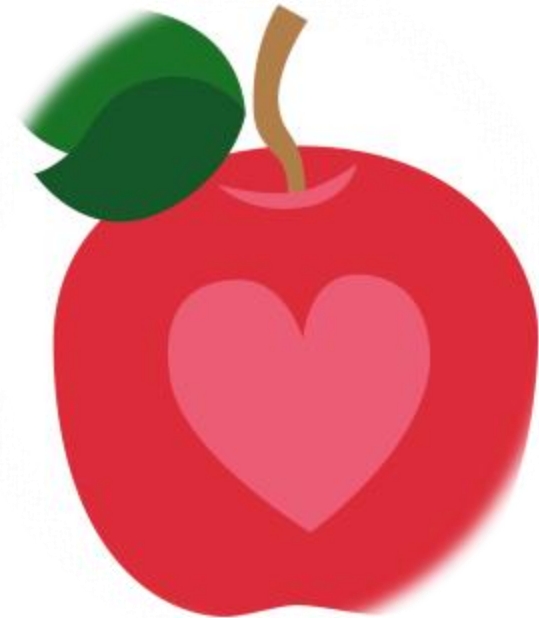
Kuva 19. kantelut ja vakuutuskeskuksen selvityspyynnöt vuosina 2022-2024

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot 1/3

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan tehtävässä korostuu asiakkaiden ohjaaminen ja neuvominen heidän oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan tehdä esimerkiksi muistutus liittyen heidän hoitoonsa tai sosiaalihuollon palveluun.

On tärkeää huomioida, että sosiaali- ja potilasasiavastaavat ovat puolueettomia henkilöitä, jotka eivät voi ottaa kantaa lääketieteelliseen hoitoon tai ammattihenkilöiden toimintaan. Vaikka joissakin tilanteissa sosiaali- ja potilasasiavastaava saattaisikin ymmärtää taustasyitä sille, miksi muistutusta ei välttämättä tarvitsisi tehdä, he eivät voi jakaa näitä näkemyksiä asiakkaille, koska ne voisivat sisältää mm. lääketieteellistä tulkintaa.

Edellä mainitusta syystä onkin tärkeää, että asiakkaat itse arvioivat oman tilanteensa ja päättävät, onko heidän mielestään muistutuksen tekeminen perusteltua. Heillä on oikeus tehdä muistutus, mikäli he kokevat sen tarpeelliseksi. Sosiaali- ja potilasasiavastaava voi tukea ainoastaan tarjoamalla tarvittavaa tietoa ja neuvoja oman roolinsa puitteissa.

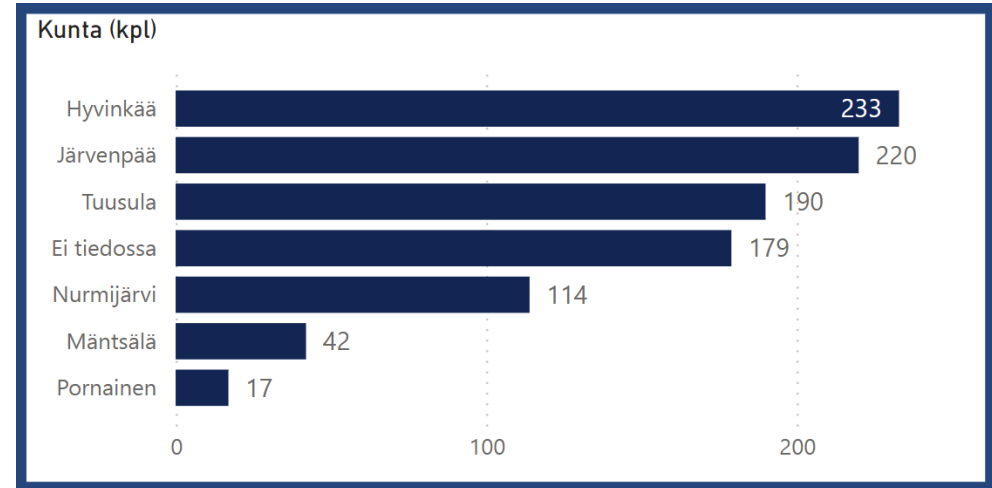


Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot 2/3

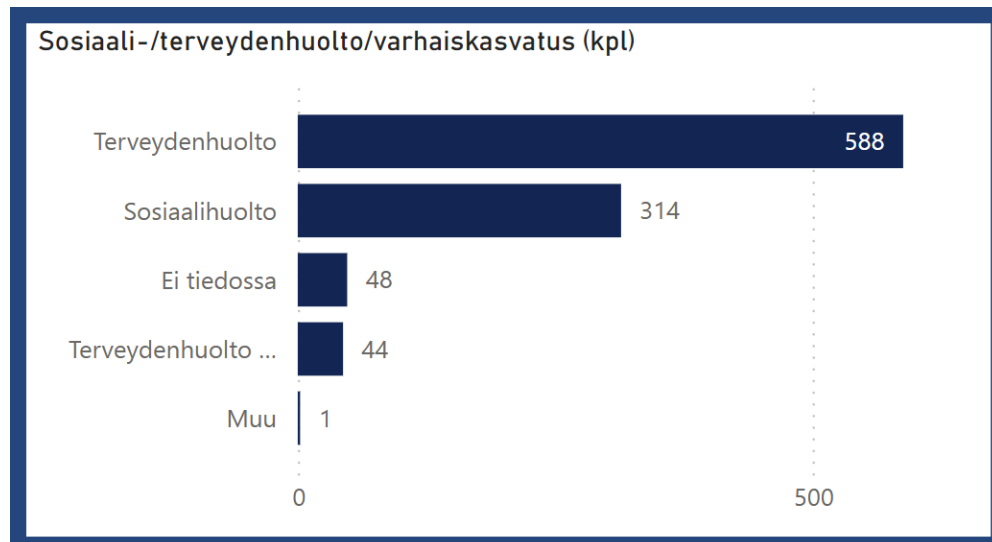
Sosiaali- ja potilasasiavastaava vastaanotti 1133 yhteydenottoa, joista 995 koski Keusoten tuottamia palveluja. Keusoten asiakkaita oli yhteensä 661 kpl ja uusia asioita eli asiatapauksia 749 kpl. 246 yhteydenottoa koski siis samassa asiassa uudelleen asiointia. Eniten yhteydenotoista kohdistui Järvenpäähän ja Hyvinkäälle. 179 yhteydenotossa kunta ei ollut tiedossa (kuva 20.).

Keusoten palveluja koskevista yhteydenotoista terveydenhuollon palveluihin kohdistui 588 yhteydenottoa ja sosiaalihuoltoon 314 yhteydenottoa. (kuva 21).

90,95% yhteydenotoista koski julkisia palveluja ja 5,46% yksityisiä palvelujen tuottajia. Osassa yhteydenotoista palveluntuottaja ei ollut tiedossa.



Kuva 20. Yhteydenotot kunnittain



Kuva 21. Yhteydenottojen jakautuminen terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja varhaiskasvatuksen asiakkaiden mukaan

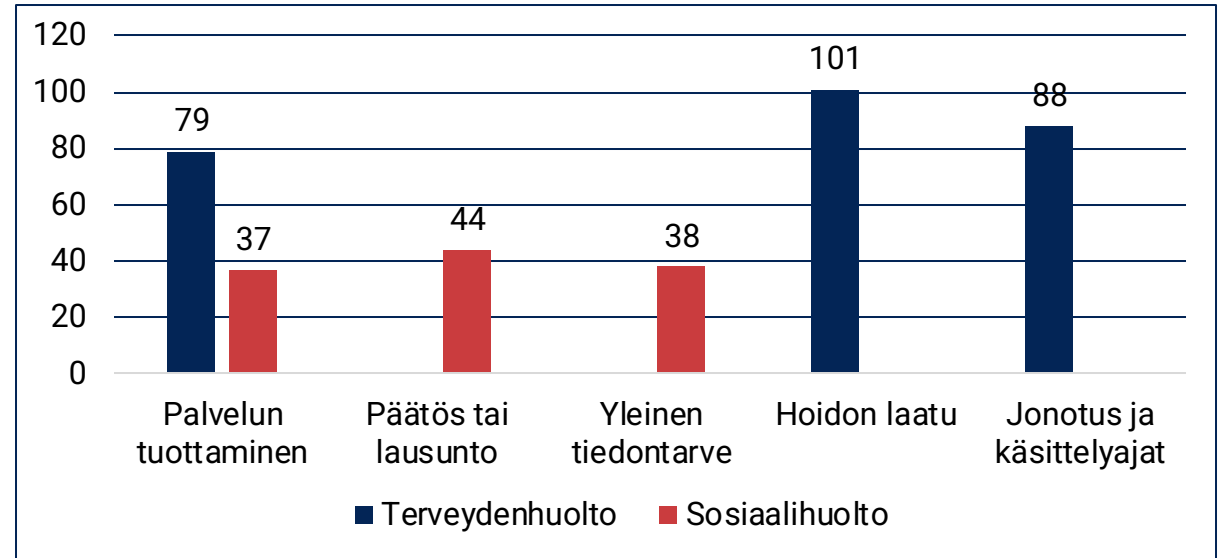
Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot 3/3

Keusoten palveluita koskevista asiatapahtumista kolme eniten esiintyvää syytä olivat palvelun tuottaminen (128 kpl) , hoidon tai palvelun laatu (124 kpl) ja jonotus- ja käsittelyaika (100 kpl) (kaavio 9.).

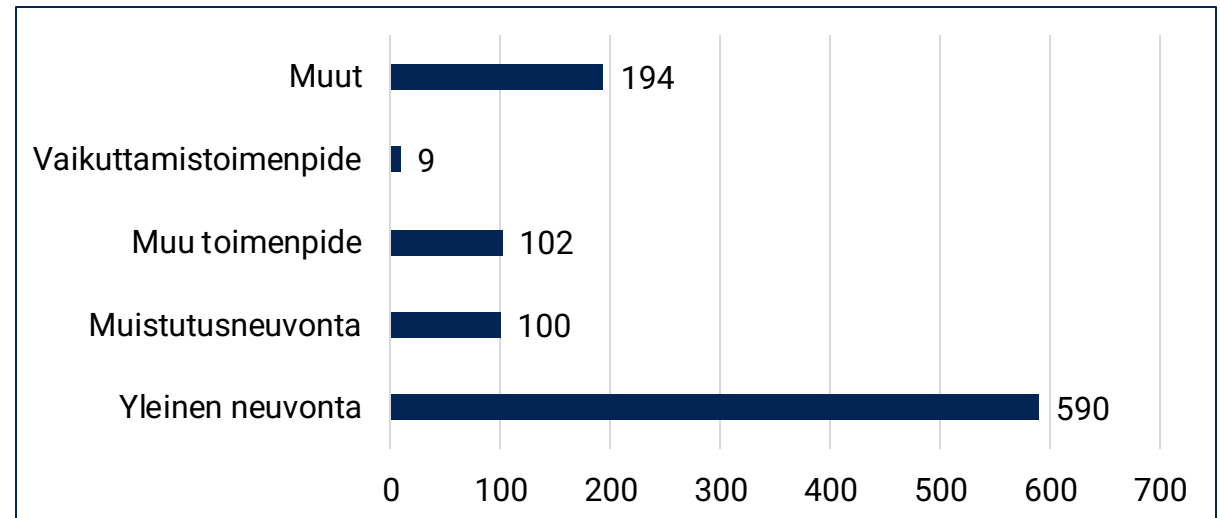
Sosiaalihuollon asiatapahtumat painottuivat palvelun tuottamiseen (37kpl), päätöksiin (44kpl) ja yleiseen tiedontarpeeseen (38kpl). Terveysthuollon asiatapahtumat painottuivat myös palvelun tuottamiseen (79kpl) sekä hoidon laatuun (101kpl) ja jonotus- ja käsittelyaikoihin (88kpl).

Sosiaalihuollon asiatapahtumat koskivat eniten vammaispalveluja (53kpl), lastensuojelua (39kpl) ja aikuissosiaalityötä (39kpl) ja terveysthuollon asiatapahtumat vastaanottopalveluja (253kpl), suun terveysthuoltoa (73kpl) ja sairaalapalveluja (58kpl).

Sosiaali- ja potilasasiavastaan toimenpiteistä 590kpl oli yleistä neuvontaa. Muistutusneuvontaa annettiin 100 kertaa johon on sisältynyt myös muistutusvastineiden tiedusteluja. Muu toimenpide (102kpl) sisältää tapaamisten sopimisia, asioiden ohjaamista oikealle taholle sekä asiakkaan tilannepäivityksiä. Vaikuttamistoimintaan (9kpl) on sisältynyt mm. yhteydenottoja esimiehiin sekä kirjaamoon (kaavio 10.).



Kaavio 9. Yleisimmät yhteydenottojen aiheet



Kaavio 10. Sosiaali- ja potilasasiavastaavien toimenpiteet

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan huomiot



- ✓ Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyssä on ollut epäkohtia. Suun terveydenhuoltoon liittyvistä yhteydenotoista (73kpl) lähes 50% (35kpl) koskee hoitoon pääsyä. Hoitoon pääsyn ongelmat nousevat esille myös muistutuksissa, jotka ovat suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn osalta lisääntyneet verrattuna viime vuoteen (+34kpl). Samoin kanteluiden määrä on lisääntynyt edelliseen vuoteen verrattuna.
- ✓ Vammaispalveluun liittyvistä yhteydenotoista yli puolet (56%) ovat koskeneet vammaisten liikkumista tukevia palveluja ja kuljetuspalvelun muutokset ovat selvästi herättäneet kysymyksiä asiakkaissa. Sosiaaliasiavastaavalle on välittynyt kuva ettei kuljetuspalvelujen myöntämisperusteita ole riittävästi perusteltu asiakkaille ja toisinaan ne ovat olleet ristiriidassa hakemusten kanssa.
- ✓ Sosiaalihuollon palveluja hakevilla on oikeus saada perusteltu päätös kirjallisesti. Viranhaltijan päätökseen tulee aina liittää oikaisuvaatimusohjeet. Sosiaalihuollon viranhaltijan päätöksestä voi tehdä oikaisuvaatimuksen hyvinvointialueelle. Hallintolain 434/2003 §49e mukaan oikaisuvaatimus on käsiteltävä kiireellisenä. Asiavastaavien näkemyksen mukaan oikaisuvaatimusten käsittelyssä on ollut kohtuutonta viivettä, joka on heikentänyt hyvinvointialueen asiakkaiden asemaa.
- ✓ Valvira ohjeistaa toimintayksiköitä käsittelemään muistutukset asianmukaisesti ilman viivytyksiä. Potilaiden ja asiakkaiden tekemien muistutusten käsittelyssä on kuitenkin havaittu puutteita ja muistutuksiin vastaamisen tavoiteaika (1 kk) ei ole toteutunut asianmukaisesti. Vain 34% (140kpl) muistutuksista on vastattu 30 päivän tavoiteajassa (tavoite 80%). Muistutusten käsittelyajoissa onkin esiintynyt viivästyksiä jo useamman vuoden ajan. Pitkät odotusajat saattavat herättää huolta siitä, kuinka vakavasti muistutukset otetaan ja kuinka tehokkaasti niihin reagoidaan.
- ✓ Muistutusvastausten sisällössä on myös havaittu kehittämisen tarvetta. Joissakin tapauksissa vastaukset jäivät liian yleiselle tasolle, mikä saattaa heikentää potilaiden/asiakkaiden luottamusta palvelun toimivuuteen sekä siihen, että asia on käsitelty asianmukaisesti.

Asiakkaiden yhdenvertaisuus

Asiakkaiden yhdenvertaisuuden varmistaminen

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2024	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
<p>Yhtenäiset palvelukuvaukset on laadittu ja palvelusisällöt yhtenäistetty hyvinvointialueen palvelukatalogiin.</p>	<p>Palvelukatalogi julkaistiin verkkosivuilla huhtikuussa. Palvelukatalogin päivitys toteutettiin joulukuussa 2024.</p>	<p>Palvelukatalogista kerättyä palautetta hyödynnettiin palvelukatalogin päivityksen yhteydessä syksyllä 2024. Palvelukatalogin rakennetta on yhtenäistetty Aura-luokittelun mukaiseksi soveltuvin osin.</p>
<p>Eri väestöryhmien ja haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien yhdenvertainen pääsy palveluihin ja mahdollisuudet hyödyntää palveluita ja saada erityispalveluita (palveluverkko, asiakasmaksut, palveluissa käytettävä kieli).</p>	<p>Saavutettavuus-direktiivin vaatimukset on huomioitu verkko- ja digipalveluasioinnissa. Verkkosivut on julkaistu englannin ja ruotsin kielisinä.</p>	<p>Asiakkailta kerätään jatkuvaa palautetta verkkosivujen ja digipalveluiden saavutettavuuden parantamiseksi. Verkkosivujen saavutettavuudessa hyödynnetään WebReader-kuuntelutoimintoja.</p>

Laatutavoitteiden toteutuminen

Laatutavoitteet ja yhteenveto laatutavoitteiden toteutumisesta

- Asiakaskokemus
- Henkilöstö
- Asiakas- ja potilasturvallisuus
- Kokonaisturvallisuus/Tietosuoja- ja tietoturvallisuus
- Prosessit ja saatavuus
- Omavalvonta ja valvonta

Strateginen johtaminen

Ihmislähtöisyys – yhteistyö - vaikuttavuus



Omavalvonta ja valvonta

Palvelutuotannon henkilökunta parantaa palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja turvallisuutta sekä ennaltaehkäisee riskien toteutumista kaikissa yksiköissä toteutettavalla omavalvonnalla. Palvelujen laatua ja turvallisuutta varmistetaan suunnitelmallisella, säännöllisellä ja yhdenmukaisella palvelutuotannon ohjauksella ja valvonnalla.



Asiakaskokemus

Asiakaslähtöistä hoidon ja palvelun laatua toteutetaan palvelupauksen ”saan laadukasta hoitoa ja palvelua tarpeideni mukaisesti”:

Asiakas

- on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja palveluun,
- saa tarvitsemansa hoidon tai palvelun
- kokee tulleen kuulluksi
- kohdataan tasavertaisesti, arvokkaasti ja eettiset arvot huomioiden,
- voi käyttää lainsäädännön mukaisia monikanavaisia oikeusturvakeinoja.

Asiakkaita osallistetaan ja asiakaskokemustietoa hyödynnetään turvallisuuden, asiakasprosessien kehittämisessä ja arvioinnissa.



Henkilöstö

Palveluhenkinen, kyvykäs ja hyvinvoiva henkilöstö tuottaa asiakaslähtöisiä palveluja. Riittävällä, sitoutuneella ja osaavalla henkilökunnalla turvataan asiakas- ja potilasturvallisuuden laatu sekä riskienhallinta. Toimintakulttuurimme tukee työntekijän motivaatiota ja vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön. Strategisena tavoitteena on työelämän laadun parantaminen.



Prosessit ja saatavuus


Asiakaslähtöiset palveluketjut (ydinprosessit) on ryhmitelty asiakasryhmittäin palvelutarpeen mukaisesti (segmentoitu) ja asiakasprosessit on kuvattu. Asiakasprosesseja arvioidaan säännöllisesti. Prosesseissa ja palvelun laadussa havaittuihin poikkeamiin reagoidaan nopeasti määräaikojen puitteissa. Hyvinvointialueen arjessa toteutuu jatkuvan parantamisen toimintamalli. Palvelut ovat asiakkaiden saavutettavissa lakisääteisten määräaikojen puitteissa.




Asiakas- ja potilasturvallisuus – kokonaisturvallisuus – Keusoten laadun kivijalka

Henkilökunta varmistaa turvallisuuden toteutumisen hyvinvointialueen turvallisuus- ja riskienhallinnan periaatteiden mukaisesti. Turvallisuuskulttuuria edistetään moniammatillisessa yhteistyössä rakentamalla ja kehittämällä toimintamalleja, joilla ehkäistään vahinkojen syntymistä. Asiakkaita, potilaita ja läheisiä kannustetaan osallistumaan turvallisuuden kehittämiseen. Palvelun ja hoidon turvallisuutta varmistetaan toteuttamalla potilasta/asiakasta suojaavia käytäntöjä ja oppimalla läheltä piti -tilanteista.

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 1/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakaskokemus			
NPS	Keski-Uudenmaan Hyvinvointialueen kumulatiivinen asiakaskokemus	> 80	56
Asiakaskokemuksen väittämät - Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun - Koin tulleen kuulluksi		> 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun 67% Koin tulleen kuulluksi 73%
Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 5 arkipäivää	316/1089 (29%)
Muistutukset (lkm) käsitellään määräajassa	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja Valviran ohjeistus selvityksen antamisesta kohtuullisessa ajassa (1-4 vko)	< 30 vrk	34%
Muistutukset (lkm) aiheittain -Hoidon laatu, hoitoon pääsy, käytös/kohtelu	Muistutusten aiheiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	217kpl (-0,1%)
Kantelut (lkm)	Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	28kpl (-15%)

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 2/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö			
QWL-indeksi	Työelämän laatu	> 55	57 %
Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön		75 %	72 %
Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusta edellytetään kaikilta ja on osa henkilöstön osaamisvaatimuksia.	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Kyllä/ei	Kyllä
Turvallisuussuunnitelmat kuuluvat osaksi henkilöstön perehdytystä	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Kyllä/ei	Kyllä
NSS (Net Safety Score)	Kansallinen henkilöstön turvallisuusindeksi Henkilöstön oma kokemus Keusoten turvallisuudesta arviointiasteikolla 1-5. "Minulla olisi turvallinen olo, jos olisin yksikössäni asiakkaana tai potilaana".	Käyttöönotto syksyllä 2023 ja lähtötilatieto +53 2024: 55 % kokee olonsa turvalliseksi 2026: 60 % kokee olonsa turvalliseksi	Kyllä/NSS = +54* *1-8/2024 toteuma

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 3/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee kyllä/ei	Kyllä. 1-12/2024 korvattiin 19% (9kpl) kaikista ilmoituksista (47Kpl). Korvattavien potilasvahinkojen määrä väheni 9%.
Vaaratapahtumailmoitusten lkm, joista Läheltä piti -tilanteiden %-osuus kaikista vaaratapahtumista kasvaa	Tavoite lisätä ilmoitusaktiivisuutta ja kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3 %, läheltä piti -tapahtumien osuus yli 50 %	Läheltä piti ilmoitusten prosentuaalinen osuus kaikista tehdyistä ilmoituksista kasvoi edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna. Keskiarvo läheltä piti-ilmoitusten prosentiosuudesta oli 20,1 % (1.1.-31.12.2023 19 %).
Lääke- ja nestehoitoon , verensiirtoon, varjotai merkkiaineeseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 19 %	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy	Läheltä piti -tapahtumia 24% (1.1.-31.12.2023 22,9%)
Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 4 %	Läheltä piti- tapahtumien osuus lisääntyy	Läheltä piti -tapahtumia 7 % (1.1.-31.12.2023 5,7%)
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 23 %	Läheltä piti-tapahtumien osuus lisääntyy	Läheltä piti -tapahtumia 21,2 % (1.1.-31.12.2023 23,1%)

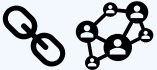
Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto 4/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Vakavien vaaratapahtumien lkm, %-osuus kaikista vaaratapahtumista	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) 1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Vakavien vaaratapahtumien osuus v. 2021 oli 0,73 %	< 1 %	Vakavia vaaratapahtumia % kaikista vaaratapahtumista 0,11 % (52 kpl) • 2023 0,09% (44 kpl)
Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireagointiaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk	< 2 kk	Ensireagointi 20 vrk • 2023 = 23 vrk Käsittelyaika 29 vrk • 2023 = 23 pv (kokonaan valmiiksi käsiteltyjen ilmoitusten keskimääräinen käsittelyaika)
Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 14 vrk	Käsittelyaika 20 vrk • 2023 44 vrk
RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä	RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä. Keusoten alueen yli 75-vuotiaat 17 823 (31.12.2022).	RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä nousee kyllä/ei	Kyllä, RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä on noussut. 3993 RAI-arvioitua asiakasta , 21 % (2023 12 %)


Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 5/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus			
Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaltuutetulle tehdään 72h sisällä		< 72 h	94 %
Julk.lain mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 vk	28 % (toteuma 1-11 / 2024 koska joulukuun läpimenoajat saadaan vasta helmikuussa)
GDPR:n mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 1 kk	30 % (toteuma 1-11 / 2024 koska joulukuun läpimenoajat saadaan vasta helmikuussa)
Lokitietopyynnöt (lkm) käsitellään määräajassa	Lokipyynnöt – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 kk	88 %
Vakavat tietoturvahäiriöt (MIM)	Vakavien tietoturvahäiriöiden tavoite lkm vuositasolla	0	0
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Varautuminen ja jatkuvuuden hallinta			
KUJA-arviointimallia toteutetaan vuosittain hyvinvointialueen varautumisen ja palveluiden jatkuvuudenhallinnan kehittämiseen.		Taso 3	Ei toteutunut.
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Palo- ja pelastusturvallisuus			
Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat on laadittu, katselmoitu ja henkilöstön saatavilla	Pelastussuunnitelma sisältää 3 dokumenttia 1) pelastussuunnitelma, 2) pelastussuunnitelman riskien arviointi ja 3) tarvittaessa suunnitelma kiinteistön väestönsuojan tyhjentämisestä. Poistumisturvallisuusselvitykset sisältävät kaksi dokumenttia A ja B osat.	100 %	Hyväksytyjä pelastussuunnitelmia yhteensä 33 kpl ja poistumisturvallisuusselvityksiä 32 kpl (Prosenttiosuudet ei tiedossa)
Turvallisuuskävelyt ja talokokoukset	Turvallisuuskävelyitä ja talokokouksia toteutetaan säännöllisesti		Turvallisuuskävelyitä 90 kpl Talokokouksia 90 kpl

Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto 6/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Prosessit ja saatavuus			
Asiakaslähtöiset palveluketjut (ydinprosessit) on segmentoitu ja asiakasprosessit kuvattu.		4 palveluketjua 16 segmentoitua asiakasprosessia	Toteutettu 2022-2023. Jatkokehittämisen raportointi toteutuu osana käyttösuunnitelman seurantaa.
Päivittäisjohtamisen toimintamalli toteutuu kaikissa yksiköissä	Lean	100 %	Toimipisteessä on käytössä päivittäisjohtamisen taulu: <ul style="list-style-type: none">- Käytössä kaikissa toimipisteissä: 107 vastausta.- Käytössä, mutta ei kaikissa toimipisteissä: 33 vastausta.- Ei ole käytössä: 77 vastausta.
SHQS-laatuohjelman mukaiset itsearviointitoteutuvat kaikissa yksiköissä	Kaikissa palveluissa on SHQS-laatuohjelma. SHQS-laatuohjelman toteuttamisella arvioidaan palveluiden laadunhallinnan tilannetta verraten sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin ja hyviin käytäntöihin sekä hyvinvointialueen omiin ohjeistuksiin.	100 %	Itsearviointitoteutettu laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti.
Lakisääteiset määräajat	Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat ja toteutumista seurataan Laapo-suunnitelman luvun 4.4 mukaisesti	100 %	Toteutuu osittain. Raportoidaan osana käyttötalouden toteutumisen raportointia.

Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto 7/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-12/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Valvonta ja omavalvonta			
Omavalvontasuunnitelmat on laadittu ja julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla.	Sosiaali- ja terveystalvöelujen laatua, turvallisuutta ja riskien ennaltaehkäisyä toteutetaan kaikissa palveluyksiköissä omavalvontasuunnitelman mukaisella omavalvonnalla.	100 %	99 % (75/76)
Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma on jalkautettu palvelutuotannon yksiköihin.	Asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä hyvinvointialueen Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti.	100 %	Jalkauttamisen työkalu laadittu ja tiedotettu esihenkilöitä.
Lääkehoito toteutetaan turvallisesti laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	Lääkehoitosuunnitelmat laadittu 100 %	Kyllä, hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelma päivitetty. Yksiköiden lääkehoitosuunnitelmia 45 kpl.
SHQS sisäiset auditoinnit toteutetaan säännöllisesti vuosisuunnitelman mukaisesti.	SHQS sisäisillä auditoinneilla arvioidaan palvelujärjestelmän toimivuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta; arvioimalla laadunhallintajärjestelmän, standardin, lainsäädännön, tavoitteiden, asiakas- ja potilas- sekä viranomaisvaatimusten mukaisuutta.	100 %	Sisäiset auditoinnit toteutettu syysmarraskuussa 2024 suunnitelman mukaisesti seitsemään (7 kpl) kohteeseen.
Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusten toteutumisen seuranta on osa omavalvontaa ja puutteisiin/ poikkeamiin puututaan	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) Koulutukset on sisällytetty perehdytysohjelmaan sekä koulutussuunnitelmaan, suoritetaan 5 vuoden välein.	Toteutuu 100 % Poikkeamat = 0	747 henkilöä (v. 2023 276 hlöä) on suorittanut koulutussuunnitelman mukaiset koulutukset.

Hyvinvointia yhdessä

KEUSOTE.FI