



# Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen

## Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma

### 2023-2024

Hyväksytty aluehallituksessa xx.x.2022 § xx  
Versio 2 tekninen hyväksyntä IMS-järjestelmässä Pirjo Laitinen-Parkkonen

# Sisällysluettelo

1 Johdanto .....	4
2 Toimintaympäristö .....	5
3 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusjärjestelmä .....	5
3.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka .....	6
3.2 Laatutavoitteet .....	6
3.3 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen .....	7
3.4 Laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät ja vastuut .....	8
3.5 Laatu- ja asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuri .....	13
4 Laadunhallinta .....	14
4.1 Prosessien ja toiminnan kehittäminen .....	16
4.2 Laadunhallinta-asiakirjat ja dokumenttien hallinta .....	16
4.3 Toiminnan seuranta ja arviointi .....	17
4.3.1 Vaaratapahtumien ilmoittaminen ja käsittely .....	17
4.3.2 Vaaratapahtumien tutkinta .....	18
4.3.3 Omaevalvonta .....	19
4.3.4 Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta .....	20
4.3.5 Sopimusohjaus ja -valvonta .....	21
4.3.6 Sisäinen tarkastus .....	21
4.4 Hoitoon ja palveluun pääsy .....	21
4.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma .....	27
4.6 Sosiaalihuollon asiakassuunnitelma .....	28
4.7 Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet .....	29
4.8 Hankintamenettelyt .....	30
5 Riskienhallinta .....	31
5.1 Tietosuoja ja tietoturva .....	31
5.2 Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskien arviointi .....	32
6 Osaamisen varmistaminen .....	33
6.1 Osaamisen johtaminen .....	33
6.2 Tulevaisuuden osaamisen tarpeiden ennakointi .....	34
6.3 Pehdytys ja ammatillisen osaamisen varmistaminen .....	34
6.4 Osaamisen kehittämisen menetelmät .....	34
6.4.1 Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus .....	35
6.4.2 Lean ja jatkuva parantaminen -koulutukset .....	36
6.4.3 Päivittäisjohtaminen .....	36
6.4.4 Asiakaslähtöisen toiminnan koulutukset .....	37
6.4.5 Laadunhallinnan koulutukset .....	37
7 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen .....	38
7.1 Asiakkaan kohtelu .....	38
7.2 Asiakkaiden osallisuutta tukevat rakenteet .....	38
7.2.1 Asiakaspalaute .....	39
7.2.2 Asiakasraadit, kokemusasiantuntijat ja asukaskehittäjät .....	40
7.2.3 Verkostokonsulttitoiminta .....	41
7.2.4 Asiakkaiden, potilaiden ja läheisten osallistaminen turvallisuuden kehittämiseen .....	41
7.3 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta .....	42
7.4 Tiedon välitys ja kirjaaminen .....	42
7.5 Terveystieteiden laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuus .....	44
7.6 Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen hoitokäynnillä .....	44
7.7 Turvallinen lääkehoito .....	45
7.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon muu fyysinen ympäristö .....	46
8 Kehittämistavoitteet vuosille 2023-2024 .....	47
9 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja raportointi .....	48
9.1 Johdon katselmukset .....	49
9.2 Sisäiset auditoinnit .....	49

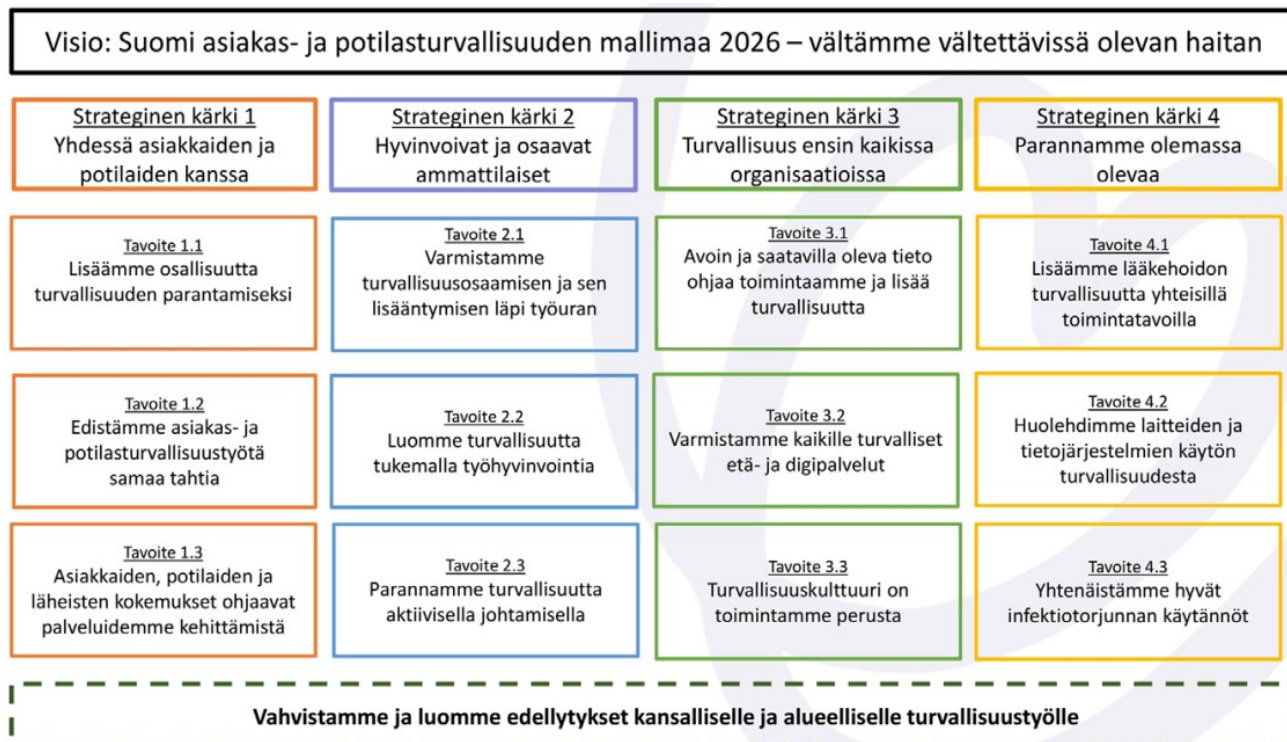
9.3 Gemba-kävelyt .....	50
9.4 Valvontakäynnit .....	51
9.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia edistävät järjestelmät .....	51
9.6 Vaaratapahtumien raportointi ja seuranta .....	52
9.7 Muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset ja muutoksenhaku .....	53
9.8 Jatkuva parantaminen .....	54
9.9 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman päivittäminen .....	54
10 Alueellinen ja valtakunnallinen yhteistyö .....	54
Lähteet- lait, standardit ja laatusuositukset .....	56
Käsitteet .....	58
Liite 1 Toimintaympäristö .....	59
Liite 2 Tavoitteet ja mittarit 2023-2024 .....	62
Liite 3. Laadunhallinnan vuosikello .....	66
Liite 4. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet eri palveluissa .....	68
Liite 5. Tiedon välitys ja kirjaaminen .....	71
Liite 6. Terveystieteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset .....	72

## 1 Johdanto

Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti. Suunnitelman tavoitteena on tukea turvallista ja laadukasta asiakas- ja potilastyötä jatkuvan parantamisen periaatteella. Suunnitelman tarkoituksena on ohjata hyvinvointialueen laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta ennakoivalla riskienhallinnalla sekä varmistamalla laadun ja turvallisuuden seuranta ja kehittäminen. Suunnitelman tarkoituksena on myös viestiä yhteistyökumppaneille ja asukkaille Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laadukkaasta ja turvallisesta toiminnasta, joka käsittää sujuvat, lakien ja laatusuosituksen mukaiset asiakasprosessit ja toimintatavat sekä henkilöstö- ja asiakastytyvyyden.

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä. Hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 7 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sille lailla säädettyjen tehtävien hoitamisesta, hyvinvointialueen asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta. Hyvinvointialue vastaa myös järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden yhdenvertaisesta saatavuudesta sekä tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 27 §:n mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon laadun tulee turvata asiakas- ja potilasturvallisuus. Lisäksi lain 40 §:n mukaan hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan on laadittava vastuulleen kuuluvista tehtävistä ja palveluista omavalvontaohjelma, jossa mm. kuvataan, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvallisuutta ja laatua seurataan sekä miten havaitut puutteet korjataan. Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma on osa hyvinvointialueen [omavalvontaohjelmaa](#) (sisäinen linkki).

Kansallinen Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022-2026 (kuva 1) sisältää asiakas- ja potilasturvallisuuden toiminnalliset ja laadulliset tavoitteet asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Suunnitelma linjaa, että hyvinvointialueen tulee seurata järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman tilaa ja laatua käyttäen monipuolisesti eri seurantamenetelmiä ja lähteitä.



Kuva 1. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022-2026 keskeinen sisältö (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022:2 STM 2022)

Terveydenhuoltolain 2 §:n tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja sekä vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Terveydenhuoltolain 8 § edellyttää, että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Terveydenhuollon laatua on säännöstelty myös potilaslaissa (785/1992), jonka 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista hyvään kohteluun, palveluun ja asiakassuhteen luottamuksellisuuteen säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) sekä useissa sosiaalihuollon eri asiakasryhmiä koskevissa erityislaeissa.

Terveydenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) ja sosiaalihuollon ammattihenkilölain (817/2015) tarkoituksena on edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä hyvää ammatillista kohtelua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edellä mainitut lait edellyttävät ammattihenkilöiltä ammattitoiminnan edellyttämää koulutusta, riittävää ammatillista pätevyyttä sekä ammattitoiminnan edellyttämiä valmiuksia ja mahdollisuutta kehittää sekä ylläpitää ammattitaitoaan. Molemmat lait velvoittavat sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä toiminnassa noudattamaan hyviä käytäntöjä.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2023-2024 perustuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen (341/2011) ja edellä mainittuun lainsäädäntöön, terveydenhuollon laatuoppaaseen, palvelukohtaisiin laatusuosituksiin, kansalliseen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaan ja toimeenpanosuunnitelmaan, laadunhallinnan ISO 9001 ja SHQS-standardiin, hyvinvointialueen strategiaan, laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan sekä hyvinvointialueen sisäisiin ohjeisiin ja periaatteisiin.

## 2 Toimintaympäristö

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue (Keusote) järjestää kaikki julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut jäsenkunnilleen (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula). Keusotessa toiminta tapahtuu kuntien omistuksessa olevissa toimitiloissa useissa eri yksiköissä.

Toimintamuodot ovat eri toimipaikoissa tapahtuvaa sosiaali- ja terveyspalvelua, joita ovat mm. vastaanotto- ja etävastaanotto- ja palvelutoiminta, etäpalvelutoiminta sekä ympärivuorokautinen asumis-, hoiva- ja sairaalapalvelu.

Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalvelut on jaettu neljään palvelualueeseen (ks. [Liite 1 Toimintaympäristö \(sisäinen linkki\)](#)):

- ikäihmisten ja vammaisten palvelut,
- terveyspalvelut ja sairaanhoito
- aikuisten mielenterveys- ja päihde- ja sosiaalipalvelut sekä lasten, nuorten ja perheiden palvelut
- hyvinvointi, terveys- ja asiakkuudet

Lisäksi hyvinvointialue ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta sekä erikoissairaanhoidonpalveluja HUS-yhtymältä.

### 3 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusjärjestelmä

Laatujärjestelmä on yleiskuvaus toiminnan laadusta, asiakas-, ja potilasturvallisuudesta sekä käytettävissä olevista laadunhallinnan menetelmistä. Laatujärjestelmän tarkoituksena on varmistaa laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikassa esitettyjen tavoitteiden toteutuminen sekä varmistaa, että Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen toimintaan liittyviä lakeja, asetuksia, standardeja, laatusuosituksia ja sääntöjä noudatetaan. Laatujärjestelmän avulla tarkastellaan palvelujärjestelmän rakennetta, prosesseja ja vaikuttavuutta systemaattisesti Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen SHQS-standardin avulla [SHQS-standardi \(sisäinen linkki\)](#)

Laatujärjestelmää kehitetään palautteiden, katselmusten, sisäisen tarkastuksen ja toiminnan arviointien eli auditointien avulla. Laatujärjestelmä katselmoidaan ja päivitetään 1-2 vuoden välein.

#### 3.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella laadukkaiden palvelujemme keskeiset elementit ovat asiakas- ja potilasturvallisuus, osallisuus, hyvä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelujen vaikuttavuus, palvelutuotannon oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus sekä valinnanvapaus. Toimintamme perustuu lakeihin, asetuksiin, laatusuosituksiin ja kuntayhtymän strategiaan. Arvoperustamme ohjaa meitä ihmislähtöiseen, avoimeen, luotettavaan ja korkealaatuiseseen päivittäiseen vastuulliseen ja kustannustehokkaaseen toimintaan.

Järjestämme asiakkaille heidän tarpeidensa mukaista ja ennaltaehkäisevää laadukasta palvelua. Palveluissamme asiakkaat tulevat kuulluiksi ja heidän tarpeensa ymmärretyiksi. Kohtaamme asiakkaan hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden ja tuemme asiakasta hänen palveluihinsa liittyvissä valinnoissa. Tähtäämme parhaaseen asiakaskokemukseen, joka perustuu dialogisuuteen asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Kannustamme asiakkaitamme osallistumaan ja vaikuttamaan toimintamme laadun ja turvallisuuden kehittämiseen. Tavoitteenamme on luoda asiakkaille ja potilaille tunne kokonaisvaltaisesta turvallisuudesta, joka mahdollistuu luottamuksellisessa suhteessa yhdessä ammattilaisten kanssa.

Hyvinvoiva ja kyvykäs henkilöstömme on laadukkaan palvelumme menestystekijä. Toiminnassamme panostamme hyvään työntekijäkokemukseen ja mahdollistamme yksilön sekä työyhteisön kehittymisen hyvällä osaamisen johtamisella. Tulevaisuuden osaamistarpeita ennakoimalla varmistamme palvelujen laadukkaan toteutumisen.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella hyvällä laadunhallinnalla tarkoitamme hyvää ja valmentavaa toiminnan johtamista, suunnittelua, jatkuvaa arviointia, moniammatillista ja proaktiivista toiminnan parantamista yhteistööhjautuvasti henkilöstön sekä asukkaiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Laadunhallintajärjestelmämme sisältää strategiaa tukevat laatutavoitteet ja yhdenmukaiset prosessit, toimintamallit ja -ohjeet. Hyvä laadunhallinta täyttää asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset, lisää asiakastyytyväisyyttä, vähentää hukkaa ja varmistaa palveluiden tasalaatuisuuden.

Sitoudumme toiminnan vaikuttavuuden ja laadunhallintajärjestelmän jatkuvaan parantamiseen. Seuraamme, mittaamme ja arvioimme toimintamme laatua ja ryhdymme tarvittaviin toimenpiteisiin laatutavoitteiden ja asiakkaiden tarpeiden täyttämiseksi.

Hyvällä laadunhallinnalla varmistamme palvelulupauksen toteutumisen.



### 3.2 Laatu- ja palvelutavoitteet

Laatutyön tavoitteena on jatkuvan parantamisen kulttuurin ylläpitäminen systemaattisesti ja todentaminen dokumentaation keinoin. Tavoitteena on tuottaa Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen henkilöstölle työkaluja, toimintaohjeita ja menetelmiä, joiden avulla voidaan parantaa ja ylläpitää toiminnan ja asiakaslähtöisen palvelun laatua. Keski-Uudellamaalla tehtävä laatutyö nousee hyvinvointialueen arvoista ja visiosta. Se perustuu strategiaan, palvelustrategiaan, laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan sekä palvelulupaukseen.

Laatutyöryhmä sekä asiakas- ja potilasturvallisuusryhmä ovat yhteistyössä laatineet laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan pohjalta kuvan 2 mukaiset laatu- ja palvelutavoitteet vuosille 2023-2024.

## Laatutavoitteet 2023-2024 osana vaikuttavuusperusteista järjestämistä ja palvelutuotannon ohjausta

Hyvinvointialueen Laapo-suunnitelma 2023-2024



**Asiakaskokemus**  
Asiakaslähtöistä hoidon ja palvelun laatua toteutetaan palvelulupauksen "saan laadukasta hoitoa ja palvelua tarpeideni mukaisesti":

**Asiakas**

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

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



**Henkilöstö**  
Palveluhenkinen, kyvykäs ja hyvinvoiva henkilöstö tuottaa asiakaslähtöisiä palveluja. Riittäväällä, 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 määräaikaisten puitteissa. Hyvinvointialueen arjessa toteutuu jatkuvan parantamisen toimintamalli. Palvelut ovat asiakkaiden saavutettavissa lakisääteisten määräaikaisten puitteissa.



**Valvonta ja omavalvonta**  
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.



**Asiakas- ja potilasturvallisuus – kokonaisturvallisuus**  
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.

Kuva 2. Laatu- ja palvelutavoitteet 2022-2023

Laatutavoitteiden toteutumista seurataan ja mitataan Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusryhmien toimesta luvussa [9.8 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussmittaristo \(sisäinen linkki\)](#) kuvattujen keskeisten laatumittareiden sekä [Liitteen 2 Tavoitteet ja mittarit \(sisäinen linkki\)](#) mukaisesti. Johtoryhmä seuraa laatu- ja palvelutavoitteiden ja mittareiden toteutumista osana johdon tilannekuviin pohjautuvaa ohjausta ja johdon katselmuksia.

### 3.3 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen

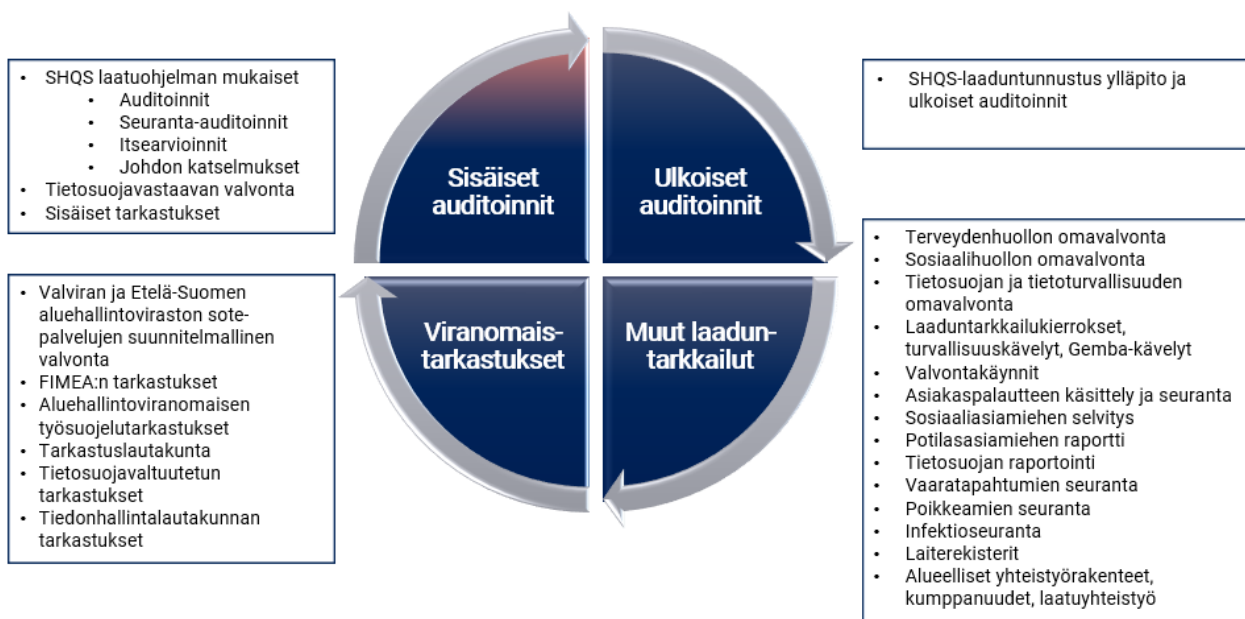
Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen edellyttää hyvinvointialueen kaikilla tasoilla systemaattista työtä, joka tukee laadukasta ja turvallista palvelua, toimintaa, moniammatillista yhteistyötä sekä toimintamallien kehittämistä.

Politiikan toteuttamisesta ja laadunhallinnasta ovat vastuussa Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen johdon kaikki tasot ja sen toteuttamiseen osallistuu koko henkilöstö. Heidän työtään toiminnan kehittämisessä tukevat laadun,

valvonnan sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannasta ja koordinoinnista vastaavat henkilöt ja työryhmät. Strategisen johtoryhmän hyväksymä laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka ohjaa kaikilla tasoilla toteutettavaa kokonaisvaltaista laadunhallintatyötä.

Laatu- ja valvontapalveluiden vastuulla on hyvinvointialueen laadun kehittämisen ja varmistamisen johtaminen sekä koordinointi moniammatillisessa yhteistyössä palvelualueiden ja johdon kanssa. Toiminnan ja palvelun laatua ja turvallisuutta varmistetaan mm. prosesseja kehittämällä, omavalvonnalla, sisäisellä tarkastuksella ja auditoinneilla. Laadun varmistamisen menetelmät on määritelty seuraavassa kuvassa 3.

## Laadun varmistamisen menetelmät



Kuva 3. Laadun varmistamisen menetelmät

### 3.4 Laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät ja vastuut

Hyvinvointialueen laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät tekevät yhteistyötä kokonaisvaltaisen laadunhallinnan toteuttamiseksi.

#### Kokonaisturvallisuuden yhteistyöryhmä

Yhteistyöryhmä on sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuuden eri osa-alueita valmistelevat työryhmät **yhteen kokoava työryhmä**, jonka tehtävänä on vuosikellon mukaisesti suunnitella ja seurata kokonaisturvallisuuden tilanteen kehittymistä sekä **varmistaa ja ennaltaehkäistä päällekkäinen työ**. Yhteistyöryhmän keskeisiä tehtäviä ovat:

- Kokonaisturvallisuuden osaamisen varmistaminen
- Kokonaisturvallisuutta vaarantavien tilanteiden ennaltaehkäisy
- Riskienhallinta ja arviointi
- Kokonaisturvallisuuden tilannekuvat ja tiedolla johtaminen
- Strategisen tason turvallisuusohjeiden katselmointi ja hyväksyntä
- Turvallisuusviestintä
- Raportointi strategiselle johtoryhmälle ja aluehallitukselle



## Asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmä

- Koordinoi [Terveystuolain](#) (finlex.fi) sekä [Sosiaalihuoltolain](#) (finlex.fi) mukaisen laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoa ja toteutumista yhtymässä yhteistyössä laatutyöryhmän kanssa.
- Tukee potilasturvallisuutta edistävien menetelmien ja toimintojen implementointia sekä arvioi menetelmien vaikuttavuutta.
- Arvioi ja edistää hyvinvointialueen hyvää asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuria.
- Arvioi vaaratapahtumien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden riittävyttä ja voi antaa suosituksia resurssointiin.
- Seuraa sosiaalihuoltolain mukaisia epäkohtailmoituksia ja antaa niihin liittyviä toimenpidesuosituksia ja menettelyohjeita.
- Seuraa ja valvoo [lääkehoitosuunnitelmien \(sisäinen linkki\)](#) laatimista ja ylläpitoa.
- Työryhmän puheenjohtaja raportoi yhteistyössä laatutyöryhmän puheenjohtajan kanssa yhtymän johtoryhmälle laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimeenpanosta ja sen toteutumisesta kaksi kertaa vuodessa.
- Organisoii potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvää yhtymätasoisia koulutusta. Suunnitelmaa päivitetään ja sen sisällön ajanmukaisuutta arvioidaan säännöllisesti osana laadunhallinnan ja johtamisen vuosikelloa.
- Hallinnoi koordinoitusti asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevia koulutuksia, esim. Haipro-koulutuksia.
- Toimialojen välinen yhteistyö mm. koulutuksien osalta esim. ensiapukoulutukset, lääkintälaitteet.
- Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle.
- Kansallinen ja kansainvälinen verkostoyhteistyö.

## Henkilöstöturvallisuustyöryhmä

- Organisaation henkilösturvallisuuden arviointi, edistäminen ja kehittäminen
- Työturvallisuusilmoitusten (WPro) seuranta ja ennaltaehkäisevä kehittämistoiminta
- Työturvallisuusilmoitusprosessin kehittäminen ja arviointi
- Työsuojelun yhteistoiminnan koordinointi ja arviointi, työsuojelun toimintaohjelman laadinnan koordinointi ja päivittäminen säännöllisesti vuosittain ja tarpeen vaatiessa
- Työpaikkojen riskien arviointien seuranta ja kehittämistoimenpiteiden arviointi
- Työsuojeluparitoiminnan koordinointi
- Työtterveysluotoyhteistyön toteuttaminen
- Työpaikkaselvitysten suunnittelu yhdessä palvelualueiden ja työtterveysluoton kanssa
- Häirinnän tai muun epäasiallisen kohtelun toimintaohjelman ylläpito, tiedottaminen yksiköihin
- Pehdytyksen kehittäminen henkilöstöturvallisuuden osalta
- Henkilöstöturvallisuuteen liittyvien organisaation ohjeiden ja linjausten valmistelu
- Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle

## Laatutyöryhmä

- Laapo-suunnitelman ylläpito ja katselmointi IMS-järjestelmässä
- Laapo- suunnitelman laatiminen vuosille 2023-2024
- Laaporaportin tuottaminen ja ylläpito IMS-järjestelmässä
- SHQS-sisäisen auditointisuunnitelman 2021-2025 ylläpito ja katselmointi
- SHQS- suunnitelmallisten sisäisten auditointien teemojen ja teemoihin sisältyvien kriteereiden sekä auditointikohteiden valinta sekä sisäisten auditointien kehittämisen seuranta
- Seurata ja arvioida SHQS laatustandardin mukaisen toiminnan toteutumista.
- Seurata ja arvioida sosiaali- ja terveystuolain asiakas- ja potilaslähtöisyyttä
- Laatu sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönoton tukeminen, laatu- ja potilasturvallisuuden toimeenpano sekä menetelmien vaikuttavuuden arviointi, poikkeamien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden riittävyden arviointi, raportointi hyvinvointialueen johdolle toimeenpanosta ja sen toteutumisesta.

- Koordinoida yhteistyössä potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän kanssa terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain mukaisen laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoa ja toteutumista sekä alueellinen yhteistyö.
- Kehittää laadunhallinnan operatiivisen tason mittareita, arviointia ja käytäntöjä
- Laadunhallinnan vuosikellon mukaisen toiminnan koordinointi, seuranta ja raportointi

### Lean-valmentaja verkosto

- Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen toiminnan kehittämiseksi hyödynnetään Lean-toimintamallia. Keusotessa toimii Lean-valmentajien verkosto, jonka valmentajat toimivat kaikilla palvelualueilla ja konsernissa. Valmennuksellista tehtäväänsä he toteuttavat oman työnsä ohessa. Lean-valmentajan tehtävä on osa työntekijän säännöllistä päivittäistä työtä. Työntekijä työskentelee asiakaslähtöisellä, valmentavalla ja työtä tavoitteellisesti kehittäväällä tavalla omassa ja tarvittaessa myös muissa työyksiköissä. Lean-valmentaja edistää omalla toiminnallaan ja esimerkillään lean -filosofian mukaista toimintaa ja ohjaa työyhteisöjä uusiin asiakaskeskeisiin työtapoihin, uusien työkalujen (A3, päivittäisjohtamisen taulu) hyödyntämiseen ja olennaisen datan esille nostamiseen. Lean-valmentaja toimii aktiivisena osana Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen lean-verkostoa ja jakaa omaa osaamistaan koko organisaation käytettäväksi. Lean-valmentajat toimivat kouluttajina ja valmentajina lean-valmennuksissa ja -koulutuksissa.

### Lääkitysturvallisuus -työryhmä

Toiminnan tavoitteen on yhtenäistää hyvinvointialueen lääkehoitoon liittyviä käytäntöjä ja parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Ryhmä koostuu eri yksiköiden moniammatillisesta henkilökunnasta ja sen vastuulla on:

- Arvioida lääkehoidon turvallisuutta ja siihen liittyviä riskejä
- Antaa suosituksia lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen
- Ylläpitää hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman sisältöä ja tiedottaa siihen liittyvistä muutoksista

### SOTE-valvonnan yhteistyöryhmä

Valvonnan yhteistyöryhmän tehtävänä on seurata kuukausittain palvelujen saatavuuteen, jatkuvuuteen, turvallisuuteen, laatuun ja asiakkaiden yhdenvertaisuuteen liittyviä poikkeamia Omavalvontaohjelman luvussa [4.1 Palvelujen toteutumisen varmistaminen ja puutteiden korjaaminen \(sisäinen linkki\)](#) sekä luvussa [6. Omavalvontaohjelman toteutumisen seuranta, raportointi ja julkisuus](#) mainitun mukaisesti. Lisäksi yhteistyöryhmän tehtävänä on sote-palvelujen ohjauksen ja valvonnan kokonaisuuden yhtenäistäminen ja kehittäminen. Yhteistyöryhmässä vahvistetaan ohjauksen ja valvonnan osaamista jakamalla tietoa, hyviä käytäntöjä ja kokemuksia, yhteisillä koulutuksilla tai infotilaisuuksilla sekä yhteistyöllä aluehallintoviraston (AVI:n) kanssa. Yhteistyöryhmässä yhtenäistetään ja kehitetään valvonnan erilaisia menetelmiä ja työkaluja. Yhteistyöryhmä laatii vuosittain yhteistyössä valvontasuunnitelman ja seuraa sen toteutumista. Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle.

### Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmä

Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmä toimii valmistelevana työryhmänä tietosuoja ja tietoturva-asioille. Päätöstä vaativat asiat viedään asiasta riippuen kokonaisturvallisuuden yhteistyöryhmälle, rekisterinpitäjälle tai hyvinvointialuehallitukselle. Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmän tehtävänä on mm:

- Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvien asioiden käsittely, kommentointi ja lausuntojen antaminen
- Organisaation tietosuoja- ja tietoturvan edistäminen ja kehittäminen
- Poikkeamien/riskien käsittely ( HaiPro)
- Vaikutusten arvioinnit (DPIA)
- Valmistelelee tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviä organisaation ohjeita ja linjauksia.
- Reagoi ajankohtaisiin tietosuojaan ja tietoturvaan liittyviin asioihin, erityisesti uusiin lainsäädännön muutoksiin
- Tietosuojaan/-turvan koulutusten ja koulutusohjelman laadinta

- Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle

### Tilaturvallisuustyöryhmä

Tilaturvallisuustyöryhmän tehtävä sisältää fyysisen turvallisuuden keskeiset asiakokonaisuudet: kiinteistö-, palo- ja pelastus- sekä rikosturvallisuuden. Tilaturvallisuustyöryhmän tehtävänä on:

- Kiinteistö-, palo- ja pelastus- sekä rikosturvallisuustilanteiden seuranta ja kehittäminen
- Kiinteistöturvallisuuden varmistaminen mm. esteettömyyden sekä kokous- ja neuvottelutilojen turvallisuudenvarmistaminen
- Turvallisuusvyöhykkeiden luominen
- Kehäsuojausperiaatteiden hyödyntäminen
- Ympäristön turvallisuussuunnittelu
- Lukitus- ja avainhallintamenettelyjen ja hoitajakutsujen koordinointi
- Murtosuojausten ja turvallisuusrakenteiden varmistaminen
- Turvallisuusvalvonta
- Vartiointi ja valvomotoiminnan koordinointi
- Pelastussuunnitelmien, poistumisturvallisuusselvityksien ja muiden kiinteistö-, palo- ja pelastus- sekä rikosturvallisuuteen liittyvien toimintaohjeiden laadinta ja päivittäminen
- Pelastus- ja sammutuskaluston sekä laitteiden kunnossapito, määräaikaistarkastusten ja huoltojen koordinointi
- Palotarkastusten koordinointi ja rakennusten paloturvallisuuden varmistaminen
- Onnettomuusriskien hallinta
- Turvallisuuskävelyiden koordinointi, ohjaus ja neuvonta
- Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle.

### Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmä

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmän tehtävänä on käsitellä ja arvioida vakavat vaaratapahtumailmoitukset ja pyytää tarvittaessa tapahtuman ilmoittajalta lisäselvityksiä. Ilmoituksen ja lisäselvitysten perusteella tutkintaryhmä tekee päätöksen tutkinnan käynnistämisestä, tutkintaan osallistujista sekä tutkinnan johtajasta. Tutkintaryhmä päättää tutkinnan suositusten toimeenpanosta, joka käsittelee asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitusten vakavat ja merkittävät riskiryhmän V tapahtumat. Harkintansa mukaan tutkintaryhmä voi ottaa käsiteltäväkseen myös riskiluokkien III ja IV tapahtumia.

### Valmiustyöryhmän tehtävät

- Valmiussuunnitelman laadinta ja ylläpito
- Riskienhallintasuunnitelman laadinta ja ylläpito
- Turvallisuus- ja riskienhallintapolitiikan dokumentointi ja ylläpito
- Valmiuden ja jatkuvuuden ennakointi ja suunnittelu
- Valmiuden ja jatkuvuuden toimintaohjeiden laadinta ja ylläpito
- Jatkuvuudenhallinnan prosessien suunnittelu ja koordinointi
- Häiriötilanteiden hallinta
- Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle

### Uudenmaan alueen sijaishuollon kilpailutustyöryhmä

Uudenmaan kunnat ovat kilpailuttaneet yhdessä lastensuojelun sijaishuollon palvelut. Kilpailutukseen liittyvää sopimus- ja laadunvalvontaa sekä toiminnan seuranta toteuttavaan työryhmään osallistuu Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen lastensuojelupalveluiden edustaja

**Hyvinvointialueen hallintosäännössä ([sisäinen linkki](#)) on määritelty hyvinvointialueen hallinto- ja johtamisjärjestelmä sekä johtamisvastuut. Hyvinvointialueen delegointisäännössä ([sisäinen linkki](#)) on määritelty viranhaltijoiden asiavastuut sekä toimi- ja päätösvalta.**

**Laatua, asiakas- ja potilasturvallisuuden toteuttamista ja kehittämistä koskeva vastuun jako on seuraava:**

**Johtajat ja päälliköt** vastaavat palvelualueensa ja tulosalueensa potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumisesta sekä toiminnan ja palvelun laadusta ja sen kehittämisestä.

**Asiakkuuspäällikkö**, vastaa Lean-toiminnassa prosessien ja toiminnan laadun kehittämisestä jatkuvan parantamisen periaatteiden mukaisesti yhteistyössä palvelualueiden ja konsernin sekä työntekijöiden kanssa. Lisäksi tehtäviin kuuluu lean-valmentajaverkoston kehittäminen ja koordinointi sekä ja hyvinvointialueen lean-valmennusten organisoiminen ja toteutus. Vastaa asiakaskokemuksen prosessien kehittämisestä strategisten tavoitteiden mukaisesti. Koordinoi palvelupalautteen (ulkoinen palaute) keräämistä, laatii tilastoja ja raportteja ja toimii hyvinvointialueen asiakaspalauttejärjestelmän pääkäyttäjänä. Tehtävään sisältyy asiakaskokemuksen kehittämiseen liittyvien koulutusten suunnittelu ja toteuttaminen.

**Kehittämispäällikkö** johtaa laadun ja valvonnan kokonaisuutta sekä vastaa hyvinvointialueen prosessiarkkitehtuurin kokonaisuuden koordinoinnista ja laatumittariston sisällyttämisestä mm. palveluketjuihin yhteistyössä lautupäällikön kanssa.

**Lautupäällikkö** vastaa laadun- ja valvonnan kokonaisuudesta, ohjauksesta sekä kehittämisestä. Tukee johtoa laadunhallinnan järjestämisessä ja laadun johtamisessa. Vastaa laatujärjestelmän ja laadunhallinnan kokonaiskuvan ylläpidosta, raportoinnista ja kehittämisestä. Lisäksi vastaa hyvinvointialueen laatujärjestelmän mukaisista toimenpiteistä, kuten toimintamallien ja prosessien sisäisistä auditoinneista sekä katselmuksista.

**Valvontakoordinaattori** vastaa osaltaan hyvinvointialueen tasoisesta valvonnan kokonaisuuden koordinoinnista ja kehittämisestä sekä seurannasta ja raportoinnista. Lisäksi vastaa palvelualueiden ohjauksesta ja neuvonnasta omavalvontaan ja valvontaan liittyvissä asioissa ja hyvinvointialueen omien yksiköiden ohjauksesta ja valvonnasta.

**Valvonnan työntekijät** toimivat tulosalueensa yksityisten palveluntuottajien ohjauksen ja valvonnan toteuttajina. Valvonnan työntekijöillä on palveluntuottajien ohjauksen ja neuvonnan velvollisuus sekä oikeus tarkastaa palveluntuottajan toiminnan, toimintayksiköt ja toimitilat sekä tehdä johtopäätökset jatkotoimenpiteistä. Valvonnan työntekijät toteuttavat ohjauksen ja valvontaan liittyvät tehtävät, valvontakäynnit, valvontatapaamiset, selvitykset ja muut ohjauksen ja valvonnan toimenpiteet käytännössä.

**Tietosuojavastaava/ tietosuojatiimi** Tietosuojavastaavalla on yhdessä tietosuojatiimin kanssa velvollisuus seurata Tietosuojasetuksen (EU 2016/ 679, artikla 39) ja muiden tietosuojasääntöjen noudattamista organisaatiossa ja tuoda esiin havaitsemiaan puutteita. Tietosuojavastaavan/ tietosuojatiimin tehtäviin kuuluu antaa neuvoja ja ohjeita tietosuojasääntöjen mukaisista velvollisuuksista johdolle ja henkilötietoja käsitteleville työntekijöille, tehdä yhteistyötä valvontaviranomaisen (tietosuojavaltuutettu) kanssa ja tukea rekisteröityjen (kuntalaisten) oikeuksien toteutumista. Tietosuojatiimi raportoi rekisterinpitäjälle ja johdolle.

**Tietoturvapäällikkö** vastaa tietoturvallisuuden hallinnasta sekä integroitumisesta muihin kokonaisturvallisuuden osa-alueisiin. Vastuuseen sisältyy tarvittava suunnittelu, ohjaus, seuranta ja kehittäminen, sekä tietoturvariskien ja -poikkeamien hallinnan koordinointi. Tietoturvapäällikkö raportoi tieto- ja digijohtajalle.

**Turvallisuuspäällikkö** vastaa turvallisuuden kokonaiskuvasta, turvallisuuspoikkeamien käsittelystä (aktiivisten häiriötilanteiden tukeminen), kokonaisturvallisuuden kehittämisestä ja koordinoinnista sekä varautumisen kehittämisestä ja koordinoinnista.

**Työhyvinvointi- ja työsuojelupäällikkö** toimii johtavana asiantuntijana organisaation johdon ja esimiesten kumppanina edesauttaen työhyvinvoinnin johtamisen päämääriä. Linjaa, ohjaa sekä vastaa työhyvinvointijohtamisen vahvistamisesta, erilaisten työkalujen ja toimintamallien kehittämisestä. Toimii

organisaation työsuojelupäällikkönä. Työsuojelun valvontalain mukaan työsuojelupäällikön tehtävänä on avustaa työnantajaa ja esimiehiä tehtävissä, jotka liittyvät työsuojelun asiantuntemuksen hankintaan sekä yhteistyöhön työntekijöiden ja työsuojeluviranomaisten kanssa. Tässä tarkoituksessa työsuojelupäällikön tehtävänä on ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin työnantajan ja työntekijöiden välisen yhteistoiminnan järjestämiseksi ja ylläpitämiseksi työpaikalla sekä toimia työsuojelua koskevan yhteistoiminnan kehittämiseksi.

**Erityisasiantuntija (laatupalvelut)** vastaa osaltaan SHQS-laatuohjelman ja sisäisten auditointien koordinoinnista ja kehittämiseen liittyvästä koulutuksesta. Koordinoi hyvinvointialueen laatuun liittyvän tiedon keräämistä, laatii tilastoja ja raportteja. Toteuttaa laadunhallintaan liittyviä strategisia tavoitteita. Erityisasiantuntija toimii Laatuportin ja laadunhallinnan järjestelmän pääkäyttäjänä. Lisäksi erityisasiantuntija toimii laadun asiantuntijana, edistää Lean toimintaa ja kehittämistyötä ja toimii Lean-valmentajana osana hyvinvointialueen kulttuurin muutosta.

**Lean-valmentaja** edistää ja jakaa omalta osaltaan tietoa Lean-toiminnasta ja kehittämistyöstä omassa työyhteisössään sekä organisaation muissa työyhteisöissä. Tehtäviin sisältyy Lean-valmentamista ja kouluttamista (enintään 10 % työajasta). Lean-valmentaja toimii Lean-valmentajaverkoston jäsenenä.

**Sisäinen auditoija** toimii Keusoten laatujärjestelmän mukaisesti sisäisten auditointien toteuttajana. Auditoijan tehtävänä on arvioida sisäisten auditointien avulla vastaako palvelu/toiminta SHQS-kriteeristön vaatimuksia sekä Keusoten omia ohjeistuksia, löytää vahvuuksia ja tarvittaessa antaa kehittämistehtäviä niiden kriteerien osalta, joiden vaatimukset eivät täyty. Sisäisen auditoijan tehtävänä on osallistua sisäisten auditointien ja oman osaamisen kehittämiseen itse- ja yhteisöohjautuvasti.

**Sisäisen tarkastus (sisäinen tarkastaja)** tekee havaintoja laadunhallinnan tilasta ja kypsyydestä arvioidessaan hyvinvointialueen johtamis- ja hallintojärjestelmää, riskienhallintaa ja sisäistä valvontaa eri kohteissa koko hyvinvointialueen tasolla. Sisäinen tarkastus vastaa ammatillisessa viitekehyksessä määriteltyjen ammattistandardiensä mukaisesta työstä. Sisäisellä tarkastuksella on asiantuntijavastuu työstään, mutta ei päätösvaltaa eikä toiminnallista vastuuta tarkastettavien ja arvioitavien hyvinvointialueen toimintojen suhteen.

**Esihenkilö** vastaa asiakas- ja potilasturvallisuuden, palvelun ja toiminnan laadun toteuttamisesta ja kehittämisestä oman vastuuyksikkönsä osalta. Esihenkilön tehtävänä on varmistaa, että laatu- ja turvallisuusasioista käsitellään säännöllisesti osana päivittäisjohtamista.

**Työntekijä** vastaa oman toimintansa turvallisuudesta ja laadusta sekä kehittää omaa työtään ja työympäristöään itse- ja yhteisöohjautuvasti. Työntekijän velvollisuus on toimia käytännössä omavalvontasuunnitelman ja/tai laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti.

### 3.5 Laatu- ja asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuri

Hyvinvointialueen turvallisuusosaamista ja -kulttuuria vahvistamalla vähennetään toimintaan liittyviä riskejä sekä potilaille ja asiakkaille toiminnan aikana aiheutuvia haittoja. Turvallisuuskulttuurissa on ensisijaisesti kyse siitä, että henkilöstöllä on edellytykset suoriutua hyvin työstään, turvallisuutta pidetään organisaatiossa aidosti tärkeänä asiana, turvallisuus ymmärretään systemaattisesti ja riittävän laajasti sekä toimintaan liittyvistä vaaroista ollaan tietoisia. Palvelut tulee järjestää ja toteuttaa siten, että asiakkaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus ei vaarannu. Yhtä tärkeää kuin vaarojen ja turvallisuuden ymmärtäminen on myös se, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan yhteisvastuuta ja mahdollisuutta vaikuttaa. Tärkeää hyvässä turvallisuuskulttuurissa on myös se, että potilaita, asiakkaita ja heidän läheisiään kuunnellaan, ymmärretään ja otetaan aktiivisesti mukaan turvallisuuden ja laadun kehittämistyöhön. Avoin- ja luottavainen ilmapiiri on edellytys poikkeamien analysointiin ja asioiden parantamiseen.

Toimivan turvallisuuskulttuurin rakentamista edistää määrätietoinen turvallisuustyö ja siitä viestiminen, turvallisuuskoulutukset ja -harjoitukset. Turvallisuuskulttuuri edistää kriittisten toimintojen seuraamista mittaamalla ja arvioimalla tuloksia säännöllisesti ja kehittämällä toimintatapoja siten, että mahdollisiin riskeihin



voidaan varautua riittävästi ja ennakoivasti. Laadukkaassa ja turvallisessa toimintakulttuurissa työympäristön turvallisuudesta huolehtiminen kuuluu jokaiselle.

Turvallisuuden tunteen ja osallisuuden vahvistaminen vaatii molemminpuolista luottamusta. Turvallisuuden tunne on yksi ihmisen perustarpeista ja turvallisuuden tunteen kautta voi syntyä luottamuksellinen suhde asiakkaan / potilaan ja ammattilaisen välille. Luottamuksellisen suhteen avulla saadaan asiakkaan tilanteesta sellaista tietoa, joka muuten jäisi usein tavoittamatta ja jolla kuitenkin on suuri merkitys siinä, millaisesta palvelusta ja tuesta asiakas hyötyy parhaiten.

Keusoten turvallisuuskulttuuria edistäviä menetelmiä ovat riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen yhdessä potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Turvallisuus- ja riskienhallintapolitiikka ohjaa Keusoten turvallisuuskulttuuria.

## 4 Laadunhallinta

Laadunhallinnan yleiset periaatteet muodostavat perustan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laadunhallinnalle. Toiminnallamme on yhteinen perusta, joka on määritelty vision, perustehtävän ja arvoihin perustuvan laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan, laatuavoitteisiin ja laadukriteereihin pohjautuen. Asiakkaiden odotukset ja tarpeet sekä muut toimintaan kohdistuvat vaatimukset on tunnistettu. Sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi on olemassa riittävät edellytykset, henkilöstöllä ja johdolla on tarvittava ammatillinen sekä työn hallintaan liittyvä osaaminen. Asiakasprosessit ja palvelut tehdään näkyväksi mallintamalla segmentoidut asiakasprosessit. Prosessit kuvataan IMS-järjestelmään. Asiakasprosesseja katselmoidaan vuosittain ja arvioidaan niiden toimivuutta ja tehdään tarvittavat kehittämistoimenpiteet jatkuvan parantamisen periaatteella. Henkilöstön käytössä on yhteiset työt ja toimintaa ohjaavat dokumentit ja menettelytavat laadun suunnittelua, seuranta, arviointia ja varmistamista varten.

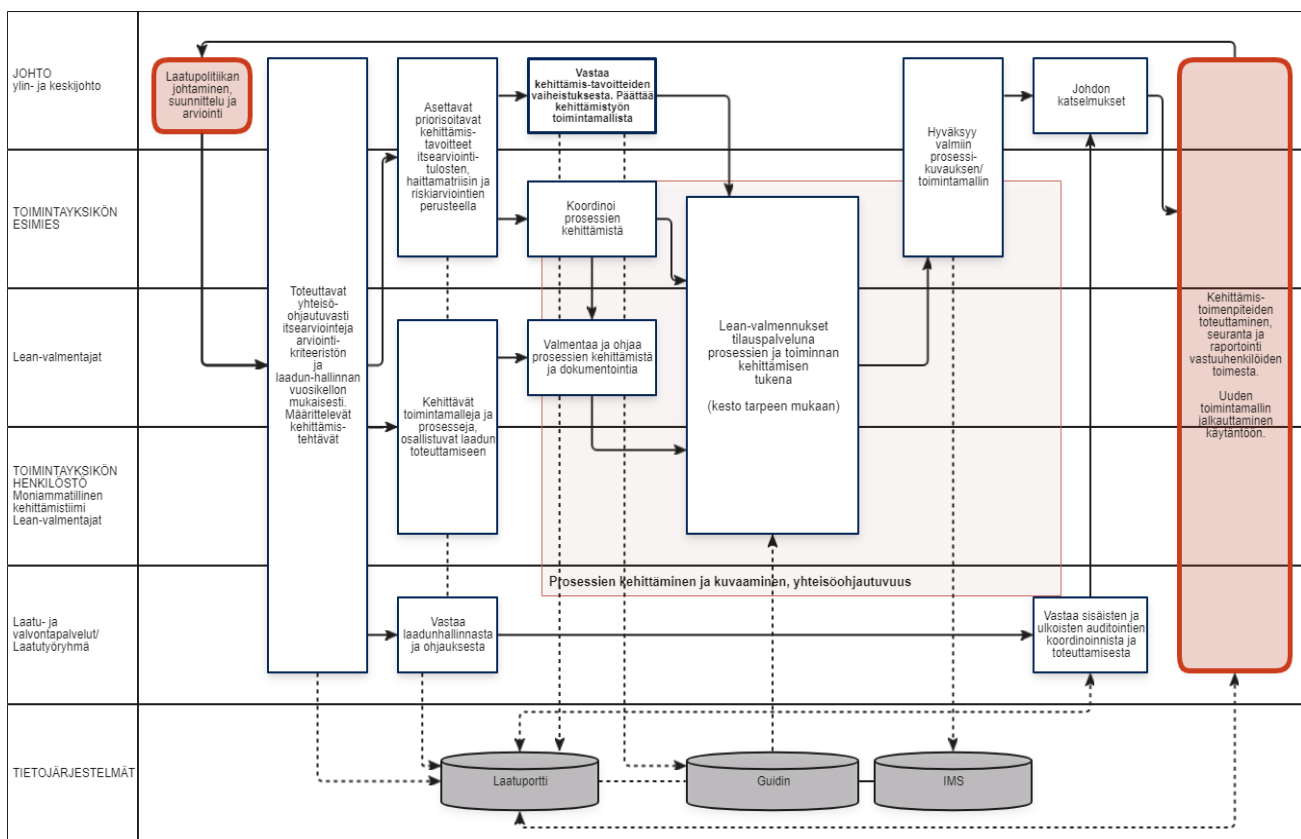
Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laadunhallinnan tavoitteena on toiminnan jatkuva parantaminen ja asiakastyytyväisyyden sekä turvallisuuden lisääminen. Laadunhallinnalla tarkoitetaan hyvinvointialueen menettelytapoja, prosesseja ja järjestelmiä, joiden avulla varmistetaan sekä kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja palvelun laatua. Laadunhallinta kattaa laadun suunnittelun, varmistamisen, ohjauksen ja kehittämisen. Laadunhallinnan tehtävänä on auttaa toiminnan ja sen tulosten jatkuvassa parantamisessa ja kehittämisessä.

Laadunhallinnalla tuetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatuavoitteiden saavuttamiseksi. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on käytössä sosiaali- ja terveyspalveluiden laatuohjelma SHQS (Social and Health Care Quality Standard) laatujohtamisen viitekehyksenä. Hyvinvointialueella sitoudutaan laadunhallintaan, laadunvarmistukseen ja toiminnan jatkuvaan kehittämiseen SHQS-laatuohjelman ja -menetelmän mukaisesti. Laatuohjelma sisältää vuosittain toteutettavat itsearvioinnit ja sisäiset auditoinnit. Itsearvioinnit toteutetaan Laatuportti-järjestelmässä, tietoa hyödynnetään sisäisissä auditoinneissa. Auditointiraportit ja kehittämistoimenpiteiden seuranta toteutetaan IMS-järjestelmässä. SHQS-laatuohjelman mukaisilla itsearvioinneilla saadaan laadunhallinnan tilannekuva Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen toiminnasta sekä tunnistetaan kehittämistarpeita, jotka vastuutetaan ja aikataulutetaan. Kehittämistoimenpiteitä ja niiden toteutumista seurataan. Laadunhallinnan koulutusta järjestetään henkilöstölle vuosittain laadunhallinnan vuosikellon ja koulutussuunnitelmien mukaisesti. Tavoitteena on toteuttaa ensimmäinen ulkoinen laaduntunnustusauditointi vuoden 2024 aikana.

Asiakas- ja potilasturvallisuus on osa Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen kokonaisvaltaista laadun- ja riskienhallintaa. Laatujohtaminen tukee johtamisjärjestelmää sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta. Laatujohtamisen avulla seurataan ja arvioidaan turvallisuutta ja johtamisjärjestelmän toteuttamista ja siihen liittyvien vaatimusten noudattamista. Laatujohtamisen avulla varmistetaan ja arvioidaan myös asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman toteutuminen käytännössä.

Laadunhallinnan vuosikello integroituu talouden ja toiminnan vuosikelloon, jota ylläpidetään visuaalisella [Plandisc-suunnitteluohjelmalla \(sisäinen linkki\)](#). Vuosikello on kuvattu taulukkomuodossa [Liitteessä 3. Laadunhallinnan vuosikello \(sisäinen linkki\)](#).

Laadunvarmistusta, prosessien ja toiminnan Lean-kehittämistä toteutetaan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella yhdenmukaisella tavalla kuvan 4 mukaisesti. Prosessikuvauksen tarkoituksena on toimia yhteisenä työvälineenä koko hyvinvointialueen henkilökunnalle ja johdolle. Toimintamallin tavoitteena on varmistaa yhdenmukainen SHQS-laatuohjelman mukainen laadunvarmistuksen, prosessien ja toiminnan kehittäminen jatkuvan parantamisen periaatteita noudattaen. Toimintaa kehitetään tulevaisuudessa myös sisäisten auditointien ja SHQS-itsearviointien perusteella.



Kuva 4. Laatuohjelman mukainen laadunvarmistus ja prosessien kehittäminen

Laatuohjelman mukaisessa laadunvarmistuksessa ja prosessien kehittämisen toimintamallissa johto ja henkilöstö toteuttavat yhteisöohjautuvasti itsearviointeja valmentavan johtajuuden periaatteita noudattaen. Valmentavaa johtajuutta sekä itse- ja yhteisöohjautuvuutta edistetään osana Lean-valmennuksia, joilla tuetaan prosessien ja toiminnan kehittämistä.

## 4.1 Prosessien ja toiminnan kehittäminen

SHQS-laatuohjelma sisältää prosessien hallinnan arvioinnin, joka tukee asiakasprosessien jatkuvaa parantamista ja kehittämistä. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen prosessien kuvaamisessa noudatetaan [Prosessien kuvaaminen \(sisäinen linkki\)](#) sisäistä toimintaohjetta sekä JHS 152 suosituksia, jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja selkeyttää julkisen hallinnon prosessien kuvaamista.

### Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen toiminta-arkkitehtuurin prosessirakenne jaetaan neljään kuvaustasoon:

1. **Prosessikartta**, sisältää Keusoten keskeiset palveluketjut. Prosessikartta antaa yleisen kuvan Keusoten toiminnasta ja toiminnan ydinprosesseista.
2. **Asiakassegmentit eri palveluketjuissa**. Palveluketjut segmentoidaan asiakkaan palvelutarpeen mukaan omatoimi-, yhteisö-, yhteistyö- ja verkostoasiakkaan asiakasprosesseihin. Kuvaa prosessihierarkiaa ja sitoo geneeriset asiakas/palveluprosessit yhteen.
3. **Geneeriset asiakas/palveluprosessit**, kuvaa eri palvelujen/toimintojen keskeisiä periaatteita, jossa palvelut integroidaan yhteiseen geneeriseen asiakasprosessiin. Palvelut/toiminnot ja tuottajat kuvataan vaiheittain ennen asiakkuutta, asiakkuuden aikana ja asiakkuuden jälkeen.
4. **Työnkulut asiakaspalveluissa**, asiakaslähtöiset prosessikuvaukset eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta. Kuvaa toiminnan työvaiheita ja näyttää yksilöllisen työn.

Toiminta-arkkitehtuurilla varmistetaan ehyt kokonaisuus, jossa asiakas, palvelut ja eri toimijat integroituvat yhteiseen prosessiin toisistaan irrallisten prosessien sijaan. Prosessityöskentelyssä edetään vuosien 2023-2024 aikana kuvaustasoinen kohti yksityiskohtaisempia asiakaspolkuja. Prosessien määrittelyllä ja kehittämisellä tähdätään vakioituihin toimintamalleihin, parempaan laatuun, turvallisuuteen, asiakastarpeiden parempaan huomioimiseen ja kustannustehokkuuteen. Erityisesti huomiota tulisi prosesseissa kiinnittää ns. nivelkohtiin, joissa turvallisuus on usein uhattuna vastuun siirtyessä ammattilaiselta tai organisaatiolta toiselle.

Prosessien ja toimintamallien kehittämistä toteutetaan lean-valmentajien tuella moniammatillisesti osallistaen työntekijöitä, asiakkaita ja yhteistyökumppaneita. Lean-periaatteiden mukaisesti asiakaslähtöisyys ohjaa kehittämistä: ongelmia (turvallisuus, toimitusvarmuus, laatu ja kustannukset) tunnistamalla, juurisyitä etsimällä sekä kokeilemalla uusia toimintatapoja muutetaan prosesseja kohti asetettua tavoitetta.

Prosessi lähtee asiakkaan tarpeen havaitsemisesta ja päättyy asiakkaan tuen/palvelutarpeen päättymiseen. Kehittämistyössä selvitetään, mitkä prosessin osat tuottavat arvoa asiakkaalle ja toisaalta arvoa tuottamattomat osat poistetaan. Prosessien laatua mitataan mm. asiakastyytyväisyyden avulla.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen tavoitteena on vahvistaa lean-osaamista organisaation kaikilla tasoilla. Hyvinvointialueella toimii aktiivinen lean-valmentajien verkosto, joka tukee ja valmentaa henkilökuntaa sekä johtaa lean-organisaation tavoitteiden mukaisesti. Tavoitteena on sujuvat, kustannustehokkaat ja asiakkaalle arvoa tuottavat asiakasprosessit sekä jatkuvan parantamisen rutiinit.

## Linkit

 [JHS 152 Prosessien kuvaamisen suositukset \(suomidigi.fi\)](#)

## 4.2 Laadunhallinta-asiakirjat ja dokumenttien hallinta

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laadunhallinta-asiakirjoilla ohjataan laadukkaan ja turvallisen palvelun ja hoidon toteutumista. Asiakirjoihin kuuluvat:

- Asiakaspalauteraportti
- Auditointiraportti
- Johdon katselmukset
- Kirjallinen laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka
- Kirjallinen tietosuoja- ja tietoturvapoliittikka
- Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma (Laatukäskirja)
- Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuusraportti
- Omavalvontaohjelma
- Omavalvontaohjelman toteutumisen raportti
- Omavalvontasuunnitelmat
- Palvelukatalogi
- Pandemiasuunnitelma
- Palveluketjut ja segmentoidut asiakasprosessit
- Lääkehoitosuunnitelmat
- Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta
- Turvallisuussuunnitelma
- Toiminta- ja menettelyohjeet, lomakkeet
- Valvontaraportit/-kertomukset
- Valvontasuunnitelma
- Valvontasuunnitelman toteutumisen raportti
- Valmiussuunnitelma

Keusoten dokumenttien laadinta ja hallinta ohjeistetaan erillisessä toimintaohjeessa [Dokumenttien hallinta ja laatukriteerit \(sisäinen linkki\)](#). Dokumenttien arkistointi toteutetaan yhtymän arkistonmuodostussuunnitelman ja asiakirjahallinta -ohjeiden mukaisesti.

## 4.3 Toiminnan seuranta ja arviointi

### 4.3.1 Vaaratapahtumien ilmoittaminen ja käsittely

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on käytössä sähköinen HaiPro-järjestelmä potilas- tai asiakasturvallisuutta vaarantaneiden tilanteiden dokumentointiin, käsittelyyn, seurantaan ja raportointiin.

HaiPron potilas-/ asiakasturvallisuusilmoituksen voi tehdä kuka tahansa henkilökuntaan kuuluva havaitessaan potilaan/asiakkaan turvallisuuden vaarantavan tapahtuman. Ilmoitukset jaotellaan ”läheltä piti”-tapahtumiin ja ”tapahtui potilaalle/asiakkaalle”-tapahtumiin. ”Läheltä piti”-tapahtuma on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle/asiakkaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. ”Tapahtui potilaalle/asiakkaalle” on vaaratapahtuma, joka aiheutti haittaa potilaalle/asiakkaalle (esimerkiksi tilapäisen tai pysyvän vamman tai vahinkoa, kärsimystä tai lisätoimenpiteitä). Tähän luetaan myös tapahtumat, jotka eivät aiheuttaneet potilaalle /asiakkaalle varsinaista haittaa, mutta koskettivat heitä konkreettisesti – esimerkiksi potilas sai väärän lääkeannoksen, mutta ilman haitallisia seurauksia. Ilmoitus tehdään aina edellä mainituissa tilanteissa tai kun ilmoittaja kokee, että johonkin asiaan puuttumalla voitaisiin turvallisuutta kehittää tai muut voisivat oppia ilmoituksen kautta saatavasta tiedosta. Jos ilmoittaja on epävarma ilmoittamisesta, on varmintä tehdä ilmoitus. Ilmoituksen voi tehdä myös muusta potilas-/asiakasturvallisuuteen liittyvästä havainnosta tai kehittämis ehdotuksesta. Vaaratapahtumien ilmoittaminen perustuu työntekijöiden aloitteellisuuteen. Organisaation johdon ja yksiköiden esimiesten tehtävänä on luoda avoin ja oikeudenmukainen toimintaympäristö kannustamaan henkilöstöä ilmoittamaan vaaratapahtumista aktiivisesti.

Yksittäisen potilas-/asiakasturvallisuusilmoituksen käsittely HaiPro-prosessissa on kuvattu kuvassa 5. Ilmoituksen käsittelyssä on tärkeää analysoida tapahtumaa, arvioida mm. tapahtuman seurauksia ja tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Ilmoituksen luokittelutietojen kirjaaminen järjestelmään mahdollisimman tarkasti on myös tärkeää, koska luokiteltu tieto on paremmin hyödynnettävissä ilmoitusten yhteenvetoraportteja analysoitaessa. **Riskiluokan määrittelyyn tulee kiinnittää erityistä huomiota.** Ilmoitukset käsitellään yhdessä





Vaaratapahtumat käsitellään systemaattisesti [Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessin \(sisäinen linkki\)](#) mukaisesti. Käsittelyprosessiin kuuluu tiedonhankinta, tapahtumaketjujen kuvaaminen, tapahtuneeseen vaikuttaneiden tekijöiden havaitseminen ja organisaation toiminnan tarkastelu. Lisäksi tehdään johtopäätökset ja suositukset ja nimetään kehittämistoimenpiteiden vastuuhenkilöt. Tutkintaryhmä päättää tutkinnan suositusten toimeenpanosta. Toimenpiteiden vaikutuksia arvioidaan tapahtumayksiköissä, tulosaluekokouksissa ja palvelualueiden johtotiimeissä.

### 4.3.3 Omavalvonta

#### Palvelunjärjestäjän omavalvonta

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjänä vastuu varmistaa omavalvonnalla tehtäviensä lainmukainen hoitaminen ja tekemiensä sopimusten noudattaminen. Omavalvonnalla on erityisesti varmistettava palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus. Järjestämistä vastuuun kuuluu, että hyvinvointialueen on ohjattava ja valvottava sen järjestämistä vastuuun kuuluvaa palvelutuotantoa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612 /2021 40-41 §).

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueelle on laadittu [omavalvontaohjelma](#) (sisäinen linkki), joka on palvelunjärjestäjän strateginen työkalu tehtäviensä lainmukaisen hoitamisen ja tehtyjen sopimusten noudattamisen varmistamiseen. Omavalvontaohjelmassa kuvataan, miten palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu ja asiakkaiden yhdenvertaisuus varmistetaan, miten niiden toteutumista seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. Omavalvontaohjelman mukaiseen seurantaan perustuvat havainnot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet julkaistaan neljä kertaa vuodessa hyvinvointialueen verkkosivuilla.

#### Palveluntuottajan omavalvonta

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on myös palveluntuottajana omavalvonnan velvollisuus. Palveluntuottajalla on velvollisuus huolehtia, että sen toiminnassa toteutuvat lakien, asetusten ja laatusuosituksen vaatimukset ja valvontaviranomaisten antamat määräykset sekä palveluntuottajan itse omalle toiminnalleen ja sopimuskumppaneiden asettamat vaatimukset. Omavalvonnalla seurataan, arvioidaan ja kehitetään palvelujen laatua ja turvallisuutta toimintayksiköiden päivittäisessä asiakastyössä. Omavalvonta perustuu toimintayksiköissä toteutettavaan riskienhallintaan, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakas-/potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on, että asiakkaan palveluissa esiintyvät epäkohdat ja palvelun onnistumisen kannalta epävarmat ja riskiä aiheuttavat tilanteet pystytään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan suunnitelmallisesti ja nopeasti. Omavalvonta edellyttää palveluntuottajien, henkilöstön ja kuluttajien aktiivista osallistumista valvontaan. Tärkeää on omavalvontakulttuurin omaksuminen osaksi toimintayksikön johtamista, laatutyötä ja työn kehittämistä.

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lainsäädännössä on eroavaisuuksia omavalvonnan suhteen. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n mukaisesti julkisen terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 47§:n mukaisesti kaikkien sosiaalihuollon toimintayksiköiden on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi.

Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma on Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteinen suunnitelma. Yhteisellä suunnitelmalla kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäistä turvallisuuskulttuuria.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen kaikki sosiaalihuollon toimintayksiköt ovat laatineet omavalvontasuunnitelman. Toimintayksiköt käyttävät hyvinvointialueen omaa omavalvontasuunnitelman lomakepohjaa, joka täyttää sisällöltään Valviran antaman määräyksen omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja laadinnasta (Valvira 1/2014) ja mukailee Valviran omavalvontasuunnitelman lomakepohjaa. Toimintayksikön

vastuuhenkilö (esihenkilö) on vastuussa omavalvontasuunnitelman laadinnasta, päivittämisestä, toimeenpanosta, seurannasta ja raportoinnista. Omavalvontasuunnitelma laaditaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Omavalvontasuunnitelman tulee aina olla ajantasainen. Toimintayksikössä omavalvontasuunnitelma päivitetään aina, jos toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä muutoksia, tai vastuuhenkilöitä vaihtuu. Omavalvontasuunnitelmat ovat julkisesti nähtävillä, asiakkaiden saatavilla toimintayksiköissä ja ne on julkaistu [Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla](#). Omavalvontasuunnitelmien toteutumista seurataan yksiköissä ja toteutumisen seurantaan perustuvat havainnot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet julkaistaan hyvinvointialueen verkkosivuilla ja yksiköissä hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti. Palveluntuottajien omavalvontaa on kuvattu tarkemmin hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa.

## Sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus

Sosiaalipalvelujen omavalvontaan liittyy sosiaalihuoltolain (1301/2014) 48 § ja 49 §:ien mukainen sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus. Laki velvoittaa sosiaalihuollon henkilökuntaa ilmoittamaan viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos he tehtävissään huomaavat epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan epäasiallista kohtaamista, asiakasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan kaltoin kohtelua, asiakkaan aseman ja oikeuksien toteuttamisessa tai perushoivassa ja hoidossa olevia vakavia puutteita tai toimintakulttuurin liittyviä epäeettisiä ohjeita tai asiakkaalle vahingollisia toimintatapoja, esim. pakotteita tai rajoitteita käytetään ilman asiakaskohtaista, määräaikaista lupaa. Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoin kohtelua. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on sosiaalihuollon henkilöstölle ilmoituksen laatimiseen ja käsittelyyn sisäinen toimintaohje [Sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus \(sisäinen linkki\)](#). Hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti ilmoituksen vastaanottaja käsittelee ilmoituksen viipymättä yhdessä asiaan liittyvien työntekijöiden kanssa sekä tekee tarvittavat selvitykset ja toimenpiteet epäkohdan tai sen uhan poistamiseksi. Ilmoituksen vastaanottaja laatii kirjallisen vastineen neljän viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta ilmoittajalle siitä, että minkälaisiin toimenpiteisiin asiaan suhteen on ryhdytty. Mikäli epäkohtaa ei korjata viivytyksettä, on ilmoittajan ilmoitettava asiasta aluehallintovirastolle (AVI). Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäynnösten estämättä.

## Linkit

[🔗 Omavalvontasuunnitelmat \(Keusoten verkkosivut\)](#)

### 4.3.4 Palveluntuottajien ohjaus ja valvonta

Hyvinvointialueella on palvelujen järjestäjänä velvollisuus varmistaa järjestämisvastuulleen kuuluvien palveluja tuottavien palveluntuottajien riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset palvelujen tuottamiseen sekä ohjata ja valvoa järjestämisvastuulleen kuuluvaa palvelutuotantoa jatkuvasti palveluja tuottaessa. Ohjaus- ja valvontavelvollisuus koskee kaikkea sen järjestämisvastuulla olevaa toimintaa, niin omaa palvelutuotantoa kuin ostopalveluna tai palvelusetelillä hankittua yksityistä palvelutuotantoa. Ohjauksen ja valvonnan perustana on seurata ja varmistaa, että palveluntuottajat täyttävät lakien, asetusten ja laatusuosituksen vaatimukset sekä viranomaisten antaman ohjeet ja määräykset.

Ohjauksen ja valvonnan tarkoitus on ensisijaisesti varmistaa asiakas- ja potilasturvallisuus, palvelujen lainmukaisuus ja laatu sekä palvelujen käyttäjien perusoikeuksien, yhdenvertaisuuden ja oikeusturvan toteutuminen. Ohjauksen ja valvonnan tarkoitus on edistää sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua ennalta ehkäisemällä epäasianmukaisia hoito- ja toimintakäytäntöjä, vahvistamalla hyviä käytäntöjä ja puuttamalla säädösten vastaiseen tai muutoin virheelliseen menettelyyn tai laiminlyönteihin. Palveluntuottajien ohjausta ja valvontaa, siihen liittyviä vastuita, resursseja, kohteita, menetelmiä jne. on kuvattu hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa. Käytännön ohjaus- ja valvontatyötä ohjaa tarkemmin valvontasuunnitelma, jonka valvonnan työntekijät laativat sisäiseen käyttöön kahdeksi vuodeksi kerrallaan. Palveluntuottajien valvonnan

dokumentoinnissa, korjaavien toimenpiteiden seurannassa ja raportoinnissa käytetään Laatuportin palveluntuottajien valvonnan sähköistä työkalua.

#### 4.3.5 Sopimusohjaus ja -valvonta

Hyvinvointialue järjestää osan sosiaali- ja terveystalvontistaan ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. Järjestämislain (612/2021) 41 §:n 2 momentin mukaan hyvinvointialueen on ohjattava ja valvottava yksityisiä palveluntuottajia ja näiden alihankkijoita jatkuvasti palveluja tuottaessa. Käytettäessä yksityisiä palveluntuottajia on palveluiden laadukkuus varmistettava jo kilpailutusvaiheessa ja sopimusta tehtäessä; samoin järjestämislain 3 luvun säännökset tulee huomioida. Tilaajavastuulaki (laki tilaajan selvitysvelvollisuudesta ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä 1233/2006) velvoittaa palvelun järjestäjää seuraamaan ostopalveluntuottajien taloudellista ja rahoituksellista tilannetta sekä työvoiman käyttöä sekä ennen sopimuksen kirjoittamista että myös sopimuksen kirjoittamisen jälkeen koko hankinnan ajan.

Sopimusohjauksella tarkoitetaan ostopalveluna järjestettävän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon ohjaamista tilaajan ja tuottajan välisillä läpinäkyvillä sopimuksilla. Kilpailutusvaiheessa määritellään kriteerit, palvelukuvaus ja sanktiot tarkasti. Sopimukseen kuvataan, miten sopimusvalvontaa toteutetaan ja minkälaiset raportointivelvoitteet palveluntuottajalla on. Yksityisten palveluntuottajien velvollisuutena on toimia lupaehtojen ja sopimuksen mukaisesti. Valvonnassa noudatetaan sopimuksen, palvelukuvauksen, kilpailutuksen ja sen määrittelemien tarjouspyyntöasiakirjojen kriteerien, ehtojen ja sisältöjen toteutumisen seuranta.

Hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa on kuvattu tarkemmin yksityisten palveluntuottajien valvontaa ja mm. toimenpiteitä, jos palveluntuottajan toiminnassa ilmenee mahdollisia epäkohtia tai puutteita.

#### 4.3.6 Sisäinen tarkastus

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen sisäinen tarkastus on järjestetty omana työnä palkkaamalla yksi sisäinen tarkastaja. Sisäinen tarkastus on asemoitu riippumattomaksi osaksi hyvinvointialueen johtamisjärjestelmää. Aluehallitus ja hyvinvointialuejohtaja käyttävät sitä toteuttaessaan valvontavelvollisuuttaan. Sisäinen tarkastus noudattaa toiminnassaan lainsäädäntöä sekä kansainvälisen ammatillisen viitekehysten pääperiaatteita ja ammattistandardeja. Sisäisellä tarkastuksella on oma aluehallituksen hyväksymä toimintaohje.

Sisäinen tarkastus tarjoaa riskiperusteista ja objektiivista varmistusta, neuvoja ja näkemyksiä tavoitteenaan parantaa hyvinvointialueen toimintaa, edistää päämäärien ja tavoitteiden saavuttamista ja uudistumiskykyä. Sisäinen tarkastus tarjoaa järjestelmällisen lähestymistavan hyvinvointialueen riskienhallinnan, sisäisen valvonnan sekä johtamis- ja hallintoprosessien arvioimiseen ja kehittämiseen. Sisäisen tarkastuksen laatua arvioidaan jatkuvasti.

Sisäinen tarkastus laatii valtuustokauden ja vuosisuunnitelmansa riskiperusteisesti, joiden mukaiset tarkastus-, arviointi- ja konsultointitoimeksiantonsa sisäinen tarkastus toteuttaa ja raportoi. Aluehallitus hyväksyy suunnitelmat. Vuosisuunnitelmaa toteuttavien yksittäisten toimeksiantojensa tulokset sisäinen tarkastus raportoi tarkastuskohteille ja niiden johdolle sekä hyvinvointialuejohtajalle. Lisäksi sisäinen tarkastus raportoi vuosittain aluehallitukselle.

Sisäinen tarkastus voi konsultoimalla tukea riskienhallinnan käytäntöön viemistä, osallistua työryhmien ja hankkeiden työskentelyyn tuomalla niihin riskienhallinnan näkökulmaa sekä kouluttaa sisäistä valvontaa ja riskienhallintaa tilivelvollisille hyvinvointialueella.

## 4.4 Hoitoon ja palveluun pääsy

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella seurataan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin ja kiireettömään hoitoon pääsyn odotusaikojen sekä palveluun pääsyn lakisääteisten määräaikojen toteutumista. Tiedot julkaistaan lainsäädännön mukaisesti Keusoten verkkosivuilla.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää kaksi kertaa vuodessa hyvinvointialueilta toimeentulotuen ja lastensuojelun lakisääteisten määräaikojen seurantaa ja toteutumista koskevat tiedot. Valvontaviranomaiset kohdistavat niiden perusteella tarvittaessa kirjalliset selvitykset ja seuraamusten arvioinnin sekä ohjaus- ja arviointikäynnit.

### Terveydenhuolto

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Asiakkaan puheluun tulee olla vastattu viimeistään 5 minuutin jonotuksen jälkeen tai asiakkaalle on soitettu takaisin saman vuorokauden aikana. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Kiireettömässä hoidossa sairaalan tai terveyskeskuksen toteuttamaan erikoissairaanhoidon pääseminen edellyttää lääkärin lähetettä. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutamisesta. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa (alle 23-vuotiaat) hoidon tarpeen arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on toteutettava kuudessa viikossa lähetteen saapumisesta. Hoito on järjestettävä kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutamisesta.

Terveydenhuollon palveluihin liittyvät määräajat on eritelty taulukoissa 1-3.

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon hoitotakuun sisältö

Perusterveydenhuollon hoitotakuun sisältö	Määräaika
Yhteydenaanti (Puhelinyhteys tai käyntimahdollisuus)  <i>*Yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Asiakkaan puheluun on vastattu viimeistään 5 minuutin jonotuksen jälkeen tai asiakkaalle on soitettu takaisin saman vuorokauden aikana.</i>	Välittömästi*
Hoidon tarpeen arviointi (jos vaatii käynnin, on aika saatava 3 vrk kuluessa)	3 vrk
Pääsy kiireettömään hoitoon	3 kk
Suun terveydenhuolto hoitoon pääsy	6 kk
Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista.	6 kk

Taulukko 2. Erikoissairaanhoidon hoitotakuun sisältö

Erikoissairaanhoidon hoitotakuun sisältö	Määräaika
Hoidon tarpeen arviointi aloitettava (jos vaatii käynnin, on aika saatava 3 vrk kuluessa)	3 vrk
Arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta.	3 kk
Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta.	6 kk



Taulukko 3. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen määrääjat

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa (alle 23-vuotiaat)	Määräaika
Hoidon tarpeen arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on toteutettava kuudessa viikossa lähetteen saapumisesta.	6 vk
Hoito on järjestettävä kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta.	3 kk

### Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36§:n ja 45§:n, mukaisesti sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta, jos henkilö on yli 75-vuotias tai saa vammaisetuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta.

Palvelutarpeen selvittämisen perusteella arvioidaan, onko henkilöllä tuen tarvetta. Jos henkilö tarvitsee tukea, arvioidaan, onko tuen tarve luonteeltaan tilapäistä, toistuvaa tai pitkäaikaista. Palvelutarpeen arviointi sisältää:

1. yhteenvedon asiakkaan tilanteesta sekä sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeesta;
2. sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä;
3. asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen palvelutarpeestaan, ellei palvelutarpeen arvioimiseen yhteistyössä asiakkaan kanssa ole ilmeistä estettä;
4. asiakkaan ja sosiaalihuollon ammattihenkilön arvion 42 §:n mukaisen omatyöntekijän tarpeesta.

THL on määritellyt asiakasasiakirjarakenteen palvelutarpeen arvioimiseksi. Asiakasasiakirjarakennetta tulee noudattaa asiakastietojärjestelmien kirjaamisessa arvioitaessa asiakkaan palvelutarvetta.

Vanhuspalvelulain (980/2012) 18§:n mukaan iäkkään henkilön päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä asian vireille tulosta ja henkilöllä on oikeus saada myönnetty palvelut viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta. Hyvinvointialueen on julkaistava ainakin puolivuositiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. Tiedot on julkaistava sellaisia menetelmiä käyttäen, että iäkkäillä henkilöillä on tosiasiallinen mahdollisuus tietojen saamiseen.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) 3a § määrittelee, että vammaisen henkilön palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemän arkipäivän kuluessa ja päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluessa asian vireille tulosta, jollei asian selvittäminen erityisestä syystä vaadi pitempää käsittelyaikaa.

Lastensuojelulain (417/2007) 26§:n mukaan lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen lapsen mahdollinen kiireellinen lastensuojelun tarve on arvioitava välittömästi. Muissa kuin kiireellisissä tapauksissa palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään 7 arkipäivän kuluessa ja sen on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta.

Laki toimeentulotuesta (815/2015) 14§ määrittelee, että täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen hakemukset on käsiteltävä viimeistään 7 arkipäivän kuluessa vireille tulosta. Kiireellisissä tapauksissa päätös on tehtävä joko samana päivänä tai seuraavana arkipäivänä vireille tulosta. Toimeentulotukiasiakkaalle tulee järjestää mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti kuntayhtymän sosiaalityöntekijän tai sosionomin kanssa viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun asiakas on tätä pyytänyt. Kun hyvinvointialue käsittelee toimeentulotukea koskevaa asiaa, sen tulee tiedottaa toimeentulotukiasiakkaalle edellä mainitusta oikeudesta henkilökohtaiseen keskusteluun ja tarvittaessa neuvoa asiakasta tämän oikeuden käyttämisessä.

Sosiaalihuollon palveluihin liittyvät määräajat on eritelty palveluittain/asiakasryhmittäin taulukoissa 4-8.

Taulukko 4. Sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen määräaikojen yleissäännökset

Sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut (yleissäännökset)	Määräaika
Palvelutarpeen arviointi :  <i>SHL 36§: ”Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä.”</i>	
Päätöksen toimeenpano:  <i>SHL 45§: Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kiireellinen päätös viipymättä</li> </ul>	viipymättä
<ul style="list-style-type: none"> <li>Muu kuin kiireellinen päätös</li> </ul>	3 kk

Taulukko 5. Ikäihmisten palvelujen määräajat

Ikäihmiset ( 75 vuotta ja Kelan eläkkeensaajan erityishoitotuen saajat)	Määräaika
Yhteydenoton/ilmoituksen/pyynnön käsittely  <i>SHL 36§: ” Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä...”</i>	7 pv
Palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen  <i>SHL 36§: ”Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä.”</i>	ilman aiheetonta viivytystä

Päätös / palvelun saanti  <i>VanhPL 18§ "Päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun kirjallinen tai suullinen hakemus on tullut vireille. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hänelle myönnettyt muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta."</i>	3 kk
--	------

## Taulukko 6. Vammaisten henkilöiden palvelujen määräajat

Vammaiset henkilöt	Määräaika
Yhteydenoton/ilmoituksen/pyynnön käsittely  <i>VPL 3a§ "...palvelujen ja tukitoimien tarpeen selvittäminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä..."</i>	7 pv
Palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen  <i>SHL 36§: "Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä."</i>	ilman aiheetonta viivytystä
Palvelusuunnitelman laadinta  <i>VPL 3a§ "... on ilman aiheetonta viivytystä laadittava palvelusuunnitelma.. Tarkistettava mikäli palvelutarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia ja muutoinkin tarpeen mukaan."</i>	ilman aiheetonta viivytystä
Hakemuksen käsittelyaika	3 kk

## Taulukko 7. Lapsiperheiden ja lastensuojelun palvelujen määräajat

Lapsiperheiden palvelut ja lastensuojelu	Määräaika
Yhteydenoton/ilmoituksen/pyynnön/ensiarvion käsittely  <i>SHL36§: "Erytystä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta."</i>	7 pv
Palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen  <i>SHL36§: "...arviointi on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta."</i>	3 kk

Lastensuojeluilmoituksen käsittely  <i>LsL 26§ / SHL 36§</i>	7 pv
Lastensuojelun tarpeen arviointi ja selvityksen tekeminen  <i>SHL 36§/ LsL 26§ "Arvio on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja sen on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta."</i>	3 kk

Taulukko 8. Toimeentulotuen määräajat

Toimeentulotuki (toimeentulotuen kaikki muodot)	Määräaika
Toimeentulotukihakemuksen käsittely: täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki	7 pv
Kiireellinen toimeentulotukihakemus	0-1 pv
Toimeentulotukiasiakkaan keskustelu: <i>Toimeentulotukiasiakkaan tulee päästä keskustelemaan sosiaalityöntekijän kanssa pyynnön esitettyään 7 pv kuluessa.</i>	7 pv

#### 4.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 12 § määrittää, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirja-asetus (298/2009) asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoitus on hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittäminen ja kuvaaminen yhdessä potilaan kanssa. Se laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinoimista ja jotka hyötyvät tehdystä suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisairaat potilaat tai paljon palveluita käyttävät. Se voidaan laatia myös, jos potilas niin haluaa.

Keusotessa terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa, joka useimmiten on potilaan hoitovastaava. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt.

Terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu seuraavista pääkohdasta:

1. hoidon tarve, jonka potilas itse sanoittaa
2. hoidon tavoite, joka asetetaan yhdessä
3. suunnitellun hoidon toteutus ja keinot sovitaan yhdessä
4. suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi yhdessä sovitaan yhdessä

Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa on eroja, johtuen eri potilastietojärjestelmistä (Pegasos ja Lifecare). Kanta-rakenteen mukaiset otsikot on sisällytetty potilastietojärjestelmiin, mutta otsikoiden käyttö vaihtelee eri kunnissa.

#### 4.6 Sosiaalihuollon asiakassuunnitelma

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 39 §:n mukaan sosiaalihuollon asiakkaan palvelutarpeen arviointia täydennetään asiakassuunnitelmalla, ellei sen laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Vammaispalvelulaissa ja vanhuspalvelulaissa vastaavasta suunnitelmasta käytetään nimeä palvelusuunnitelma. Asiakas- tai palvelusuunnitelma perustuu palvelutarpeen arviointiin. Arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa. Arviointia tehtäessä on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan tai asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa/omaisensa tai muun läheisen kanssa, ellei siihen ole ilmeistä estettä. Vammaispalvelulain (380/1987) mukaan palvelusuunnitelma on laadittava viivytyksettä.

Asiakassuunnitelman laadinnassa otetaan huomioon asiakkaan muut mahdolliset palvelukohtaiset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat. Suunnitelman sisältö sovitetaan yhteen henkilön tarvitsemien muiden palvelujen ja tukitoimien kanssa. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 7§:n mukaan palvelua toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Asiakkaan suostumuksella voidaan myös laatia sosiaalihuollon ja muiden hallinnonalojen palveluja ja tukitoimia koskeva yhteinen suunnitelma.

Asiakassuunnitelma sisältää asiakkaan ja sosiaalihuollon työntekijän yhteisen

- arvion tuen tarpeesta
- arvion tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä
- arvion asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista
- yhdessä asettamat tavoitteet, joihin sosiaalihuollon avulla pyritään.

Lisäksi asiakassuunnitelmassa on oltava

- työntekijän arvio asiakkaan terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömistä sosiaalipalveluista, niiden alkamisajankohdasta ja kestosta
- tiedot siitä kuinka usein asiakas ja työntekijä tulevat tapaamaan
- arvio asiakkuuden kestosta
- tiedot eri alojen yhteistyötahoista, jotka osallistuvat asiakkaan tarpeisiin vastaamiseen ja vastuiden jakautuminen niiden kesken sekä
- suunnitelman toteutumisen seuranta, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot.

Asiakassuunnitelma on arvioitava ja tarkistettava, jos asiakkaan palveluntarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia sekä muutoinkin tarpeen mukaan. Asiakassuunnitelmaan sisällytetään maininta siitä, kuinka usein suunnitelmaa tarkistetaan.

Asiakassuunnitelma on osa asiakkaan palveluihin ohjaamista ja väline asiakkaan palvelukokonaisuuden hallinnalle ja koordinoinnille. Keusoten asiakasohjaus ohjaa ja neuvoo asiakkaita heidän tarpeidensa mukaisesti oikeisiin palveluihin. Suurelle osalle asiakkaista riittää ohjaaminen esimerkiksi kunnan palveluihin tai järjestöjen toimintaan. Joillekin asiakkaille asiakasohjaus tarkoittaa hyvin tiivistä yhteistyötä asiakkaan ja työntekijän välillä. Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuuteen kuuluu silloin palvelutarpeiden arviointi, asiakassuunnitelman

valmistelu sekä palveluja koskevien päätösten tekeminen. Keusoten tulevaisuuden tavoitteena on, että asiakkaalle laaditaan yhteinen asiakassuunnitelma, johon kootaan asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut kokonaisuudeksi ja tarvittavat ammattilaiset yhteistyöverkostoksi asiakkaiden ympärille.

#### 4.7 Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, yhdenvertaisuuteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään sekä oikeutta päättää itseään koskevista asioista. Tarkempi kuvaus itsemääräämisoikeudesta ja rajoittamistoimenpiteistä on [liitteessä 4. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet eri palveluissa \(sisäinen linkki\)](#).

Keusotessa käytössä olevien SHQS-laatuksiteereiden mukaisesti asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta vahvistetaan ja edistetään menettelytavoilla, jotka mahdollistavat asiakkaan/potilaan osallistumisen häntä koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaan/potilaan palvelu/hoito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen. Itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden käyttöön tulee määrittää menettelytapa ja sen tulee olla henkilöstön tiedossa:

1. Rajoittavien toimenpiteiden käytöstä tulee olla laadittu toimintaohje, joka noudattaa viranomaisvaatimuksia
2. Rajoittavien toimenpiteiden käytön vähentämiseksi tulee olla suunnitelma
3. Rajoittavien toimenpiteiden käyttöä tulee seurata ja valvoa

Keusotessa on valmisteltu fyysisen rajoittamisen ohje, jonka on tarkoitus valmistua syksyn 2022 aikana. Ohje koskee sairaalapalveluja sekä Keusoten omia ikääntynedein asumispalveluja. Keusotessa on valmisteilla kuntayhtymätasoinen rajoittamistoimenpidesuunnitelma, johon on koottu lakisääteiset toimenpiteet ja niiden arviointi. Tavoitteena on määrittää yhtenäiset ohjeet itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden käyttöön.

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa terveydenhuollon palveluissa vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumisessa ja erilaisiin hoito- tai muihin toimenpiteisiin suostumisessa. Laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään hoidostaan, ja että heidän arvioidun etunsa pohjalta toimitaan vain silloin, kun selvitystä heidän omasta tahdostaan ei saada. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide sekä kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (4 §) ja lisäksi on selvitettävä lapsen toivomukset ja mielipide sekä otettava ne huomioon lapsen iän ja kehitystason edellyttämällä tavalla (20 §). Kun lapsi on otettu huostaan, sosiaalihuollosta vastaavalla toimielimellä on oikeus huostaanoton tarkoituksen toteuttamiseksi päättää lapsen olinpaikasta sekä hoidosta, kasvatuksesta, valvonnasta ja muusta huolenpidosta (45 §). Kaikki Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän omat lastensuojeluyksiköt ovat sitoutuneet kunnioittamaan lapsen itsemääräämisoikeutta. Kaikkiin yksiköihin on tehty lastensuojelulain edellyttämä lapsen hyvää kohtelua koskeva suunnitelma (61 b §), johon kaikki yksiköissä työskentelevät perehdytetään. Keski-Uudenmaan soten lastensuojelupalvelut valvovat muiden valvontaviranomaisten ohella, että lapsen itsemääräämisoikeus toteutuu myös yksityisiltä palveluntuottajilta ostettavissa sijaishuollon palveluissa.

Sosiaalihuollossa rajoitustoimenpiteistä on säädetty lastensuojelulaissa (417/2007), kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977), päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990). Kehitysvammalain (519/1977) mukaan rajoitustoimenpiteitä on mahdollista käyttää vain viimesijaisena vaihtoehtona, kun kaikki muut lievemmat keinot on käytetty. Vain laissa mainitut rajoitustoimenpiteet ovat sallittuja. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Vapaaehtoisesti terveyden- tai sosiaalihuollon palveluissa oleviin



kohdistettavista rajoittamistoimenpiteistä ei ole säännöksiä, eikä niiden käytöstä ole yhdenmukaisia ohjeita. Vanhustenhuollon laitos- ja asumispalveluissa asuvien asiakkaiden liikkumisvapauden, itsemääräämisoikeuden ja muiden perusoikeuksien rajoittamisesta ei ole lainsäädäntöä. Lainsäädännön puuttuessa rajoitustoimenpiteiden käytöstä linjaa valtakunnallisesti eduskunnan oikeusasiamies ja Valvira vakiintuneilla päätöksillään ja ohjeillaan.

#### 4.8 Hankintamenettelyt

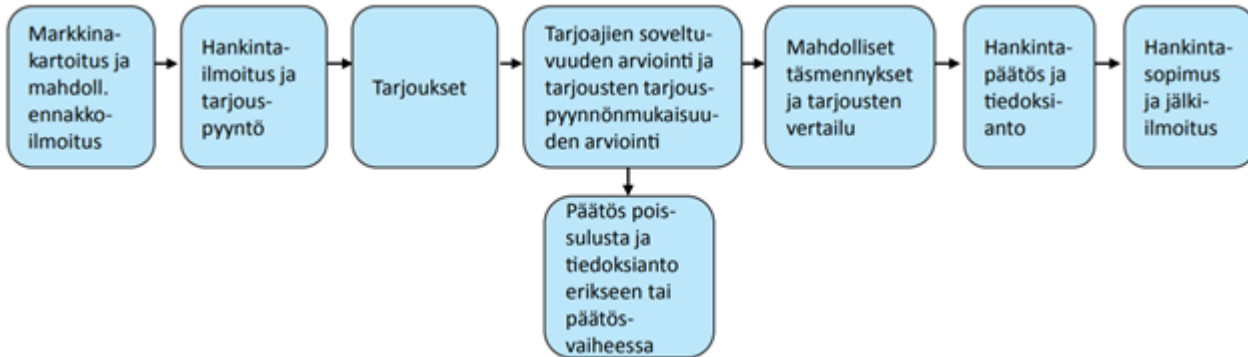
Hankinnoissa noudatetaan hankintalakia (laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista, 1397/2016). Kilpailu- ja kuluttajavirasto valvoo valtakunnallisesti hankintalain noudattamista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankkimisesta yksityisiltä palveluntuottajilta on tarkemmin säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (ns. järjestämislaki, 612/2021) kolmannessa luvussa. Hyvinvointialueen tulee huomioida hankintaa tehdessään mm. että yhdenvertaisuuden pitää toteutua, palveluiden hankkiminen ei saa vaarantaa hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutumista, hyvinvointialue ei saa hankkia yksityiseltä tuottajalta palvelua, johon sisältyy julkisen vallan käyttöä ja että hyvinvointialue vastaa aina palveluntarpeen arvioinnista.

Hankintoja voi tehdä eri hankintamenettelyillä, joita ovat avoin menettely, rajoitettu menettely, neuvottelumenettely, kilpailullinen neuvottelumenettely, suunnittelukilpailu, puitejärjestely ja sen sisäiset hankinnat, dynaaminen hankintajärjestelmä ja sen sisäinen kilpailutus, innovaatiokumppanuus ja suorahankinta. Hankintamenettelyn valinta ja käytettävyys riippuu muun muassa hankinnan arvosta ja luonteesta, käytettävä menettely tulee harkita hankintakohtaisesti.

Hyvinvointialueella merkittävin osa hankinnoista toteutetaan avoimella menettelyllä tai puitejärjestelyn sisäisellä hankinnalla sekä dynaamisen hankintajärjestelmän sisäisellä kilpailutuksella. Neuvottelumenettelyjä on käytetty jonkin verran. Hankintaa käynnistettäessä käydään hankintamenettelyn soveltuvuuden keskustelut tilaajan ja hankintapalveluiden kesken ja valitaan kulloiseenkin hankintaan soveltuvin hankintamenetelmä.

Hankintapalveluiden tehtävänä on huolehtia hyvinvointialueen keskitetystä hankintatoimesta ja toimia hyvinvointialueelle kuuluvien palveluiden hankintamenettelyn toteuttamisesta vastaavana yksikkönä. Hankintapalvelut ovat mukana yhteisten hankintojen kilpailuttamisessa, tiedottamisessa ja valvonnassa. Lisäksi hankintapalvelut avustavat hyvinvointialueen yksiköjä julkisiin hankintoihin liittyvissä kysymyksissä sekä ns. erillishankintojen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tähän on käytettävissä myös hyvinvointialueen lakimiesten juridista apua. Hankinnat vaikuttavat keskeisesti hyvinvointialueen laadukkaan palvelutuotannon järjestämiseen. Hankinnoissa käytetään Cludia kilpailutus- ja sopimushallintajärjestelmiä.

Hankinta toteutetaan kaikissa hankintamenettelyissä pääsääntöisesti kuvassa 6 esitetyn prosessin mukaisesti. Kaikissa hankinnoissa on tärkeää varata prosessille riittävästi aikaa ja tehdä yhteistyötä, jotta hankinnan valmistelu, tarjousten käsittely, hankintapäätös ja sopimukset sekä valvonta tulee hankintalain, muun sovellettavan lainsäädännön ja hyvinvointialueen ohjeistusten mukaan oikein ja laadukkaasti toteutetuiksi.



Kuva 6. Avoimen menettelyn hankintaprosessi (Lähde: Valtion hankintakäsikirja, Valtiovarainministeriön julkaisu 29/2017)

## 5 Riskienhallinta

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen johtamisjärjestelmällä luodaan edellytykset toimivalle riskienhallinnalle ja sisäiselle valvonnalle sekä niiden tuloksellisuudesta raportoinnille. Yhtymävaltuuston hyväksymä hallintosääntö ja kuntayhtymän riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan perusteet määrittää sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan tehtävät ja vastuut. Johtamisjärjestelmän avulla asetetaan tulos- ja vaikuttavuustavoitteita, ohjataan niiden saavuttamista ja muutosten hallintaa. Riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan menettelyt integroidaan osaksi johtamisen ja toiminnan prosesseja, rakennetaan sisälle organisaation toimintaprosesseihin. Näin merkittävimmät riskit tunnistetaan, niiden merkitys arvioidaan ja tarvittavat riskiä hallitsevat ratkaisut tehdään päätöksenteon, prosessien hallinnan ja toiminnan organisoimien yhteydessä.

Hyvinvointialueen sisäinen valvonta ja riskienhallinta on järjestelmällistä, jäsenneiltyä, ajantasaista sekä se perustuu systemaattiseen ja dokumentoituun toimintatapaan. Riskienhallinnan avulla parannetaan hyvää johtamis- ja hallintotapaa, raportointia ja lisätään sidosryhmien luottamusta. Sen avulla luodaan luotettava perusta suunnittelulle ja päätöksenteolle. Hyvä johtamis- ja hallintotapa muodostuu niiden prosessien ja rakenteiden yhdistelmästä, jota johto käyttää informoidessaan organisaatiota sekä toimeenpannessaan ja seurattessaan toimintoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on turvallisuus- ja riskienhallintapolitiikka, missä määritellään turvallisuuden johtamisen ja toiminnan perusteet sekä mitä kaikkea organisaation turvallisuustoiminta pitää sisällään.

Riskienhallinta on organisaation kaikilla tasoilla tapahtuvaa toimintaa. Riskit jaetaan hyvinvointialueella strategisiin, taloudellisiin, operatiivisiin ja vahinkoriskeihin. Riskienhallintaa toteuttaa jokainen työntekijä omassa toiminnassaan. Riskienhallinnassa laatua ja turvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskin suuruus määritellään seurausten vakavuuden ja todennäköisyyden perusteella. Mitä vakavampi seuraus ja todennäköisempi tapahtuma, sitä suurempi riski. Riskienhallintaan kuuluu myös suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi. Riskienhallinnan työ ei ole koskaan valmista, vaan se on jatkuvaa tunnistamista, arviointia, kehittämistoimenpiteitä, seurantaa ja raportointia.

### 5.1 Tietosuoja ja tietoturva

**Tietosuojan** tavoitteena on varmistaa, että rekisterinpitäjä noudattaa tietosuojalainsäädäntöä (josta keskeisin on EU-tietosuoja-asetus 679/2016 ja Tietosuojalaki 1050/2018) henkilötietojen käsittelyssä, niin että yksityisyyden suoja ja oikeusturva voi toteutua. Käytännössä rekisterinpitäjän tulee varmistaa, että sen toiminnassa noudatetaan henkilötietojen käsittelyssä annettuja ohjeita, menettelysääntöjä ja lainsäädäntöä.

Käytännössä tietosuojan toteutuminen on rekisterinpitäjän (Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen) vastuulla ja se on velvollinen osoittamaan ja antamaan näyttöä tietosuojavelvoitteiden hoitamisesta käytännössä.

Henkilötietojen käsittelyn tulee perustua etukäteiseen suunnitteluun, dokumentointiin sekä oletusarvoiseen eli sisään rakennettuun tietosuojan periaatteeseen, jonka mukaan henkilötietoja käsitellään vain siinä määrin, kuin se on tarpeen kussakin yksittäisessä tapauksessa.

Tietosuojan osalta tulee erityisesti kiinnittää huomiota käsittelyn sisältämiin riskeihin, erityisesti riskeihin, jotka kohdistuvat henkilötietojen vahingossa tapahtuvaan tai laittomaan tuhoutumiseen, häviämiseen, muuttamiseen, luvattomaan luovuttamiseen tai henkilötietoihin pääsyyn liittyviin riskeihin.

**Tietoturvan** keskeisimmät tavoitteet ovat tietoturvalainsäädännön noudattaminen sekä tietoturvahkien ennakoiminen ja torjunta. Tietoturvalainsäädännöstä sekä viranomais määräyksistä ja suosituksista Tietohallinto ylläpitää ajantasaista listausta ja pyrkii noudattamaan niitä. Tietoturvahkien torjunnassa on riskienhallinnalla keskeinen merkitys.

Lainsäädännöstä on nostettu erityisesti esille Tietoturvan tavoitteeksi saavuttaa 1.1.2020 voimaan tulleen Tiedonhallintalain (906/2019) tietoturvaluutta koskevat vaatimukset. Nämä koskevat mm. henkilöstöturvallisuusselvityksiä, tietojärjestelmien turvallisuutta, tietojen turvallista siirtämistä tietoverkoissa, tietoaisteistoturvallisuutta, käyttöoikeuksien hallintaa sekä lokien keräämistä.

Tietoturvan hallintamallina Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella käytetään Julkisen hallinnon digitaalisen turvallisuuden johtoryhmän (VAHTI) viitekehystä sekä tulevaisuudessa myös ISO 27001-viitekehystä ja ISO 27002 -tietoturvakontrolleja.

## 5.2 Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskien arviointi

Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskit voivat aiheutua esimerkiksi fyysisestä toimintaympäristöstä (mm. toimitilat, ympäristö, kalusteet, laitteet, tarvikkeet, toimintatavat), psyykkisistä tekijöistä (mm. kohtelu, itsemääräämisoikeuden toteutuminen, osallisuus, ilmapiiri, luotettavuus) tai sosiaalisista tekijöistä (mm. vuorovaikutuksen tai virikkeiden puute, toiset potilaat/asiakkaat ja henkilökunta) tai muista toimintatavoista. Riskit ovat usein monien virhetoimintojen summa.

Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että potilaat/asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä epäkohtia. Riskienhallinnassa asiakas-/potilasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa.

Johto vastaa siitä, että toiminnan turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja. Heillä on myös päävastuu myönteisen asenneympäristön luomisessa epäkohtien ja turvallisuuskysymysten käsittelylle. Riskienhallinta vaatii aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen. Työntekijöillä on velvollisuus tuoda esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat. Koko henkilökunnalta vaaditaan sitoutumista, kykyä oppia virheistä sekä muutoksessa elämistä, jotta turvallisten ja laadukkaiden palvelujen tarjoaminen on mahdollista.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskienhallintaa ja riskien arviointia tekee jokainen työntekijä päivittäisessä työssään. Systemaattisempaan riskienhallintaan on erilaisia työkaluja, joita käytetään riskien tunnistamisen, arvioinnin, seurannan ja raportoinnin tukena. Näitä työkaluja ovat mm. HaiPro-järjestelmä, asiakaspalautteet, muistutukset, epäkohtailmoitukset. Hyvinvointialueella on käytössä WPro-riskien arviointi työkalu, joka on enemmän työntekijää koskevien työn ja työpaikan vaarojen ja terveydellisten haittojen arviointiin tarkoitettu työkalu, mutta sen kautta tulee usein esiin myös asiakas- ja potilasturvallisuutta koskevia riskejä. Toimintayksikön erilaiset ohjeistukset ja suunnitelmat ovat osa riskienhallintaa ja arviointia. Näitä ovat mm. pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, lääkehoitosuunnitelma, rajoitustoimenpideohjeet, hygieniaohjeistukset, saattohoidon ohjeet jne.

## 6 Osaamisen varmistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen myötä järjestäjätehtävien hoitaminen edellyttää laajaa strategista osaamista. Tämä tarkoittaa koko hyvinvointialueen toiminnan hahmottamista järjestämistehtävänä, mm. toimintarakenteen hahmottamista, ennakoitukykyä ja johtamistaitoja. Järjestäjä tarvitsee kykyä hallita ja johtaa järjestämiään palveluita kokonaisuutena.

### 6.1 Osaamisen johtaminen

Osaaminen ja sen johtaminen ovat tärkeä osa strategista henkilöstöjohtamista ja tulevaisuuden rakentamista. Osaavat ihmiset ovat yksi merkittävimmistä resursseista palvelujen tuloksellisessa ja vaikuttavassa tuottamisessa ja johtamisessa.

Osaamisen johtaminen perustuu 2022 hyväksytyyn strategiaan. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen strategiassa erityisesti painopiste "Yhdessä Onnistuen" sisältää osaamisen / kyvykkyyden näkökulman: "*Hyvinvointi ja kyvykäs henkilöstö toimii yhteisöohjautuvasti tehden työpaikasta vetovoimaisen.*" Osaaminen ja sen kehittäminen niin organisaatio- kuin yksilötasolla paitsi varmistaa onnistumisen kaikissa strategisissa painopisteissä, niin myös pienentää henkilöstön vaihtuvuutta.

Keusotessa on määritelty 7 strategista kyvykkyyttä operatiivisen ammattiosaamisen lisäksi:

1. Asiakkuuskyvykkyys ja asukaskokemus
2. Tiedon analysointi- ja tuottamiskyvykkyys
3. Uudistumisen takaava innovointikyvykkyys
4. Itse- ja yhteisöohjautuvuus
5. Johtamiskyvykkyys
6. Ennakoiva ja toimintamalleja uudistava terveyden ja hyvinvoinnin kyvykkyys
7. Talous- ja kustannusten hallinnan kyvykkyys

Kyvykkyys on laajempi kokonaisuus kuin yksittäiset osaamiset. Strateginen kyvykkyys on sellainen osaamisten yhdistelmä, joka on tärkeä erityisesti strategisten tavoitteiden kannalta. Riskinä on, että strategian toteuttamisessa ei onnistuta tarvittavan kyvykkyyden puuttuessa. Kyvykkyyden kehittyminen näkyy organisaatiossa strategisten tavoitteiden toteutumisen ja laadukkaana toimintana. Siksi onkin tärkeää, että strategisten kyvykkyyksien kautta osaamisen tunnistamiseen ja johtamiseen panostetaan. Osaamisen kehittämistä ja koulutuksia suunnitellaan kokoavasti vuosittain Keusoten laajuisessa koulutus- ja henkilöstösuunnitelmassa sekä palvelualuekohtaisissa koulutussuunnitelmissa.

Lain 1136/2013 taloudellisesti tuetusta ammatillisen osaamisen kehittämisestä tarkoituksena on edistää työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittämistä työpaikoilla.

Saadakseen verovähennyksen tai sitä vastaavan taloudellisen kannusteen työnantajan on laadittava työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittämiseksi koulutussuunnitelma.

## 6.2 Tulevaisuuden osaamisen tarpeiden ennakointi

Tulevaisuuden osaamistarpeiden ennakointityö on osa strategisten kyvykkyyksien ja operationaalisen ammattiosaamisen määrittelytyötä, jonka avulla varmistetaan, että henkilöstön osaamisen kehittäminen perustuu tulevaisuuden tarpeisiin.

Henkilöstö- ja koulutussuunnitelmaan kirjataan vuosittain palvelualueiden koulutustarpeet tulevalle vuodelle. Vuodesta 2021 henkilöstö- ja koulutussuunnitelma toteutetaan osana talousarviosuunnitelmaa sekä ennakoidaan tulevia osaamis- ja osaamisen kehittämisen ja koulutuksen tulevia tarpeita. Henkilöstöpalvelut ovat mukana tukemassa palvelu- ja tulosalueiden osaamistarpeiden ennakointia. Koulutussuunnitelmien toteutumisen seuranta ja arviointi on osa tätä prosessia. Tulevaisuuden osaamistarpeiden määrittelytyötä tullaan kehittämään hyvinvointialueella edelleen ennakoivampaan suuntaan.

Olemassaolevan henkilöstön suhteen Keusotessa on käytössä kehityskeskustelumalli, jota ollaan uusimassa hyvinvointialueelle joustavampaan suuntaan osaksi Oiva osaamisen ja koulutusten hallintajärjestelmää ja jota esimiehet ja työyhteisöt hyödyntävät omassa osaamis- ja koulutustarpeiden määrittelyssään.

## 6.3 Perehdytys ja ammatillisen osaamisen varmistaminen

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen uusien työntekijöiden perehdyttämistä ohjaa [Keusoten yleinen perehdytysohje \(sisäinen linkki\)](#), [perehdyttäminen Keusotessa toimintaohje \(sisäinen linkki\)](#) sekä [perehdytyskortti \(sisäinen linkki\)](#).

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen uusien ja uusiin työtehtäviin siirtyvien työntekijöiden perehdyttämisen tueksi valmistellaan geneeristä hyvinvointialuetasosta perehdytysprosessia ja toimintamallia.

Jokaisella ammattihenkilöllä tulee olla tehtävän vaatima koulutus ja osaaminen sekä riittävät tiedot ja taidot työtehtävien turvalliseen ja hyvään suorittamiseen. Ammattipätevyyksien tarkistamisesta vastaa rekrytoiva esimies. Esimies varmistaa, että jokaiselle työntekijälle tarjotaan riittävä, työntekijän työtehtävän ja aseman edellyttämä perehdytys. Perehtymisen tavoitteena on Keusoten yhteisten käytäntöjen, menetelmien ja toimintamallien käyttöönotto sekä oman tehtäväkuvan haltuunotto. Luvat ja pätevyudet ovat jatkossa osa Oiva - koulutusten ja osaamisen hallintajärjestelmää.

Eri tulosalueilla ja tulosyksiköissä on lisäksi käytössä omia vakioituja perehdytysprosessejaan ja toimintatapojaan. Esimerkiksi vastaanottopalveluissa käytössä on perehdytyksen lokikirja, jossa huomioidaan perehdytyksen kokonaisuus ja se, että yhteisöohjautuvassa tiimissä eri henkilöt voivat perehdyttää eri osa-alueisiin työssä.

Perehdytyksessä ja työntekijän työtehtävissä huomioidaan hänen osaamisensa ja vastuuta lisätään asteittain. Esimerkiksi koulutusvaiheessa oleva lääkäri työskentelee lähtökohtaisesti kokeneen lääkärin rinnalla, kunnes hänen osaamisensa on karttunut kylliksi ja mahdollistaa työskentelyn itsenäisesti potilasturvallisuuden vaarantumatta.

## 6.4 Osaamisen kehittämisen menetelmät

Strateginen painopiste "Yhdessä Onnistuen" sanoo, kuinka "*Hyvinvoiva ja kyvykäs henkilöstö toimii yhteisöohjautuvasti tehden työpaikasta vetovoimaisen*". Suurimmaksi osaksi osaamisen kehittämisen menetelmät koostuvat seuraavista:

- Ulkoiset henkilöstökoulutukset / valmennukset / tutkinnot ("eväitä ulkoa")
- Sisäiset koulutukset ("suoraan tavoitteita palvelemaan sisäisellä koulutuksella")
- Sisäinen verkostoituminen (mentorointi / coaching -käytännöt)
- Ulkoinen mentorointi / coaching / uraohjaus
- Työkierto

Osaamisen ja koulutuksen hallinnan ympäristönä toimii Oiva-ympäristö joka koostuu koulutuskalenterista, Livat ja pätevyudet -kokonaisuudesta (testikäytössä) sekä tulevaisuudesa kehityskeskusteluista (suunnittelussa).

Palvelualuekohtaisissa sekä koko organisaation koulutussuunnitelmassa suunnitellaan em. keinoihin perustuvia koulutuksia ja koko osaamisen kehittämisen kokonaisuutta.

Esimiehiä valmennetaan ja koulutetaan toimimaan valmentavasti ja työyhteisöt alkavat kokeilujen kautta ottaa vastuuta tiimin yhteisistä asioista. Yhteisöohjautuvuus-hankkeen myötä Keusote on kouluttanut kolmessa vuodessa lähes kaikki esihenkilöt yhteisöohjautuvuuden perustekijöihin. Tätä työtä jatketaan työyhteisökohtaisilla palveluilla, joita toteutetaan sisäisillä palveluilla sekä tarpeen mukaan ulkopuolisella tuella.

Vuoden 2020 aikana Keusotessa käynnistettiin Minun urani Keusotessa-pilottiohjelma. Sen tavoitteena on työuran jatkumisen tukeminen uraohjauksen kautta ja tällä hetkellä se koskee lähihoitajia, mutta kokemusten myötä sitä harkitaan laajennettavaksi. Käytännössä ohjelman tarkoituksena on tarjota uraohjausta yhteistyössä Keudan ja Hyriankanssa.

### 6.4.1 Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus

Asiakas- ja potilasturvallisuus on keskeinen teema kaikessa Keusoten koulutussuunnittelussa. Koulutusten suunnittelun lähtökohtana on organisaation eri tasoilta nousevien kehittämistarpeiden tunnistaminen ja henkilöstön osaamisen varmistaminen. Kehittämistarpeiden perusteella laaditaan vuosittainen koulutussuunnitelma palvelualueittain sekä koko Keusoten tasoisesti. Koulutusten suunnittelussa ja kehittämistarpeiden tunnistamisessa voidaan hyödyntää myös kokemusasiantuntijoita ja heidän mukanaan tuomaansa osallisuuden ja asiakkuuden näkökulmaa.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisessä ja koulutustarpeiden tunnistamisessa on keskeistä, että haittatapahtumista raportoidaan ja Hai-pro-ilmoitukset käsitellään oikein. Hai-pro-ilmoitusten teko vakiinnutetaan osaksi perusperehdytystä itseopiskelumateriaalein sekä yhtenäisin perehdytysmateriaalein. Hai-pro-ilmoitusten käsittelyä ja raportointia koulutetaan systemaattisesti ilmoitusten käsittelijöille sekä tarvelähtöisesti että tarjoamalla koulutusta kaikille käsittelijöille avoimesti Oiva-osaamisen hallintajärjestelmässä. Myös Hai-pro-järjestelmän hyödyntämistä koulutussuunnittelun välineenä kehitetään.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta erityisiä osaamisen varmistamisen tarpeita liittyy esimerkiksi potilassiirtoihin yksiköstä toiseen, turvalliseen lääkehoitoon, lääkinnällisten laitteiden käyttöön, kaatumisten ehkäisyyn, lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen sekä haastavan asiakkaan kohtaamiseen. Koulutuksen keskeisenä tavoitteena on lisätä näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä toimintakulttuurissa. Koulutuksessa hyödynnetään Keusoten sekä sen toimintayksiköiden toimintamalleja ja ohjeistuksia, kuten esimerkiksi toimintayksiköiden lääkehoitosuunnitelmia, kaatumisten ehkäisyyn tarkoitettuja näyttöön perustuvia toimintatapoja sekä Keusoten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelmaa. Näiden toimintamallien jalkauttaminen arkityöhön on toisaalta eräs tärkeä koulutuksen tavoite.



Vuonna 2023 tärkeitä painopisteitä koulutuksessa ovat haavojen ennaltaehkäisy ja kaatumisten ehkäisy. Prosessien parissa on työskennelty vuosi 2022 ja niiden jalkauttaminen ja toiminnan vakiinnuttaminen sijoittuu vuoteen 2023.

Systemaattista, aikaan ja paikkaan sitomatonta asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutusta ja perusperehdytystä tarjoaa Potilasturvaportti, joka otetaan Keusotessa käyttöön loppuvuoden 2022 aikana. Potilasturvaportista määritellään jokaiselle työntekijälle riittävä perusosaaminen, joka tulee hankkia osana perusperehdytystä ja jota tulee ylläpitää ja päivittää. Itseopiskelumateriaalina käytössämme on myös Duodecimin Oppiportissa julkaistu Potilasturvallisuuden koulutuskokonaisuus.

Vuoden 2023 aikana hahmotellaan myös yhtenäinen laiteturvallisuuden koulutuskokonaisuus hyödyntäen siinä Laatuporttia ja Potilasturvaporttia.

Asiakas- ja potilasturvallisuudessa keskeistä koko Keusoten tasolla on myös palo- ja pelastussuunnitelmien sekä henkilöstö- ja henkilöturvallisuuden riittävä osaaminen. Henkilöstön hätäensiapu- ja elvytysosaamisen lakisääteisen täydennyskoulutuksen lisäksi ammattiryhmäkohtainen riittävän osaamisen taso määritetään toimintayksiköittäin ja täydennyskoulutusta järjestetään säännöllisesti tehtävien vaatimalla tavalla.

## 6.4.2 Lean ja jatkuva parantaminen -koulutukset

### 1. Räättälöity lean -valmennuspalvelu Guidinissa.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue tarjoaa kaikille työntekijöille räätälöityä lean -valmennuspalvelua, joka räätälöidään aina arjen tarpeisiin kunkin työtiimien tarpeiden mukaisesti. Valmennuksen sisältö, kesto ja ajankohta sovitaan yhdessä valmentajan kanssa tilaajan tarpeita vastaavaksi. Valmennusta toteutetaan live- ja Teams -valmennuksina. Valmentajina toimivat lean -valmentajat.

### 2. Lean ja jatkuva parantaminen osana kulttuurinmuutosta.

Lean ja jatkuva parantaminen kuuluu jatkossa osaksi isompaa kulttuurinmuutoksen koulutuskokonaisuutta, johon leanin lisäksi kuuluvat yhteisöohjautuvuus-, osallisuus- ja laatu. Kulttuurinmuutoksen koulutuksellisen osuuden kehittäminen jatkuu.

### 3. Lean ja jatkuva parantaminen osana Leat ja Jyeat johtamiskoulutuksia.

Lean ja jatkuva parantaminen on integroitu osaksi Hyrian ja Keusoten yhteistyönä toteuttamaa johtamiskoulutusta. Koko koulutuksen ajan kestävä Kehittäjänä Keuostessa osio sisältää työyksikössä tehtävän kehittämistehtävän, jossa hyödynnetään leanissa käytettävää A3-ongelmanratkaisumallia sekä siihen kuuluvia kehittämisen kokeiluja. Jokaiselle opiskelijalle on nimetty lean -valmentajien keskuudesta oma valmentaja, jota hän tapaa säännöllisesti koko koulutuksen ajan. Valmentajan tehtävänä on tukea kehittämistyössä sekä antaa oma lean -osaaminen ryhmän käyttöön.

### 4. Itseopiskeluviedot

Keunetissa sekä Oivassa on tarjolla valmennusvideoita, joihin voi tutustua joustavasti silloin, kun itsellään on aikaa.

## 6.4.3 Päivittäisjohtaminen

Päivittäisjohtamisen tavoitteena on varmistaa, että kaikki tiimit ja työntekijät tietävät toiminnalle asetetut strategiset tavoitteet ja niitä arjessa mittaavat mittarit. Tavoitteena on varmistaa tavoitteiden mukainen toiminta, arjen toiminnan sujuvuus sekä asiakas- ja työtyytyväisyys.

Päivittäisjohtamisen avulla tunnistetaan toiminnan onnistumisia ja poikkeamia, pystytään reagoimaan niihin reaaliaikaisesti ja tekemään tarvittavia korjaavia toimenpiteitä, kohti toiminnalle asetettuja tavoitteita ja jatkuvan parantamisen periaatteella.

Päivittäisjohtamista toteutetaan visuaalisesti päivittäisjohtamisen taulujen ja -kokousten avulla.

Päivittäisjohtamiseen saa tukea tilaamalla lean -valmennuspalvelua Guidinin kautta.

#### 6.4.4 Asiakslähtöisen toiminnan koulutukset

Asiakslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollossa laadunhallinnan ja palvelutoiminnan kehittämisen keskeisiä periaatteita. Asiakslähtöistä toimintakulttuuria edistetään osana olemassa olevia rakenteita, kuten yhteisöohjautuvuus, osallisuus, laadunhallinta, perehdytys, tavoite- ja kehityskeskustelut sekä lean -koulutukset ja -valmennukset.

Asiakslähtöinen toiminta on osa tulevaa kulttuurinmuutoksen koulutuskokonaisuutta, jonka suunnittelu jatkuu. Toimintakulttuurin kehittymistä seurataan työelämän koettua laatua mittaavan Keusoten Syke - henkilöstökyselyn, asiakaspalautteen, asiakaspalautteesta nostettujen kehittämiskohteiden sekä päivittäisjohtamisen avulla.

Valmennustalo Virran tuottamat, Virtaa ammattimaiseen asiakaspalveluun webinaari-tallenteet ovat kaikkien työntekijöiden katsottavissa Oivassa. Kokonaisuus sisältää viisi Webinaaria, jotka käsittelevät asiakaspalvelua ja sen haasteita laajasti eri näkökulmista. Oivassa on myös asiakkuustiimin tuottama oma tallenne asiakaspalautteen keräämisestä ja asiakkuuksien johtamisesta Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella.

#### 6.4.5 Laadunhallinnan koulutukset

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella toteutetaan henkilöstölle SHQS-laatuohjelman ja sisäisten auditoijien koulutuksia koulutussuunnitelman mukaisesti. Lisäksi sisäisten auditoijien pätevyyskoulutuksia järjestetään tarpeen mukaan.

##### SHQS-laatuohjelman koulutuksissa perehdytään

- Sosiaali- ja terveystalouden laadunarviointikriteeristön rakenteeseen ja sisältöön
- Kriteeristön käyttöön itsearviointivälineenä
- Itsearviointimenetelmään kehittämistyön tukena
- SHQS-laatuohjelmaan laatujärjestelmän viitekehyksenä ja laadunhallintamenetelmänä
- Sähköinen Laatuportti-järjestelmä itsearviointien välineenä, kehittämistehtävien määrittäminen, seuranta ja raportointi

##### Sisäisten auditoijan koulutuksissa perehdytään

- Arvioimaan oman organisaation toimintaa laatuvaatimusten mukaisesti
- Sisäisen auditoinnin menetelmään, arvioinnin toteuttamiseen ja raportointiin

Laadunhallintaan liittyvän osaamisen varmistamiseksi henkilöstölle järjestetään prosessiosaamisen ja dokumenttien hallinnan koulutusta. IMS-järjestelmä on ohjelmisto laadunhallinnan tueksi ja toiminnan kehittämiseen ja sitä hyödynnetään dokumenttien, prosessien ja raporttien hallinnassa.

Ajankohtainen koulutustarjonta [Oiva-koulutuskalenterissa](#) (sisäinen linkki).

## 7 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen

### 7.1 Asiakkaan kohtelu

Turvaamme asiakkaillemme ja potilaillemme oikeuden hyvään kohteluun ihmisarvoa kunnioittaen. Asiakkaillemme ja potilaillemme on oikeus yhdenvertaiseen kohteluun, tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen sekä heidän vakaumuksensa ja yksityisyytensä kunnioittamiseen. Otamme mahdollisuuksien mukaan huomioon asiakkaan/potilaan äidinkielen, kulttuurin ja hänen yksilölliset tarpeensa hänen hoidossaan, palvelussaan ja kohtelussaan. Lasten tasa-arvoiseen kohteluun yksilönä kiinnitetään erityistä huomiota. (Perustuslaki (731/1999); Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 3 §; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 4 §.)

Hyvinvointialueen lastensuojelulaitoksissa on laadittu lastensuojelulain (417/2007) 61b §:n mukaiset hyvää kohtelua koskevat suunnitelmat osana omavalvontasuunnitelmaa.

Sosiaalihuollon henkilökunnalla on sosiaalihuoltolain (1301/2014) 48 § ja 49 §:ien mukainen ilmoitusvelvollisuus, jos he tehtävissään huomaavat epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia, kuten kaltoin kohtelua asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta ja hyvinvointialueen toimintaohjeista on kerrottu tarkemmin luvussa [4.3.3 Omavalvonta \(sisäinen linkki\)](#).

Kaikesta poikkeavasta toiminnasta, vaaratilanteista tai huonosta kohtelusta seuraa aina toimenpiteet. Epäasialliseen kohteluun puututaan välittömästi ja toiminnasta huomautetaan. Asiasta keskustellaan asianomaisten kanssa ja epäkohta selvitetään. Mikäli todetaan, että asiakasta/potilasta on kohdeltu epäasiallisesti tai loukkaavasti, selvitetään tilanne heti. Kun todetaan, että toinen asiakas/potilas/omainen /vierailija käyttäytyy epäasiallisesti toista ihmistä kohtaan, vuorossa oleva työntekijä puuttuu tilanteeseen välittömästi asiallisesti keskustellen. Kun työntekijä käyttäytyy epäasiallisesti asiakasta/potilasta kohtaan, toisilla työntekijöillä on oikeus ja velvollisuus puuttua tilanteeseen välittömästi ja informoida yksikön esimiestä tapahtuneesta. Epäasiallisen kohtelun seurauksena voidaan käyttää työnjohdollisia seuraamuksia.

### 7.2 Asiakkaiden osallisuutta tukevat rakenteet


Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen [osallisuusohjelma 2020-2025](#) on hyväksytty kuntayhtymän valtuustossa 21.11.2019, §39, vahvistamaan asukkaiden osallisuus- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Osallisuusohjelman päivitystyö on aloitettu syksyllä 2022 osana hyvinvointialueen valmistelua.

Osallisuusohjelmassa määritellään, mitä osallisuudella tarkoitetaan ja nimetään tavoitteet osallisuuden edistämiseksi. Osallisuus ymmärretään olevan kuulluksi, arvostetuksi ja ymmärretyksi tulemista. Se on halua ja mahdollisuutta päättää ja vaikuttaa omissa ja yhteisissä asioissa. Osallisuutta lisätään rakentamalla kuulemisen, kohtaamisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia. Henkilöstölle osallisuusohjelma sisältää toimintaohjeita, asukkaille /asiakkaille tietoa osallistumismahdollisuuksista ja päättäjille se on väline osallisuustavoitteiden toteutumisen arviointiin.

Osallisuuden edistämisen tavoitteena on tehostaa palvelujen oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta arvioimalla yhdessä asiakkaiden kanssa palvelukokemuksia ja kehittämissideita. Tavoitteena on vahvistaa asiakkaan aktiivista roolia omassa palvelussaan. Osallisuus vahvistaa myös henkilöstön ymmärrystä väestön palvelutarpeista ja väestön ymmärrystä palvelutoiminnasta edistäen asiakkaiden itsenäistä selviytymistä. Osallisuusohjelman tavoitteena on tukea asiakaskohtaista osallisuutta edistävää palvelutoimintaa, kuulluksi ja kohdatuksi tulemista sekä vaikuttamista omaan hyvinvointiin ja palveluprosessiin. Palvelutoiminnassa osallisuuden edistäminen edellyttää uusien osallistumisen ja kokemustiedon tuottamisen välineiden ja menetelmien kehittämistä ja hyödyntämistä, viestintää sekä digitaalisten menetelmien kokeilemista ja käyttöönottoa.

Keskeinen ajatus on, että osallisuus on organisaation läpäisevä toimintakulttuuri, joka näkyy tavoitteissa ja teoissa. Osallisuutta edistävää toimintakulttuuria tarkastellaan neljästä näkökulmasta: osallisuus 1) tiedonsaannissa ja asiointissa, 2) palvelutilanteessa, 3) kehittämisessä sekä 4) strategiatasolla. Tavoitteena on, että asiakasosallisuutta edistetään saavutettavuuden, kohtaamisten ja yhdessä kehittämisen kautta koko organisaatiossa. Hyvinvointialueen osallisuusohjelmassa osallisuus nähdään tavoitetilana, johon pyrkiminen edellyttää tietoisia valintoja organisaation kaikilla tasoilla ja yhteisillä rajapinnoilla. Osallisuuden raportointityökalun avulla tulosyksiköt raportoivat osallisuuden toteutumisesta alueillaan ja saadun tiedon kautta pystytään edelleen kehittämään osallisuuden toteutumista. Osallisuusohjelman toteutumista raportoidaan vuosittain alueellisen hyvinvointikertomuksen yhteydessä.

## Linkit

 Osallisuusohjelma (Keusoten verkkosivut)

### 7.2.1 Asiakaspalaute

Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asiakaskokemus on yksi Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen strategisista tavoitteista. Haluamme, että asukkaat tulevat kuulluksi ja heidän tarpeensa ymmärretyiksi. Panostamme asiakaskokemukseen kaikessa toiminnassamme.

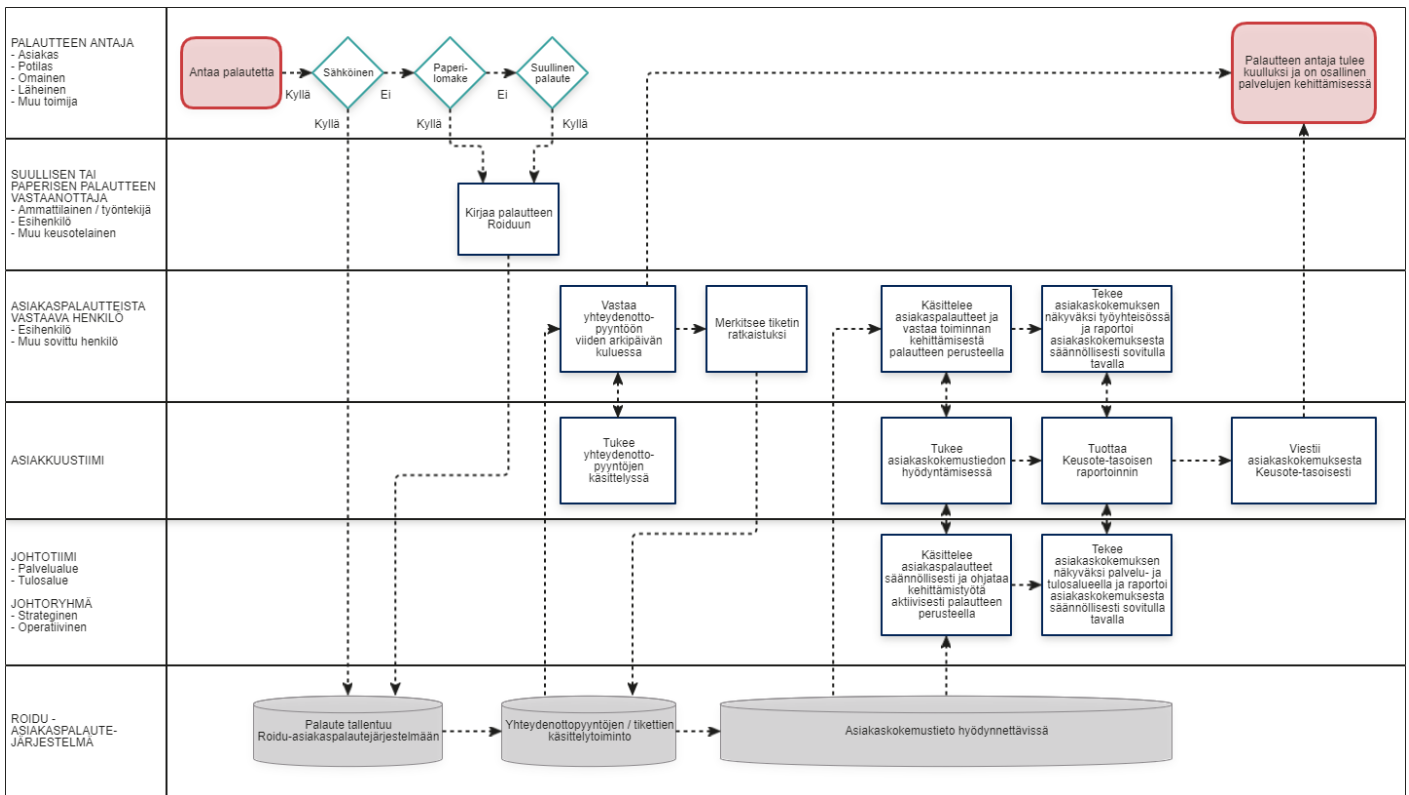
Asiakaspalvelun laatua seurataan asiakaspalautteen ja laadun mittareiden avulla. Asiakaspalautteista nostetaan vuosittain hyvinvointialuetasoiset kehittämisen painopistealueet. Asiakaspalautetta kerätään systemaattisesti hyvinvointialueen ulkoisilta asiakkailta, kuten potilailta, omaisilta/läheisiltä ja yhteistyökumppaneilta. Sisäisen asiakaskokemuksen kehittäminen on käynnistetty vuonna 2021 ja sen kehittäminen jatkuu.

Palautetta kerätään monikanavaisesti. Asiakas voi antaa palautetta suoraan henkilökunnalle, paperisella palautelomakkeella, organisaation Internet-sivuilla olevalla verkkolomakkeella, toimipisteissä olevilla jalallisilla Roidu-laitteilla ja työntekijöiden mukana kulkevilla mobiililaitteilla sekä tekstiviestipalautteella. Roidu-laitteet on tarkoitettu välittömän asiakaspalautteen nopeaan keräämiseen vastaanotoilla tai asiakastapaamisten päätteeksi.

Verkkosivupalautteen kautta on mahdollista jättää yhteydenottopyyntö. Asiakkaaseen tulee tällöin olla yhteydessä 5 arkipäivän kuluessa.

Asiakkuuksien johtamisen koordinointi tapahtuu Hyvinvointi-, terveys- ja asiakkuudet tulosalueella, asiakkuustiimissä.

Palautteiden käsittely on tarkemmin kuvattu [Asiakaspalautteen kerääminen, käsittely ja raportointi \(sisäinen linkki\)](#) toimintaohjeessa. Asiakaspalautteiden käsittelyn prosessi on kuvassa 7.



Kuva 7. Asiakaspalautteiden käsittelyn prosessi

## 7.2.2 Asiakasraadit, kokemusasiantuntijat ja asukaskehittäjät

### Asiakasraadit

Asiakasraatitoimintaa toteutetaan säännöllisesti palvelualueilla neljä kertaa vuodessa. Asiakasraatitoiminnan tavoitteena on osaltaan vahvistaa asiakasosallisuutta palveluiden kehittämiseksi.

### Asukaskehittäjät

Osallisuuden lisäämiseksi ja toiminnan jatkuvan parantamisen takaamiseksi asukkaille ja asiakkaille tarjotaan erilaisia mahdollisuuksia osallistua toiminnan kehittämistyöhön. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä asukkaiden ja asiakkaiden tarpeista, toiveista ja odotuksista, lisätä verkostoyhteistyötä sekä kehittää toimintaa saadun palautteen perusteella.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on käytössä asukaskehittäjien henkilörekisteri, johon hyvinvointialueen palvelujen kehittämisestä kiinnostuneet alueen vapaaehtoiset asukkaat voivat ilmoittautua.

Toimintayksiköt kutsuvat asukaskehittäjiä vastaamaan sähköisiin kyselyihin, osallistumaan työpajoihin tai muihin järjestämiinsä tapahtumiin kartoittaessaan nykytilaa ja kehittäessään toimintaansa. Toiminta on osa osallisuusohjelmaa ja sitä koordinoi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tiimi.

Asukaskehittäjien ohella organisaation toimijat voivat vapaasti osallistua asiakkaitaan prosessien kehittämiseen kutsumalla heitä mukaan kertaluonteisiin tai pidempiaikaisiin kehittämistapahtumiin, joiden tavoitteet ja sisällön palvelualueet/yksiköt itse määrittelevät.

**Kokemusasiantuntija** on henkilö, jolla on omakohtaista tai läheisen henkilön kautta kertynyttä kokemusta jostakin psyykkisestä tai fyysisestä sairaudesta, vammasta tai muusta vaikeasta elämäntilanteesta. Kokemusasiantuntijana toimiminen edellyttää kokemusasiantuntijakoulutuksen suorittamista.

Kokemusasiantuntija toimii Keusotessa ammattilaisen rinnalla. Keusotessa kokemusasiantuntijan tehtävänä voi olla palveluiden arvioiminen, suunnittelu ja kehittäminen, ammattilaisen työparina toimiminen, erilaisiin työryhmiin, asiakasraateihin ja tapahtumiin osallistuminen, ryhmänohjaus sekä vertaisryhmissä toimiminen. Kokemusasiantuntija voi ohjata ja neuvoa asiakkaita palveluiden piiriin ja antaa tietoa Keusoten palveluista sekä asiakkaille että yhteistyökumppaneille.

Keusotessa kokemusasiantuntija- ja vertaisohjaajakoulutusta toteutetaan yhteistyössä Werkon KOKEWA -hankkeen kanssa sekä muiden kokemusasiantuntijoita kouluttavien tahojen kanssa, mm Laurea.

## Linkit

- [Asiakasraati \(Keusoten verkkosivut\)](#)
- [Asukkaan osallisuus ja asukaskehittäjätoiminta \(Keusoten verkkosivut\)](#)
- [Ilmoittautumislomake Keusoten asukaskehittäjäksi \(Keusoten verkkosivut\)](#)
- [Werkon Kokewa-hanke \(Werkko-ry\)](#)

### 7.2.3 Verkostokonsulttitoiminta

Huolestuttavat tilanteet saattavat houkuttaa toimimaan monologisesti ja voi tulla tarve hallita toisten toimia tai jopa ajatuksia. Tuolloin kiinnostus toisen toimintaan ja ajatteluun vähenee, mikä on este kuulluksi tulemiselle. Kun tarkoitus on edistää osallisuutta ja saavuttaa hyviä voimavarojen yhdistelmiä (asiakkaiden, työntekijöiden, läheisverkostojen kesken) tarvitaan dialogisia kohtaamisia verkostojen välillä.

Dialogisten kohtaamisten turvaamiseksi voi Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella tarvittaessa tilata asiakas- ja/ tai työntekijätilanteisiin ulkopuolisen keskustelun ohjaajan, verkostokonsultin. Keusoten verkostokonsulttitoimintaa koordinoidaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tiimissä. Verkostokonsultit ovat tilanteeseen nähden ulkopuolisia ja huolehtivat siitä, että jokainen osallistuja saa rauhassa puhua asiansa omasta näkökulmastaan käsin sekä kuunnella muiden ajatuksia tilanteesta. Verkostokonsultti ei neuvo, ota kantaa tai pyri vaikuttamaan käsiteltävään asiaan. Verkostopalaverissa vuoropuhelun lopputuloksena syntyy yhteistyösuunnitelma (esim. hoito-, kuntoutus- tai toimintasuunnitelma), johon toimijat sitoutuvat osallistuttuaan palaveriin.

### 7.2.4 Asiakkaiden, potilaiden ja läheisten osallistaminen turvallisuuden kehittämiseen

Asiakkaiden, potilaiden ja läheisten osallisuutta turvallisuuden parantamiseksi edistetään kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman 2022-2026 mukaisesti.

Potilas ja asiakas sekä hänen läheisensä ovat tärkeässä roolissa hoidon ja palvelun turvallisuuden edistämisessä. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue velvoittaa ja seuraa omavalvontamenettelyssä, että kaikissa palveluissa käytetään ja edistetään asiakkaiden, potilaiden ja läheisten mahdollisuutta tehdä vaaratilanneilmoituksia.

Keski-Uudenmaan alueen asiakkailta, potilailta sekä läheisiltä on mahdollisuus osallistua turvallisuuden kehittämiseen ilmoittamalla vaaratilanteesta sähköisellä vaaratilanteiden [ilmoituslomakkeella](#). Lomakkeella voi tehdä ilmoituksen hoidon tai palvelun aikana havaitsemastaan vaaratilanteesta. Toimintayksiköt tarjoavat haavoittuvassa asemassa oleville asiakkaille ja potilaille kohdennettua ja yksilöllistä tukea osallisuuden vahvistamiseksi.



Toimintayksiköillä on käytössä asiakkaiden, potilaiden ja läheisten osallisuuden viestintää varten [Juliste asiakkaiden, potilaiden ja läheisten vaaratilanneilmoittamisesta](#)

### 7.3 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta

Infektio- ja tartuntatautiyksikön perustehtävän määrittelee Tartuntatautilaki, joka edellyttää hyvinvointialueelta mm. tartuntatautiin ehkäisyyn, tautien varhaistoteamiseen ja seurantaan, epidemian selvittämiseen tai torjumiseen kohdentuvia toimenpiteitä sekä tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn tutkimuksen, hoidon sekä hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan hoitamista. Infektio- ja tartuntatautiyksikön operatiivisesta toiminnasta vastaa hyvinvointialueen tartuntataudeista vastaava lääkäri terveyspalveluiden ja sairaanhoidon palvelujohtajan alaisuudessa.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö perehtyy tunnettuihin hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan toimintatapoihin ja suunnittelee, priorisoi ja ohjaa sovittujen toimintatapojen käyttöönottoa yhdessä Keuhan toimintayksiköiden ja HUS-yhtymän kanssa. Infektio- ja tartuntatautiyksikkö edistää suunnitelmallisesti sosiaali- ja terveysministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman 2022-2026 tavoitetta vähentää merkittävästi hoitoon liittyvien infektioiden ilmaantuvuutta vuoteen 2026 mennessä.

Infektio- ja tartuntatautiyksikön tehtävänä on ylläpitää toimintayksiköiden hygieniavastuuhoitajien verkostoa ja toteuttaa verkostoyhdysheikköiden kanssa vuosittain 1-2 yhteistä interventiota työyksiköihin. Interventio voi olla esimerkiksi hoitoon liittyvien infektioiden prevalenssitutkimus tai käsihuuhdekulutuslaskenta. Hyödyllisimmiksi osoittautuvia tutkimuksia toistetaan seuraavina vuosina tai hyväksi havaittuja seurantatapoja sulautetaan osaksi yksiköiden perustyötä. Hygienioiden ja infektioiden torjuntatoimien toteutumisen järjestelmälliseen seurantaan luodaan omavalvonnan rakenteita.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö seuraa alueensa antibiooteille vastustuskykyisten bakteerien esiintyvyyttä osallistamalla HUS-yhtymän Hyvinkään sairaanhoitoalueen seurantaan ja edistää halutunlaisia antibioottien käyttötapoja. Infektio- ja tartuntatautiyksikkö huolehtii kantajuus- ja altistumistietojen lisäämisestä ja purkamisesta erikoissairaanhoidon kanssa. Hoitoon liittyvien infektioiden ilmaantuvuuden seurannan kattavuutta ja luotettavuutta, sekä julkista ja avointa raportointia edistetään.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö osallistuu ja myötävaikuttaa toimintatapoihin henkilöstön rokotussuojan ylläpitämiseksi. Työtä tehdään yhdessä hyvinvointialueen henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon kanssa. Henkilöstön tietoisuutta ammattilaisten rokotuskattavuuden merkityksestä edistetään yhdessä viestinnän kanssa.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö vastaa oman substanssitoimintansa tiedon keräämisestä, toiminnan ja hankkeiden raportoinnista ja tehdyn työn vaikuttavuuden arvioinnista. Infektio- ja tartuntatautiin tuottamat ohjeet ja koulutukset ovat velvoittavia ja kukin työyksikkö ja työntekijä sitoutuu annettuihin ohjeisiin ja osallistuu koulutuksiin. Koulutuksiin osallistumista seurataan.

### 7.4 Tiedon välitys ja kirjaaminen

Asiakas- ja potilasasiakirjat sekä niiden merkinnät ovat merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Asianmukaiset ja laadukkaat merkinnät asiakas- ja potilasasiakirjoissa takaavat palvelun ja hoidon jatkuvuuden sekä laadun. Asiakas- ja potilasasiakirjamerkinnöissä tulee huomioida myös asiakas ja potilas sekä heidän oikeusturvansa toteutuminen.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) mukaisesti asiakasasiakirjalla tarkoitetaan viranomaisen ja yksityisen järjestämäänsä sosiaalihuoltoon liittyvää, julkisuuslaissa (621/1999) tarkoitettua asiakirjaa, joka sisältää asiakasta tai muuta yksityishenkilöä koskevia asiakastietoja. Asiakastieto on asiakassuhteessa saatua

henkilötietoa, joka on kirjattu tai on kirjattava asiakasasiakirjaan. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) mukaisesti kaikki sosiaalihuollon asiakirjat, jotka sisältävät tietoja sosiaalihuollon asiakkaasta tai muuta yksityisestä henkilöstä, ovat salassa pidettäviä.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) velvoittaa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön sekä avustavan henkilöstön, joka osallistuu asiakastyöhön, kirjaamaan sosiaalihuollon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan kannalta tarpeelliset ja riittävät tiedot määrämuotoisina asiakirjoina ja tallentamaan ne. Laissa säädetään myös tarkemmin asiakirjojen laatimisesta.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella henkilöstöä ohjeistetaan sosiaalihuollon asiakasasiakirjamerkintöjen kirjaamisessa sekä sosiaalihuollon asiakastietojen käsittelyssä ja arkistoinnissa erillisillä työohjeilla. Asiakastietojärjestelmään liittyvät järjestelmäohjeet ovat myös henkilöstön saatavilla.

Sosiaalihuollossa työskenteleville ammatillisille on tarjolla kirjaamisvalmennusta, jossa käydään läpi kirjaamisen peruseräaatteita ja hyvän kirjaamisen tavoitteita sekä mm. kirjaamista sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla. Kirjaamisvalmennuksen tavoitteena on edistää sosiaalihuollon henkilöstön valmiuksia kirjata asiakastietoja määrämuodossa ja yhtenäistää menettelytapoja sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) mukaisesti potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Laissa sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisussa Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely -opas terveydenhuollolle ohjeistetaan myös tarkemmin potilasasiakirjojen laatimisesta sekä laatimisen määräajoista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaisesti kaikki potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden laatimat merkinnät potilaan tai asukkaan hoidosta ovat potilasasiakirjoja riippumatta siitä, hoidetaanko potilasta sosiaali- tai terveydenhuollossa. Näin ollen terveydenhuollon ammattihenkilöt laativat potilasasiakirjoja myös sosiaalihuollon palveluissa.

Tiedon välityksestä ja kirjaamisesta on säädetty laissa ja asetuksissa. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetusta laissa (559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (785/1992). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) määrittää sosiaalihuollon salassapitoa, vaihtelovollisuutta ja tietojen luovuttamista. Tietoturva ja tietosuojaa on kuvattu tarkemmin luvussa [5.1 Tietosuoja ja tietoturva \(sisäinen linkki\)](#).

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) on säädetty potilasasiakirjojen sisällöistä, kuten potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Valvira on laatinut oppaan potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä.

Potilasasiakirjoihin on terveydenhuollon ammattihenkilön tai hänen ohjeistuksensa mukaisesti muun hoitoon osallistuvan henkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella

- potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja seuranta sekä edistää hoidon jatkuvuutta
- potilaan tiedonsaantioikeutta ja oikeusturvaa
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa

- terveydenhuollon palvelujen turvallisuutta ja laadunvalvontaa
- toiminnan suunnittelua ja arviointia sekä tutkimusta ja opetusta

Potilasasiakirjojen merkinnöistä tarkemmin [Liitteessä 5. Tiedon välitys ja kirjaaminen \(sisäinen linkki\)](#).

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella potilaan ja asiakkaan hoidon tai palvelun riittävää ja oikeaa kirjaamista ohjaavat kirjaamisohjeet, joita on eri kunnissa ja yksiköissä vielä erilaisia johtuen eri asiakas- ja potilastietojärjestelmistä. Tavoitteena on luoda hyvinvointialueelle yhteiset kirjaamisohjeet järjestelmien yhtenäistämisen myötä. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella otetaan käyttöön yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä vuoden 2023 loppuun mennessä.

## Linkit

[↪](#) Potilasasiakirjat (Valvira)

## 7.5 Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuus

Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuutta ohjaa laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) ja laki lääkinällisistä laitteista (719/2021). Lain mukaan toimintayksikön tulee a) varmistaa laitteiden turvallinen käyttö, b) ennakoida vaaratilanteet ja ilmoittaa niistä tarpeen mukaan valvovalle viranomaiselle, c) ylläpitää laitteiden seurantajärjestelmää ja d) nimetä vastuuhenkilöt vastaamaan lakien ja asetusten noudattamisesta. Lain edellyttämät vaatimukset on esitelty tarkemmin [Liitteessä 6. Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset \(sisäinen linkki\)](#).

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue vastaanottaa liikkeenluovutuksen yhteydessä kuntayhtymän jäsenkuntien, Etevan-kuntayhtymän ja Ridasjärven päihdehoitokeskuksen terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet. Laiteturvallisuuden käytännöt yhdenmukaistetaan vuoden 2023-2024 aikana.

Terveydenhuollon laadunhallinnan ja turvallisuuden päätavoitteet ovat:

- Laitteiden turvallisen käytön takaamiseksi yhtenäistetään käytössä olevat ohjeistukset ja seurantamenetelmät. Käyttöön otetaan laitepassi, johon dokumentoimaan henkilöstön laitekoulutautuminen. Tavoitteena on varmistaa, että henkilöstö on systemaattisesti perehdytetty tarvitsemiensa laitteiden käyttöön ja laitteen käytön osaamista ylläpidetään..
- Laitteista johtuvien vaaratilanteiden ennaltaehkäisemiseksi toiminnan ohjauksessa kiinnitetään huomio erityisesti uusien laitteiden käyttöönottoon, uuden henkilöstön ja lyhytaikaisten sijaisten perehdytykseen sekä asiakkaiden kotikäyttöön luovutettavien laitteiden käytön ohjaukseen.
- Käytössä ei ole yhtä yhteistä terveydenhuollon laitteiden seurantajärjestelmää ja laiterekisteriä. Yhtenäinen seurantarekisteri hankitaan vuonna 2023.
- Varmistetaan, että kaikissa toimintayksiköissä on lain edellyttämät nimetyt vastuuhenkilöt. Vastuuhenkilöiden tehtävänä on vastata siitä, että toiminnassa noudatetaan lain ja sen nojalla annettuja säännöksiä ja määräyksiä. Vastuuhenkilöt ovat myös keskeisessä roolissa uusien toimintatapojen jalkauttamisessa.

## 7.6 Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen hoitokäynneillä

Asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää, että hoitokäytännöt ja toimintatavat ovat laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 8 § edellyttää, että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Keusotessa edistetään uusimpaan tutkimusnäyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen toteutumista huomioiden asiakkaan ja potilaan omatoimisuuden tukeminen. Asiakas- ja potilasturvallisuuskäytännön toteutuminen hoitokäytäntöjä sovellettaessa varmistetaan laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan avulla (kts. luku [3.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka](#)

([sisäinen linkki](#)). Keusotessa on otettu käyttöön laadunhallintajärjestelmä, joka mahdollistaa mm. hoitokäytäntöihin liittyvän yhdenmukaisen dokumentaation ja sen hallinnan yhteisessä paikassa. Järjestelmä tukee omalta osaltaan yhtenäisten hoitokäytäntöjen toteutumista.

Painopiste asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta ovat alueellisesti sovitut toimintatavat mm.:

- hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta (kts. luku [7.3 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta \(sisäinen linkki\)](#)),
- kaatumisten ja tapaturmien ehkäisy,
- painehaavojen ehkäisy sekä
- vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito.

Näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen käyttöönottoa edistetään monin eri tavoin esim. tekemällä tutkimustyötä tutkimus- kehittämis- ja innovaatiokeskuksen koordinoimana sekä tekemällä jatkuvaa yhteistyötä yliopistojen, erikoissairaanhoidon ja eri oppilaitosten kanssa. Lisäksi turvallisten ja ajantasaisten hoitokäytäntöjen toteutumista vahvistetaan koulutussuunnitelman avulla.

## 7.7 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta eri osa-alueesta: **lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta**. Lääketurvallisuus tarkoittaa lääkevalmisteen turvallisuutta. Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkehoidon turvallisuutta.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ostaa lääkehuollon palvelut HUS apteekista, joka edistää omalta osaltaan lääke- ja lääkitysturvallisuutta ohjeistamalla mm. lääkkeiden tilaamista/palauttamista, lääkkeiden säilyttämistä, lääkeaseptiikkaa ja oikeaoppista lääkkeiden käsittelyä. HUS-apteekki toimittaa osan käytettävistä lääkkeistä, osa toimitetaan avoapteekeista. HUS-apteekki ilmoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvistä poikkeamatilanteista lääke- ja lääkitysturvallisuustiedotteiden avulla.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella kehitetään turvallista lääkehoitoa moniammatillisesti huomioiden kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian tarjoamat työkalut, toimintamallit ja mittarit. Lääkehoidon turvallisuutta parannetaan lisäämällä ammattilaisten osaamista, hyödyntämällä entistä kehittyneemmin tietotekniikkaa ja yhteisiä tietokantoja, ja säätämällä velvoitteita turvallisuutta lisäävien rakenteiden käyttöönottoon.

Lääkehoitoprosessi on monivaiheinen, ja lääkitysturvallisuus edellyttää kaikkien siihen osallistuvien yhteistyötä lääkkeiden käyttäjät, omaishoitajat ja avoapteekit mukaan lukien. Palveluyksiköille tarjotaan klinisen farmasian tukea turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. Tuen tarve korostuu ikääntyneiden ja paljon lääkkeitä käyttävien hoidossa.

Lääkehoitoa toteuttavien yksiköiden toimintaa ohjaa [Keusoten Lääkehoitosuunnitelma](#) (sisäinen linkki), joka linjaa lääkehoidon toteutuksen periaatteet. Suunnitelma sisältää lääkitysturvallisuuden johtamiseen sekä lääkehoidon järjestämiseen, toteuttamiseen, dokumentointiin, tiedonkulkuun ja seurantaan liittyvät vastuujao, velvollisuudet ja työnjaot. Lisäksi suunnitelmassa on määriteltä lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden osaamisvaatimukset, osaamisen varmistaminen ja ylläpito. Suunnitelma ohjaa lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistamisessa ja niihin varautumisessa sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa työyksiköissä. Lääkehoidon toteutuksessa kiinnitetään erityistä huomiota työyksikön omassa toiminnassa tunnistettuihin riskikohtiin ja ennakoivaan riskien hallintaan. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelma on osa hyvinvointialueen omavalvontasuunnitelmaa, ja siitä vastaa moniammatillinen lääkitysturvallisuus- työryhmä.

## Linkit

 Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen STM2021:6

## 7.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon muu fyysinen ympäristö

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varusteet. Toimitilojen tulee olla turvalliset ja toimivat sekä terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle sopivia. Toimitilojen suunnittelussa ja käytössä on huomioitava asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja edellytykset, esteettömyys ja yksityisyyden suoja. Tilasuunnitteluvaiheessa ja suunnitelmien laatimisessa osallistetaan tilojen käyttäjät.

Kiinteistön ja sen ulko- ja sisätilojen toimivuuden tulisi olla mahdollisimman häiriötöntä. Tämä edellyttää säännöllisiä tilojen kunnan ja toimivuuden katselmuksia ja tarkkaavaisuutta kiinteistön hoidossa, huollossa ja kunnossapidossa. Havaittuihin ongelmiin, esimerkiksi lämmitykseen, käyttöveden tai sisäilmaston laatuun vaikuttavien häiriöiden ilmaantumiseen tulee pystyä reagoimaan riittävän nopeasti. Toiminnan sujuvuuden ja turvallisuuden varmistaminen edellyttää, että myös mm. valaistukseen, meluntorjuntaan sekä kalusteiden, varusteiden ja laitteiden ergonomiaan ja soveltuvuuteen toimintayksikön asiakkaiden tarpeisiin kiinnitetään jatkuvasti huomiota. Toimitilojen ja ympäristön turvallisuuteen vaikuttavien seikkojen havaitseminen, turvallisuuspuutteista ilmoitusten tekeminen sekä häiriötilanteissa toimenpiteisiin tarttuminen on osa koko henkilöstön työtä. Työyksiköittäin tehtävissä WPro-riskien arvioinneissa arvioidaan mm. asiakas- ja potilastyön fyysistä ympäristöä. Toimintaympäristön turvallisuuden varmistamisessa tehdään yhteistyötä pelastuslaitoksen, poliisin ja terveystarkastajien kanssa.

Pelastus- ja työturvallisuuslainsäädännön pohjalta Keusotessa laaditaan vuokranantajatahon kanssa yhteistyössä kiinteistökohtaiset pelastussuunnitelmat. Pelastussuunnitelmassa kuvataan mm. rakennuksen ja toiminnassa käytettävien tilojen turvallisuusjärjestelyjä, annetaan toimintaohjeita tilojen käyttäjille onnettomuuksien ennalta ehkäisemiseksi ja onnettomuus- ja vaaratilanteissa toimimiseksi sekä mahdollisesti muuhun omatoimiseen varautumiseen liittyviä ohjeita.

Sairaaloissa, laitoshuollon yksiköissä ja asumisyksiköissä laaditaan lisäksi poistumisturvallisuusselvitys, jossa selvitetään, miten rakennuksen tai tilan käyttötapa ja niissä oleskelevien henkilöiden toimintakyky sekä muut poistumisturvallisuuteen vaikuttavat tekijät otetaan huomioon vaaratilanteisiin varautumisessa ja poistumisjärjestelyissä. Poistumisturvallisuusselvitys päivitetään toiminnan oleellisesti muuttuessa ja vähintään 3 vuoden välein.

Pelastussuunnitelma sekä poistumisturvallisuusselvitykset tulee olla henkilökunnan saatavilla. Niiden tulee olla osa uusien työntekijöiden perehdytystä ja jokaisen työntekijän vastuulla on tutustua työyksikkönsä turvallisuusasiakirjoihin. Tulevaisuudessa turvallisuusdokumentoinnin varastointia kehitetään siten, että dokumentit olisivat Keusoten henkilöstön saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta hyödyntäen sähköisiä alustoja. Paloturvallisuuteen liittyvät valvonta-asiakirjat tallennetaan myös em. alustoille. Merkittävänä tavoitteena voidaan nostaa se, että kiinteistössä toimivien esimiesten ja turvallisuusvastaavien vastuut tunnistetaan sekä vastuiden kantamista tuetaan riittävällä tavalla työnantajan puolelta. Keusoten kiinteistöjen työyhteisöt sekä muut toimintaan liittyvät tahot tapaavat säännöllisesti talokokouksissa, joissa mm. fyysisen turvallisuuden elementtejä käydään yhdessä läpi ja niitä kehitetään aktiivisesti.

Työyksikön turvallisuudesta vastaava henkilö huolehtii, että yksikössä järjestetään poistumisharjoitus vähintään kerran vuodessa. Poistumisharjoituksessa harjoitellaan turvallista poistumista tiloista tulipalo- tai muussa vaaratilanteessa. Harjoituksen yhteydessä tarkastellaan henkilökunnan tehtäviä ja toimintakyvyiltään rajoitteisten henkilöiden selviytymistä poistumistilanteessa. Asumisyksiköissä ja työ- ja päivätoimintayksiköissä on suositeltavaa ottaa asiakkaat mukaan harjoituksiin. Harjoituksista suositellaan tehtäväksi yhteenveto, jonka perusteella selvitetään, onko poistumiseen liittyviä menettelyjä syytä edelleen parantaa. Työyksiköissä toteutetaan lisäksi säännöllisesti turvallisuuskävelyjä henkilökunnan sekä tarvittaessa myös asiakkaiden kanssa ja nämä harjoitteet raportoidaan IMS-järjestelmään.



## 8 Kehittämistavoitteet vuosille 2023-2024

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen kokonaisvaltaisen laadunhallinnan kehittämistavoitteet vuosille 2023–2024 (Taulukko 9) on määritelty suhteessa laadun, potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmassa kuvattuihin laatu- ja turvallisuustavoitteisiin (kts. luku [3.2 Laatu- ja turvallisuustavoitteet \(sisäinen linkki\)](#)), kansalliseen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toimeenpanosuunnitelmaan sekä SHQS-laatuohjelman vaatimusten mukaisuuden todentamisen ja edellytysten pohjalta.

Taulukko 9. Kokonaisvaltaisen laadunhallinnan kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2023–2024

Kehittämistavoitteet 2023-2024	Toimenpiteet
Turvallisuutta tukeva kulttuuri on toimintamme perusta	Turvallisuuskulttuurin tilaa seurataan säännöllisesti henkilöstökyselyillä ja tulokset julkaistaan henkilöstölle.
Laaditaan koko henkilöstöä koskeva asiakas- ja potilasturvallisuuden koulutussuunnitelma	Koulutussuunnitelmassa määritellään koko henkilöstöä sekä asiakas- ja potilastyöhön osallistuvia koskeva koulutussuunnitelma pakollisista turvallisuuskoulutuksista.
Laiteturvallisuuksuunnitelmat	Laaditaan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laiteturvallisuuksuunnitelma ja siitä johdetut yksikkökohtaiset laiteturvallisuuksuunnitelmat. Samassa yhteydessä määritellään laiteosaamisen varmistaminen ja sen ylläpitäminen. Yhtenäinen lääkintälaiterekisteri otetaan käyttöön.
Asiakkaita, potilaita ja läheisiä otetaan mukaan palvelujen kehittämiseen ja arviointiin. Erityisesti tuetaan haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen ja hoidon toteutustapoihin	Palveluketjujen kehittämiseen osallistetaan monimuotoisesti asiakkaita, potilaita ja heidän läheisiään.  Otetaan käyttöön hyvinvointialuetasoinen asiakasraatitoiminta.
Kaatumisten ehkäisyn alueellinen toimintamalli on laajasti käytössä.	Kaatumisten ehkäisyn toimintamallin implementointi suunnitellaan ja toteutetaan vaiheistetuksi yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.
Keskeisille asiakasprosesseille on nimetty prosessien kehittämisvastuulliset, prosessin omistajat	Asiakasprosessien omistajuus on määritelty ja prosessiomistajat nimetty.
Palveluketjujen (ydinprosessien) kuvaaminen	Kuvataan palveluketjujen segmentoidut asiakasprosessit sovitun menettelytavan mukaisesti moniammatillisessa yhteistyössä. Määritellään asiakasprosesseille strategiaan perustuvat tavoitteet, mittarit ja tavoitetasot. Kehitetään tietopohjaa laatumittareiden lisäksi vaihteittain kohti vaikuttavuusmittareita.
Prosesseja arvioidaan ja kehitetään sovitulla tavalla	Kuvataan menettelytapa ja seurataan toteutumista Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen auditointisuunnitelman mukaisesti  Varmistetaan ja kehitetään esimiesten ja henkilökunnan Lean -osaamista.
Dokumenttien hallinta täyttää laatu- ja saavutettavuus	Kaikissa Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen yksiköissä toteutetaan dokumenttien hallintaa siten, että toiminta-, hoito-, asiakas- ja



vaatimukset	potilasohjeiden ylläpito ja katselmointi toteutetaan IMS-järjestelmässä.
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ottaa uudistetun SHQS-standardin käyttöön 1.1.2023 alkaen	SHQS-itsearviointien vastuuhenkilöt ja sisäiset auditoijat koulutetaan uudistettuun SHQS-standardin rakenteeseen, sisältöön ja käyttöön itsearviointien välineinä.
Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen kaikilla tasoilla tehdään säännöllisesti itsearviointit SHQS-arviointikriteeristöllä	Suunnitelman mukaisesti varmistetaan itsearviointien toteutuminen aikataulun mukaisesti ja laaditaan itsearvioinneissa todettujen kehittämiskohteiden pohjalta aikataulutettu ja vastuutettu kehittämissuunnitelma
Tietosuojassa noudatetaan EU:n yleistä tietosuojaa-asetusta ja muuta tietosuojaan liittyvää lainsäädäntöä	Tärkeimmät tietosuojajohteet on dokumentoitu ja jalkautettu.
Tietosuojatiimi toimii asiantuntijana ja luottamuksen rakentajana rekisteröidyn ja rekisterinpitäjän välillä ja varmistaa tietosuojan periaatteiden toteutumisen organisaatiossa.	Toteutetaan ohjausta ja neuvontaa: 1) Henkilöstölle: Sisäisessä intrassa tietosuojan/tietoturvan sivusto, Tietosuojatiimi tiedottaa-infokirje (viestinnän uutiskirjeen yhteydessä), Sisäisessä intrassa julkaistavat uutiset tarpeen mukaan. 2) Asiakkaille julkisten verkkosivujen kautta. 3) Laaditaan vuosittainen koulutussuunnitelma

## 9 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja raportointi

Asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan toteutumisen seuranta ja tiedon analysointi on olennainen osa toiminnan kehittämistä sekä laadun jatkuvaa parantamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 29§:n mukaan hyvinvointialueen on seurattava järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua ja verrattava tätä tietoa vastaavaan muihin hyvinvointialueita koskevaan tietoon.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen hoidon ja palvelun lähtökohtana on laadukkuus ja asiakaslähtöisyys. Näiden palveluiden laatujohtamista ja laadun seuranta ja arviointia varten on määritelty hyvinvointialueen strategiaa sekä kansallista asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaa tukeva mittaristo. Strateginen johtoryhmä on hyväksynyt kokonaisvaltaista laadunhallintaa kuvaavat laatuavoitteet ja mittarit ([Liite 2 Laatuavoitteet 2021-2022 \(sisäinen linkki\)](#)). Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja arviointia toteutetaan palvelualueittain säännöllisesti SHQS-laatuohjelman kriteeristön mukaisesti. Laatu on keskeinen osa asiakas- ja potilasturvallisuutta, jota tarkastellaan kokonaisuutena.

Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmien vastuuhenkilöt seuraavat laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden tavoitteiden toteutumista [Liite 2 Laatuavoitteet 2021-2022](#) mukaisesti. Työryhmien puheenjohtajat raportoivat johtoryhmälle 3 x vuodessa ja aluehallitukselle 2 x vuodessa.

Haitta- ja vaaratapahtumien arviointi tukee yhteisen toiminnan ja turvallisuuden kehittämistä. Hyvinvointialueella on määritetty luvussa [9.6 Vaaratapahtumien raportointi \(sisäinen linkki\)](#) miten, kuinka usein ja kenen toimesta vaaratapahtumailmoituksista saatavaa tietoa mitataan ja miten kyseistä tietoa hyödynnetään. Mitattavia tapahtumia ovat esim. tapahtui potilaalle tilanteiden osuus, läheltä piti tapahtumien ja vakavien vaaratapahtumien lukumäärät.

Johtoryhmä seuraa laatuavoitteiden ja mittareiden poikkeamia osana johdon tilannekuviin pohjautuvaa ohjausta ja johdon katselmuksia. ([9.1 Johdon katselmukset](#))

Aluehallitus seuraa laadun, asiakas- ja potilasturvallisuustilanteen toteutumista 2 kertaa vuodessa (osavuosikatsaus ja vuosiraportti) osana talouden ja toiminnan raportointia.

---

## 9.1 Johdon katselmukset

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen strateginen johtoryhmä suorittaa johdon katselmuksen vähintään kerran vuodessa laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti. Katselmuksessa tarkastetaan hyvinvointialueen laadunhallintajärjestelmän soveltuvuus toimintaan. Katselmuksessa varmistetaan myös hyvinvointialueen strategiassa, toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä laatujärjestelmässä asetettujen tavoitteiden toteutuminen käytännössä. Katselmus perustuu syntyneisiin laatumittareihin ja raportteihin. Tarpeen vaatiessa johto voi katselmuksen tuloksena edellyttää muutoksia laadunhallintajärjestelmään, laatu-asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan, omavalvontaohjelmaan, tavoitteisiin, ohjeisiin tai menettelyihin.

Katselmuksissa käsitellään seuraavat asiat:

- Aikaisempien katselmusten päätösten toteutumisen seuranta
- Laatumittarit ja tavoitteiden toteutuminen suhteessa strategiaan tavoitteisiin
- Asiakastarpeet ja asiakaskokemus, asiakaspalautteet
- Yhteenveto laatumittareista ja laadunhallinnan tilanteesta
- Prosessien hallinnan tilanne, toimivuus ja suorituskyky
- Yhteenveto laadunhallintajärjestelmän ja laatuohjeiden toimivuudesta sekä toteutumisesta ja mahdollisista muutostarpeista

Johdon määrämuotoisiin katselmusraportteihin kirjataan katselmuksessa tehdyt päätökset, mahdolliset toimenpiteet sekä siihen tarvittavat resurssit.

Hyvinvointialueen johtaja toimii katselmuksen koollekutsujana ja puheenjohtajana. Laatupäällikkö vastaa johdon katselmusten suunnitelmasta ja tulosten tiedottamisesta henkilökunnalle.

Johdon katselmuksesta ohjeistetaan tarkemmin sisäisessä [Johdon katselmus - toimintaohjeessa \(sisäinen linkki\)](#).

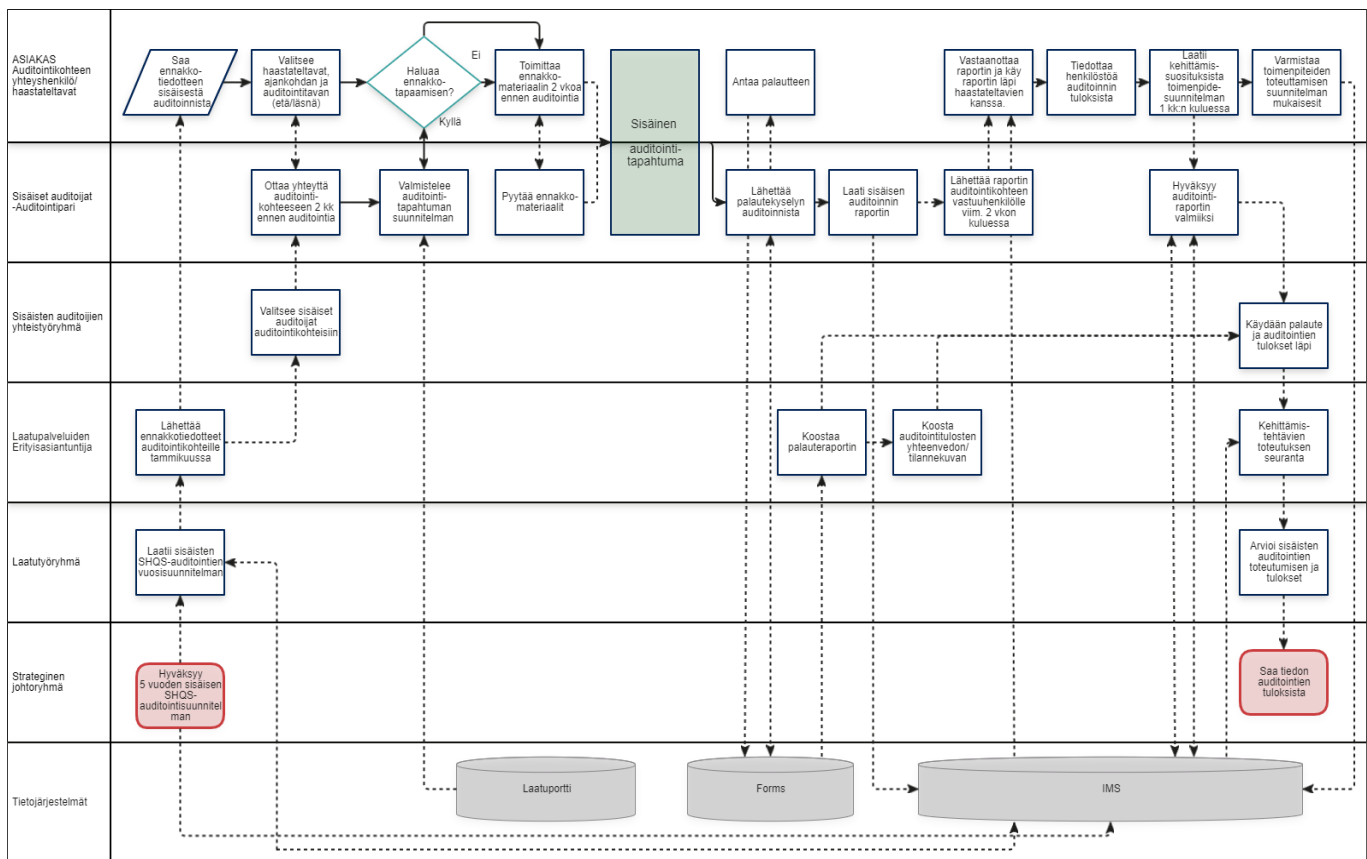
## 9.2 Sisäiset auditoinnit

### SHQS-laatuohjelman mukaiset sisäiset auditoinnit

Sisäiset auditoinnit toteutetaan suunnitelmallisesti kerran vuodessa laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti hyvinvointialueen sisäisten auditointien toimesta. Lisäksi sisäisiä auditointeja toteutetaan myös tarvittaessa ja pyydetysti.

Auditoinneissa selvitetään vastaako auditointikohteen toiminta SHQS-kriteeristön ja hyvinvointialueen itsensä asettamia vaatimuksia ja ohjeistuksia sekä onko toiminta asiakas-, potilas- ja virasomaisvaatimusten mukainen. Sisäisen auditoinnin tavoitteena on etsiä kehittämiskohteita ja innostaa kehittämään, vahvistaa hyviä käytäntöjä

Sisäisen SHQS-auditoinnin prosessi toteutetaan [Sisäisten SHQS-auditointien suunnitelman vuosille 2021-2025 \(sisäinen linkki\)](#) mukaan seuraavan kuvan 8 mukaisesti:



Kuva 8. Sisäisen SHQS-auditoinnin prosessi

### Päivittäisjohtamisen auditoinnit

Päivittäisjohtamisen auditoinneissa arvioidaan päivittäisjohtamisen kypsyysastetta suhteessa hyvinvointialueen päivittäisjohtamiselle asetettuihin tavoitteisiin.

Tieto päivittäisjohtamista toteuttavista tiimeistä/yksiköistä saadaan lean-käyttösuunnitelmaraportoinnin yhteydessä. Auditointeja toteutetaan säännöllisesti, tiimien kanssa sovittuina ajankohtina.

### 9.3 Gemba-kävelyt

Gemba-kävely on ensisijaisesti johtamisen väline ja tarkoittaa menemistä paikan päälle sinne, missä työ tapahtuu. Gemban tavoite on havainnoida työn sujuvuutta, työntekijöitä ja -ympäristöä sekä tunnistaa arvoa ja hukkaa liittyen työn laatuun, turvallisuuteen, toimitusvarmuuteen ja kustannuksiin yhdessä työtä tekevien henkilöiden kanssa. Gemba-kävelyn aikana keskustellaan työntekijöiden kanssa, kysytään kysymyksiä (Työn tavoite/nykytila /haasteet/ratkaisuehdotukset) ja opitaan uutta arjen työn tekemisestä. Gemballa tunnistetut hukat /haasteet kirjataan yksikön kehittämisen taululle ja niiden tavoitteiden suuntaista edistymistä arvioidaan tulevilla kävelyillä yhdessä esihenkilön ja työntekijöiden kanssa.

### 9.4 Valvontakäynnit

Valvontakäynnit on yksi hyvinvointialueen omien ja yksityisten palveluntuottajien ohjauksen ja valvonnan menetelmä. Valvontakäynnit voidaan jakaa kahteen erilaiseen menetelmään, suunnitelmallisiin ohjaus- ja valvontakäynteihin ja jälkikäteisiin eli reaktiivisiin tarkastuskäynteihin. Valvontakäyntejä voidaan toteuttaa myös tarpeen mukaan ilman varsinaista fyysistä käyntiä toimintayksikköön palveluntuottajan etätapaamisella ja dokumenttipohjaisella selvitystyöllä.

Suunnitelmallisten ohjaus- ja valvontakäyntien kohteet ja tiheys määritellään riskiperusteisesti. Suunnitelmallisen ohjauksen ja valvonnan kohdentamista riskiperusteisesti on kuvattu tarkemmin hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa.

Jälkikäteisiä eli reaktiivisia tarkastuskäyntejä tehdään asiakaspalautteisiin, muistutuksiin, kanteluihin, epäkohtailmoituksiin perustuen tai jos muutoin on herännyt epäily, että palveluntuottajan toiminnassa voi olla puutteita. Jälkikäteistä valvontaa on kuvattu tarkemmin hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa.

Molempien menetelmien mukaisista valvontakäynneistä laaditaan raportti eli valvontakertomus, johon kirjataan valvontakäynnin kulku, keskeiset havainnot sekä toimenpiteet, joita valvonnan kohteelta edellytetään ja määräaika niiden toteuttamiseksi. Valvontakertomuksen annetaan tiedoksi toimintayksikön vastuuhenkilölle, aluehallintovirastolle ja muille hyvinvointialueille, jotka ovat sijoittaneet kyseiseen toimintayksikköön asiakkaita tai joille se tuottaa palveluja. Kehittämistoimenpiteiden toteutumista seurataan sähköisellä valvonnan työkalulla.

### 9.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia edistävät järjestelmät

Kuntayhtymässä on käytössä monenlaisia asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia edistäviä järjestelmiä. Tavoitteena on yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän avulla luoda toimintaan systemaattisuutta ja osatekijöinä voi olla erityyppisiä järjestelmiä toimintojen yhtenäistämiseksi.

**RAI-arviointijärjestelmä** (Resident Assesment Instrument) on kansainvälinen ikääntyneiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. Järjestelmä on tällä hetkellä käytössä KEUSOTEN ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen, arviointi- ja kuntoutuspalveluiden sekä kotihoidon ja asumispalvelujen asiakkaiden voimavarojen ja tarpeiden tunnistamisen, tarvepohjaisen palvelusuunnittelun sekä tietoon perustuvan johtamisen työvälineenä. Keusoten käytössä olevia RAI-välineisiin palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakasohjauksessa kuuluvat: RAI-CA (Contact Assesment)+Helsa , kotihoidossa RAI-HC (Home Care) ja asumispalveluissa RAI-LTC (Long Term Care). Keusotessa edetään RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotossa valtakunnallisten linjausten mukaisesti.

Vanhuspalvelulakiin (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalvuluista 980 /2012) tuli 1.10.2020 muutos, jossa veloitetaan kaikkien toimijoiden käyttävän RAI-arviointivälinettä iäkkään henkilön toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnissa ja siitä johtuvan palvelusuunnitelman laatimisessa. Järjestelmä on oltava kaikkialla käytössä valtakunnallisesti 1.4.2023 mennessä.

THL (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos) ylläpitää RAI-vertailutietokantaa, missä raportoidaan kaksi kertaa vuodessa kaikkien RAI-arviointijärjestelmää käyttävien yksiköiden arviointitulokset. Tämä mahdollistaa valtakunnallisen vertailun muihin vastaaviin organisaatioihin. RAI-vertailutieto tarjoaa laajan näkymän asiakaskunnan toimintakykyyn ja palveluntarpeisiin, palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen sekä tukee johtamista ja strategista suunnittelua.

**Rafaela**-hoitoisuusluokitus parantaa potilasturvallisuutta tuottamalla tietoa toteutuneesta työstä ja hoitajamitoituksesta. Hoitoisuusluokitusta käytetään sairaalapalveluissa aktiivisesti apuna henkilöstön sijoittelussa ja hoitohenkilöstön työkuorman arvioinnissa. Järjestelmän avulla pystytään kohdentamaan hoitajamitoitus vastaamaan potilaiden hoidon tarpeita. Rafaela-hoitoisuusluokitusmittaristo on käytössä Keusoten sairaalapalveluissa sekä alueellisessa kotisairaalassa.

**Delfoi Planner SOTE** on Keusoten yhteinen suunnittelu- ja resursointijärjestelmä, jonka käyttöönotto on aloitettu palvelualue kerrallaan. Sen tavoitteena on

- Tehostaa suunnittelua ja resursointia kuntayhtymätasoisesti
- Suunnitella resurssit asiakkaiden palvelutarpeiden ja ajanvarausten perusteella
- Optimoida ja jakaa palvelujen vaatimat resurssit tasaisesti Keusotessa
- Mahdollistaa Keusoten yhteisten osaamis- ja tilaresurssien näkyvyys ja käyttö
- Tukea Keusoten yhtenäistä resurssisuunnittelua
- Yhdistää toimipiste-, tila-, työvuoro- ja tehtäväsuunnittelu kysyntälähtöiseksi resurssisuunnitelmaksi
- Muodostaa kokonaiskuva strategisen, taktisen ja operatiivisen tason resurssitarpeesta ja resurssien sijoittumisesta.
- Suunnittelu perustuu Keusoten kysyntäennusteeseen ja toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin.
- Suunnittelulla pyritään reiluun resurssijakoon ja työkuorman terveysasemien, tiimien ja eri palveluiden välillä.
- Kaikki Keusoten asiakkaat ovat yhdenvertaisessa asemassa palveluiden laatuun ja saatavuuteen nähden.

## 9.6 Vaaratapahtumien raportointi ja seuranta

Vaaratapahtumat raportoidaan HaiPro-järjestelmässä. HaiPro-järjestelmän käyttöä ja potilas-/potilasasiakasturvallisuusilmoitusten käsittelyä on kuvattu luvussa [4.3.1 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä \(sisäinen linkki\)](#) Vaaratapahtumien raportointi tukee yhteisen toiminnan ja turvallisuuden kehittämistä. Raportoinnin tarkoituksena on saada tietoa vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tietoa voidaan hyödyntää riskien tunnistamisessa, niiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan liittyvien toimenpiteiden määrittelyssä ja toimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa. Raportoinnin kautta saadaan tietoa mm. toimintatapojen, prosessien ja osaamisen kehittämisen tarpeista.

Vaaratapahtuma (HaiPro) -ilmoituksia seurataan ja käsitellään palvelualueiden:

- työyksikkökokouksissa päivittäin/viikoittain/kuukausittain tapahtuman luonteen edellyttämällä tavalla mm. viikoittain päivittäisjohtamisen pystypalavereissa. Nopeat toimenpiteet vastuutetaan ratkaisuun suoraan.
- tulosaluekokouksissa kuukausittain yleinen katsaus haittatapahtumista, kehittämistoimenpiteistä- ja tarpeista
- johtotiimeissä kvartaaleittain tulosaluekatsaukset yleisistä ilmiöistä, kehittämistoimenpiteistä- ja tarpeista

Operatiivisessa johtoryhmässä vaaratapahtuma-ilmoituksia seurataan ja käsitellään puolen vuoden välein.

Vaaratapahtuma (HaiPro) -raporttien käsittelyssä analysoidaan haittatapahtumien syy-seuraussuhteita ja pohditaan yksikön toimintatapojen kehittämisen tarpeita. Raporteille nostetaan vähintään keskeisimmät vaaratapahtumat, usein toistuvat ilmiöt, tapahtuman luonne, tapahtumatyypit, tapahtumapaikka, riskiluokka, tapahtumaolosuhteet sekä toimenpiteet ja niiden vaikutusten arviointi.

Keusoten ja HUSin yhteisessä laatu- ja potilasturvallisuustyöryhmässä käsitellään 2-4 kertaa vuodessa rajapintojen ylittävät HaiPro-ilmoitukset. Havaitut poikkeamat tuodaan tiedoksi potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmälle.

Vaaratapahtumat käsitellään asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmän kokouksissa kuukausittain ja tehdään tarvittavat johtopäätökset sekä toimenpide-ehdotukset.

Vaaratapahtumista raportoidaan aluehallitukselle vuosittain osana laatu, asiakas- ja potilasturvallisuusraporttia.

## 9.7 Muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset ja muutoksenhaku

### Muistutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla ja potilaalla on oikeus tehdä kirjallinen tai suullinen muistutus, jos hän on tyytymätön saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun. Jos potilas tai asiakas ei kykene itse tekemään muistutusta, muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa tai omainen. Jos potilas tai asiakas ei ole holhouksen alainen ja kykenee toimimaan itseään koskevissa päätöksissä, tarvitaan muistutuslomakkeeseen hänen valtuutuksensa asian selvittämiseksi. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella muistutuksen voi tehdä myös sähköisen asiointipalvelun kautta, joka vaatii erillisen tunnistautumisen. Muistutus käsitellään siinä toimintayksikössä, jota muistutus koskee ja yksikön johto vastaa muistutukseen kirjallisesti 30 vuorokauden kuluessa muistutuksen vastaanottamisesta.

Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä kirjallinen tai suullinen muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle.

Sosiaalihuollon laatuun tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle.

Muistutukseen annetusta vastauksesta ei voi valittaa, eikä muistutuksen tekeminen rajoita potilaan tai asiakkaan oikeutta käyttää asiassa muita oikeusturvakeinoja. Jos muistutuksen johdosta annettu vastaus ei tyydytä asianomaista, hänellä on mahdollisuus tehdä kantelu valvontaviranomaiselle. Palveluista tai etuuksista annetuista päätöksistä voi valittaa päätöksen mukana olevien ohjeiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden tehtäviin kuuluu tiedottaa aktiivisesti potilaita ja asiakkaita muistutusoikeudesta.

### Kantelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta voi kannella joko aluehallintovirastoon, eduskunnan oikeusasiamiehelle tai oikeuskanslerille. Kantelu tehdään kirjallisesti joko vapaamuotoisesti tai viranomaisen lomakkeella.

Kanteluiden käsittelyssä pyydetään vastineet kaikilta hoitoon osallistuneilta. Kantelun ja muistutuksen päätökset saatetaan asiakkaan/potilaan palveluun osallistuneiden tietoon terveydenhuollon laadun parantamiseksi. Jos potilas/asiakas ei ole alun perin tehnyt asiassa muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön käsiteltäväksi.

Tämä antaa toimintayksikölle mahdollisuuden nopeasti reagoida korjaamista vaativaan menettelyyn tai toimintaan, sekä valvoa paremmin omaa toimintaansa. Kanteluasian siirtämisestä muistutuksena käsiteltäväksi ilmoitetaan kantelun tekijälle. Toimintayksikkö toimittaa annetun vastauksen siirron tehneelle valvontaviranomaiselle.

### Potilasvahinkoilmoitukset



Potilasvahinkolaki säättää, että potilasvahinkojen varalta terveydenhuollon toimintayksiköillä on oltava potilasvakuutus. Potilasvakuutus ratkaisee ja korvaa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon ja Suomen Keskinäinen Lääkevahinkovakuutusyhtiö Suomessa myydyistä tai kulutukseen luovutetuista lääkkeistä käyttäjille aiheutuneita yllättäviä haittavaikutuksia.

Terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä tapahtuneesta henkilövahingon epäilystä potilas tai hänen omaisensa voi tehdä Potilasvakuutuskeskukselle potilasvahinkoilmoituksen korvauskäsittelyä varten. Korvausta on pääsääntöisesti haettava kolmen vuoden kuluessa siitä, kun korvaukseen oikeutettu sai tietää vahingosta, tai hänen olisi pitänyt tietää siitä.

## Linkit

- [↪ Kantelu viranomaisesta tai virkamiehestä eduskunnan oikeusasiamiehelle \(Eduskunnan oikeusasiamies\)](#)
- [↪ Kantelu aluehallintovirastoon \(Aluehallintovirasto\)](#)
- [↪ Kantelu viranomaisesta tai viranhaltijasta oikeuskanslerille \(Oikeuskanslerinvirasto\)](#)
- [↪ Lääkevahinko korvauksen hakeminen \(Suomen Keskinäinen lääkevahinkovakuutusyhtiö\)](#)
- [↪ Potilasvakuutuskeskuksen lomakkeet \(Potilasvakuutuskeskus\)](#)
- [↪ Tyytymättömyys palveluun ja hoitoon / Muistutus \(Keusoten verkkosivut\)](#)

## 9.8 Jatkuva parantaminen

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen johto ja henkilökunta ovat sitoutuneet jatkuvaan parantamiseen. Jatkuva parantaminen perustuu toiminnan jatkuvaan arviointiin. Toimintaa arvioidaan tarvittaessa laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan, strategian ja laatutavoitteiden soveltamisella käytäntöön, analysoimalla laadun tilannekuvatietoja ja korjaavia sekä ehkäiseviä toimenpiteitä.

Jatkovaa parantamista tehdään lisäksi asiakkaiden, asukkaiden, henkilöstön, sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden palautteiden ja kehittämisideoiden perusteella. Palautteet käsitellään säännöllisesti laatutyöryhmän kokouksissa ja tarvittaessa tehdään jatkotoimenpide-ehdotuksia johtoryhmälle.

## 9.9 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman päivittäminen

Laatutyöryhmän sekä asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmän tehtävänä on laadunhallinnan vuosikellon ja tehtäviensä mukaisesti katselmoida ja päivittää Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa vähintään 2 vuoden välein. Työryhmien tehtävänä on seurata ja arvioida suunnitelman ja tavoitteiden toteutumista. Hyvinvointialueen aluehallitus hyväksyy Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman.

## 10 Alueellinen ja valtakunnallinen yhteistyö

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella tehdään tiivistä alueellista yhteistyötä eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien, kuntien, valtion viranomaisten sekä järjestöjen ja kolmannen sektorin kanssa. Yhteistyön tavoitteena on asiakaslähtöisten-, laadukkaiden palvelujen kehittäminen.

### Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa

Järjestöt toimivat ennen kaikkea hyvinvoinnin ja terveyden edistäjinä, yleishyödyllisinä kansalaisjärjestöinä, mutta osa järjestöistä tuottaa sosiaali- ja terveystalvueluita myös markkinoilla. Sote-uudistus muutti järjestöjen toimintaympäristöä paikallistasolla. *Keusotessa tiedostetaan, ettei Keusote ja kunnat voi itse tuottaa kaikkea hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa.* Keusote tekee yhteistyötä kuntien, kolmannen sektorin sekä

seurakuntien kanssa aktiivisesti tavoitteenaan ottaa edellä mainitut toimijat mukaan palveluketjujen/hoitopolkujen suunniteluun erityisesti ennaltaehkäisevän toiminnan näkökulmasta.

Keusoten sisäistä järjestöyhteistyöverkostoa kartoitetaan ja verkostoitumista toteutetaan myös Keusoten sisällä. Keski-Uudellamaalla toimii kaksi järjestöjenjärjestöä Yhdistysverkosto (Järvenpää, Mäntsälä, Pornainen, Nurmijärvi, Tuusula) ja Hyvinkään Hyvy (Hyvinkää). Erilaisia järjestöjä on alueella yhteensä 2500, joista SOTE-järjestöjä on tällä hetkellä yhteensä 102. Hyte-allianssi kumppanuusmallin tarkoituksena on tunnistaa alueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen parissa työskenteleviä järjestöjä ja niiden tekemää työtä sekä vahvistaa yhteistyötä järjestöjen, kuntien ja Keusoten välillä Alueellisen hyvinvointisuunnitelman tavoitteiden mukaisesti.

Järjestöyhteistyössä Keusotesta osallistutaan säännöllisesti kuntakohtaisiin järjestötapaamisiin, alueelliseen ja koko Uudenmaan alueellisiin sekä valtakunnallisiin tapahtumiin verkostojen ylläpitämiseksi ja laajentamiseksi. Tapaamisten kautta varmistetaan tiedonkulku sekä vahvistetaan vuorovaikutusta eri toimijoiden välillä.

Alueellemme on perustettu kevään 2022 aikana Järjestöneuvottelukunta alueen järjestöjen tueksi. Järjestöneuvottelukunta koostuu viidestä teemaverkostosta: vammaisten ja pitkäaikaissairaiden järjestöt, lasten ja perheiden järjestöt, mielenterveys- ja päihdejärjestöt, ikäihmisten kanssa toimivat järjestöt sekä moniala- ja muiden järjestöjen verkosto. Järjestöneuvottelukunnan edustus on mukana alueellisessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmässä sekä Allianssitiimissä. Järjestöneuvottelukunta on hyvinvointialueen sekä alueen kuntien yhteistyökumppani, jonka kanssa rakennetaan hyvinvointialueen ja järjestöjen välistä alueellista yhteistyötä sekä löydetään yhteisiä keinoja varmistaa ja tukea järjestöjen toimintamahdollisuuksia Keski-Uudenmaan alueella yhdenvertaisin perustein.

Järjestötoimijoiden alusta Lähellä.fi -rekisteri on Keusoten, kuntien sekä järjestöjenjärjestöjen yhteistyötä edistävä työkalu. Alustan kautta kunta, kuntalaiset, muut järjestöt ja Keusotelaiset saavat rekisteristä tarvitsemaansa tietoa järjestöjen toiminnasta. Toiminnan markkinointia tehdään yhdessä rekisterin ylläpitäjän Hyte ry:n, Keusoten, alueen järjestöjenjärjestöjen sekä kuntien kanssa. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni järjestö alueellamme kirjautuu rekisteriin.

Keski-Uudenmaan yhdistysverkosto järjestää kuntakohtaisia vapaaehtoisikoulutuksia yhteistyössä järjestöjen, kuntien ja Keusoten koulututtajien kanssa, tavoitteena asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden tukeminen.

### Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tehdään hyvinvointialueen sisällä sekä yhteistyössä useiden eri tahojen kanssa. Alueellisen hyte-työn tavoitteet ja toimenpiteet on kirjattu Kuntayhtymän valtuuston 19.12.2019 §50 hyväksymään alueelliseen hyvinvointisuunnitelmaan. Suunnitelma määrittelee tavoitteet ja toimenpiteet alueen asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä eriarvoisuuden vähentämiseksi. Alueellinen hyvinvointisuunnitelma täydentää ja tukee kuntien hyvinvointityötä. Suunnitelman painopiste on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa sekä toimenpiteiden positiivisessa kohdentamisessa. Alueellista hyvinvointisuunnitelmaa täydentävät: Ikäntyneiden -, Lasten ja nuorten-, Alueellisen ehkäisevän päihde- ja riippuvuustyön sekä Alueellisen lähisuhte- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelmat, joita raportoidaan Alueellisessa hyvinvointikertomuksessa vuosittain.

Osana alueellista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä on hyvinvointialueella valmisteltu Hyte-allianssi kumppanuusmalli, joka käynnistyi pilottihankkeena v. 2020-2021, mutta jatkaa toimintaansa vakioituna toiminta Keusotessa. Hyte-allianssi kumppanuusmalli on mukailtu allianssimalli, jossa palveluntuottajat sitoutuvat yhteisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteisiin ja osallistuvat palveluntuotantoon omalla rahoituksellaan sekä jakavat osaamistaan yhteisen edun toteutumiseksi. Hyte-allianssi on yhteiseen sopimukseen perustuva toimintamuoto, jossa sopimusosapuolet vastaavat yhdessä palvelun kehittämisestä ja toteuttamisesta yhteisellä hankeorganisaatiolla jakaen palvelun hyödyt ja riskit.

## Lähteet- lait, standardit ja laatusuositukset

### Laadun viitekehykset ja laatujärjestelmää ohjaavat suositukset

- ISO 9001:2008 standardi ja laatu-käsikirjan laatimismalli
- JHS 152 suositus prosessien kuvaamisesta 2012
- SFS-EN ISO 9001 Laadunhallinta
- SFS-ISO 31000 Riskienhallinta
- SFSW-EN 31010 Riskienhallinta
- SFS-ISO/IEC 27001 Tietoturvallisuus
- SHQS-standardi 2020

### Laatua, potilas- ja asiakasturvallisuutta käsitteleviä säädöksiä, ohjeita ja suosituksia

- Asetus yksityisestä terveydenhuollosta (744/1990)
- EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) (2016/679)
- Hallintolaki (434/2004)
- Kansanterveyslaki (66/1072)
- Kuntalaki (410/2015)
- Laki hyvinvointialueesta (611/2021)
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), muutos 1.10.2020 (HE 4/2020 vp)
- Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2016)
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)
- Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä (504/2002)
- Laki lastensuojelulain muuttamisesta (542/2019)
- Laki omaishoidon tuesta (937/2005)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992)
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä (817/2015)
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetus (564/1994)
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)
- Laki tilaajan selvitysvelvollisuudesta ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä (1233/2006)
- Laki toimeentulotuesta (1412/1997)
- Laki toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta (815/2015)
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011)
- Lastensuojelulaki (417/2007)
- Lääkelaki (395/1987) ja -asetus (693/1987)
- Mielenterveyslaki (1116/1990)
- Pelastuslaki 379/2011
- Perhehoitolaki (263/2015)
- Potilasvahinkolaki (585/1986)
- Päihdehuoltolaki (41/1986)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisestä terveydenhuollosta (7/2006)

- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisistä sosiaalipalveluista (1053/2011)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista (149/2017)
- Sosiaalihuoltoasetus (607/1983)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Suomen Perustuslaki (731/1999)
- Tartuntatautilaki (1227/2016) Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
- Tietosuojalaki (1050/2018)
- Työturvallisuuslaki (738/2002)
- Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (407/2011)
- Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista (146/2017)
- Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014)

#### Sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ohjaavat valtakunnalliset linjaukset ja ohjelmat

- Asiakas- ja potilasturvallisuusstategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (STM 2022:2)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2020–2023, Päivitys vuodelle 2022 (Valvira 19.1.2022)
- Laadun -ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma, mallipohja organisaatiokohtaisten suunnitelmien kehittämiseen (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 15.11.2011)
- Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys (Valvira 1/2014)
- Yksityisten terveydenhuollonpalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman sisältöä ja laatimista koskevat määräykset (Valvira 2/2012)

#### Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukohtaiset laatusuosituks

- Apuvälinepalvelujen laatusuositus (STM 2003:7)
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (Stakes 3/2006)
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM 2004:8)
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. (STM 2020:29)
- Laatutähteä kiertämässä. Ehkäisevän päihdetyön laatukäsikirja. (Soikkeli&Warsel toim. 2013)
- Lastensuojelun laatusuositus (STM 2019:8)
- Lastensuojelupalvelujen laadunhallinta (Rousu&Holma 2004)
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (STM 2007:13)
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (STM 2001:9)
- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus (THL Ohjaus 4/2022)
- Päihdepalvelujen laatusuosituks (STM 2002:3)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle: Valtakunnallinen suositus. (STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto 1999)
- Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa : Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti (STM 2019: 68)
- Terveyden edistämisen laatusuositus (STM 2006:19)
- Terveydenhuollon laatuopas (Kuntaliitto 2019)
- Turvakotipalvelujen kansalliset laatusuosituks (STM 2013:11)
- Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (STM 2021:6)
- Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus (STM 2003:4)
- Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja THL 2020:4)

#### Muut lähteet

- Kymsote laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2020–2022
- Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen (THL 19/2016, 2.versio/2017)
- Phhyky laadun-, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2019–2020
- Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille (THL 2/2018)
- Vaaratapahtumien raportointimenettely (THL 2009:4)
- Valviran ohje Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 27.1.2020

## Käsitteet

### Asiakas

Palveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva taho tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla luonnollinen henkilö tai organisaatio ja henkilöasiakas voi olla yksittäinen henkilö tai henkilöryhmä. Asiakkaita voivat olla sekä todelliset että mahdolliset asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palvelunantajan asiakaskunnan (Keusoten järjestämis- ja tuottamissuunnitelmaluonnos 2020-2025).

### Asiakasprosessi

Integroi asiakkaan eri palvelut yhteiseen asiakasprosessiin (uimaradat). Tavoite on, että asiakasprosessit on vakioitu ja kuvattu nimensä mukaisesti asiakkaan näkökulmasta niin, että prosessikuvaus kattaa kaikki ne yksiköt, joissa hoitoa ja/tai palvelua toteutetaan. Asiakas voi olla kuntalainen, organisaation sisäinen asiakas tai muu organisaation ulkopuolinen asiakas.

### Itsearviointi

Organisaation/yksikön/prosessin systemaattinen ja säännöllinen arviointi sovittujen kriteerien avulla. Käytetään kriteeristöissä tarkoittamaa johdon tekemää arviointia koko organisaation näkökulmasta Johdon kriteeristöllä sekä henkilöstön tekemää arviointia Yksikkö- ja prosessikriteeristöllä.

### Jatkuva laadun parantaminen

Jatkuva laadun kehittäminen suunnittelemalla ja asettamalla tavoitteita, toteuttamalla teytyjä suunnitelmia, arvioimalla tavoitteisiin pääsyä ja suunnitelmien tarkoituksenmukaisuutta sekä tekemällä tarvittavat muutokset ja kehittämistoimenpiteet ja asettamalla jälleen uusia tavoitteita. Tavoitteena on toimintojen ja prosessien kehittäminen siten, että asiakkaiden tyytyväisyys ja toiminnasta saama hyöty lisääntyy.

### Johdon katselmus

Organisaation johdon ennalta suunnitelluin väliajoin toteuttama laatujärjestelmän määrämuotoinen katselmointi, jossa varmistetaan järjestelmän asianmukaisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus. Katselmuksen tuloksista laaditaan tallenne, joka sisältää päätökset ja vaadittavat kehittämistoimenpiteet.

### Laatu

on organisaation keskeinen menestystekijä, joka integroituu kaikkeen toimintaan, kuten strategiaan tavoitteisiin. Kokonaisuus, joka perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset. Vaatimukset voivat perustua lainsäädäntöön, määräyksiin, sopimuksiin tai erikseen määriteltyihin asiakkaiden tarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadulla on monta ulottuvuutta, johon kuuluvat asiakas- ja potilaskeskeisyys, yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus ja oikea-aikaisuus, potilas- ja asiakasturvallisuus ja vaikuttavien menetelmien käyttö. (STM 2017)

### Laadunhallinta

on osa johtamistoimintaa. Toteuttamiseen osallistuvat organisaation kaikki jäsenet. Sisältää muun muassa laatupolitiikan ja siitä johdettujen laatutavoitteiden määrittelyn. Laadunhallinnan keinoja ovat esimerkiksi laadun suunnittelu, laadunvarmistus ja laadun parantaminen.

### Laatutavoite

Ilmentää tavoiteltavaa laatua. Perustuu yleensä organisaation laatupolitiikkaan. Laatutavoitteet määritellään asiaankuuluville toiminnoille ja organisaation eri tasoille.

### Laatujohtaminen

sen keskeisenä periaatteena on laadun kehittämisen jatkuvuus. Vastuu laadun kokonaisjohtamisesta on ylimmällä johdolla, mutta halutun laatutason saavuttaminen edellyttää organisaation kaikkien jäsenten sitoutumista ja osallistumista. Laatujohtamiseen sisältyy muun muassa laadun huomioon ottaminen strategisessa suunnittelussa sekä muut laatutason kehittämiseen ja ylläpitämiseen järjestelmällisesti tähtäävät toiminnot.

## Laatujärjestelmä

on laadunhallinnassa tarvittavien organisaatorakenteiden, menettelyjen, prosessien ja resurssien muodostama järjestelmä, joka on luotu asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi ja laatupolitiikan toteuttamiseksi.

## Lean

Lean on ihmiskeskeinen oppimisjärjestelmä, jonka tavoitteena on tuottaa asiakkaalle parasta mahdollista laatua, mahdollisimman nopeasti ja mahdollisimman vähäisillä kustannuksilla. Leanin 5 perusperiaatetta ovat 1) Asiakasarvon tuottaminen 2) Arvovirtojen tunnistaminen ja hukkan poistaminen 3) Palvelun virtaus (flow) 4) Imuohjaus 5) Jatkuva parantaminen.

## Omaevalvonta

Toimijan oman toiminnan lainmukaisuuden, laadun ja turvallisuuden varmistamista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa omaevalvonta voidaan jakaa kolmen eri toimijan näkökulmaan:

- **Työntekijän omaevalvonta:** Jokaisella työntekijällä on lakisäätöinen ja eettinen velvollisuus toimia lain ja laatuvaatimusten mukaisesti ja turvallisesti. Se sisältää velvollisuuden ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista.
- **Palveluntuottajan omaevalvonta:** Palveluntuottajalla on velvollisuus huolehtia, että toiminnassa toteutuvat lakien, asetusten ja laatusuosituksen vaatimukset ja valvontaviranomaisten antamat määräykset sekä palveluntuottajan itse omalle toiminnalleen ja sopimuskumppaneiden asettamat vaatimukset. Omaevalvonta perustuu toimintayksikössä toteutettavaan riskienhallintaan, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakas-/potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on ennalta ehkäistä riskien toteutuminen ja reagoida havaittuihin epäkohtiin ja kehittämistä vaativiin asioihin suunnitelmallisesti ja nopeasti.
- **Palvelunjärjestäjän omaevalvonta:** Palvelunjärjestäjällä on velvollisuus varmistaa tehtäviensä lainmukainen hoitaminen ja tekemiensä sopimusten noudattaminen sekä velvollisuus ohjata ja valvoa palveluntuottajia ja näiden alihankkijoita. Omaevalvonnalla on erityisesti varmistettava palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus.

## Palveluketju

Sisältää eri toimijoiden/organisaatioiden integroidut palvelut tietyille asiakasryhmälle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjä muodostaa asiakkaalle kokonaisuuden hänen tarvitsemistaan palveluista. Palveluketjut sisältävät sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi myös muita palveluita. Palveluketju on yhteinen sopimus siitä, miten järjestämme tutkimuksia, hoitoa, kuntoutusta ja palveluja potilaille/asiakkaille.

## Sisäinen auditointi

Suunnitelmallinen, määrävälein toteutettava rajatun osa-alueen arviointi, jonka tarkoituksena on tunnistaa vahvuuksia ja kehittämiskohteita. Auditoinnin toteuttaa auditointitoimintaan koulutettu oman organisaation työntekijä, joka ei itse osallistu arvioitavaan toimintaan.



## Liite 1 Toimintaympäristö

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue järjestää ja tuottaa kaikki julkiset sosiaali- ja terveystalvet Keski-Uudenmaan alueelle (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula).

Organisaatiossa sosiaali- ja terveystalvet on jaettu neljään palvelualueeseen: ikäihmisten ja vammaisten talvet, terveystalvet ja sairaanhoito, aikuisten mielenterveys- ja päihde- ja sosiaalitalvet ja lasten, nuorten ja perheiden talvet sekä terveys, hyvinvointi ja asiakkuudet.

Strategia, kehittäminen ja rahoitus tulosalue yhdessä yhteisten talvetjen tulosalueen kanssa muodostavat konsernitalvelujen kokonaisuuden.

Palvelualueiden ja tukitalvetjen toiminnalliset tavoitteet asetetaan vuosittain kuntayhtymän talousarvioon ja käyttösuunnitelmaan.

### Ikäihmisten ja vammaisten talvet

Ikäihmisten ja vammaisten talvet jakautuvat kotona asumista tukeviin talvetuihin, ikäihmisten ympärivuorokautisiin talvetuihin ja vammaistalvetuihin (sisältää kehitysvammaisten talvet).

Kotona asumista tukevien talvetjen tulosalueen tavoitteena on tukea ja edistää alueen ikääntyneen väestön sekä talvetjuja tarvitsevien asiakkaiden mahdollisimman toimintakykyistä ja hyvinvoivaa elämää omassa kodissa. Tulosalueen talvetlukokonaisuus muodostuu ikääntyneiden sosiaalityöstä, kotona asumisen tukitalvetuista, muistitalvetuista, omais- ja perhehoidosta sekä kotihoidon talvetuista.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisten talvetjen tulosalueen tavoitteena on asukkaan mahdollisimman oman näköisensä turvallisen elämän mahdollistaminen.

Tulosalueen talvetlukokonaisuus muodostuu talvetluasumisesta, lyhytaikaisesta hoidosta, tehostetusta talvetluasumisesta, laitoshoidosta ja yksityisten asumistalvetluyksiköiden neuvonnasta, ohjauksesta ja valvonnasta.

Vammaisten talvetjen tulosalueen tavoitteena on edistää vammaisten henkilöiden edellytyksiä toimia muiden kanssa yhdenvertaisina yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja kompensoida vammaisuudesta aiheutuvia haittoja. Tulosalueen talvetlukokonaisuus muodostuu pääosin vammaistalvetlain ja kehitysvammalain perusteella järjestettävistä talvetuista sekä omaishoidon tuesta alle 65 -vuotiaiden asiakkaiden kohdalla. Asiakkaiden talvetlutarpeiden kartoittaminen, talvetlusuunnitelmat sekä viranomaispäätökset tehdään vammaistalvetjen sosiaalityössä. Vammaistalvetjen sosiaalityön yhteydessä toimivat myös vammaistalvetjen neuvonta ja ohjaus, henkilökohtaisen avun keskus sekä liikkumista tukevien talvetjen tiimi. Oma talvetluntuotantona toteutetaan päiväaikaista toimintaa sekä asumistalvetjuja. Suuri osa talvetuista myönnetään ostopalveluina. Tyypillisiä vammaistalvetjuista myönnettäviä talvetjuja ovat esimerkiksi vaikeavammaisten kuljetustalvetju, henkilökohtainen apu, talvetluasuminen sekä asunnonmuutostyöt. Kehitysvammalain perusteella myönnetään esimerkiksi ympärivuorokautista asumistalvetjuja ja lyhytaikaista perhehoitoa.

### Terveystalvet ja sairaanhoito

Terveystalvetjen ja sairaanhoidon talvetlualue tuottaa vaikuttavia lääkäri–hoitaja-, suun terveydenhuollon-, kuntoutuksen ja sairaanhoidon talvetjuja alueellisesti yhtenäisin kriteerein ja toimintatavoin. Talvetluissa painottuvat sairauksien ennaltaehkäisy, vaikuttava hoito sekä toimintakyvyn parantaminen. Talvetlualue jakautuu neljään tulosalueeseen, jotka ovat avotalvetju, sairaalatalvetju, kuntoutustalvetju ja kliiniset tukitalvetju.

Avotalvetjujen tulosalue vastaa lääkäri- ja hoitajavastaanottotalvetjujen, suun terveydenhuollon talvetjujen sekä perhekeskus- ja mielenterveystalvetjujen lääketieteellisen tuen tuottamisesta. Sairaalatalvetjujen

tulosalue vastaa puolestaan akuuttiosasto- ja kotisairaalapalvelujen tuottamisesta sekä kotona-asumisen lääkärituesta. Kuntoutuspalvelujen tulosalueella tuotetaan terapia- ja apuvälinepalveluja, arviointi- ja kotikuntoutuspalveluja, kehitysvammaisten terveyspalveluja, työ- ja toimintakyvyn monialaista arviointia sekä Keusoten kuntoutuskeskuksen palveluja. Kliinisten tukipalvelujen tulosalue vastaa infektio- ja tartuntatautiyksikön, hoitotarvikejakelun, apteekkipalvelujen sekä välinehuollon palvelujen tuottamisesta. Tulosalueelle kuuluvat myös massarokotusten järjestäminen, lääkinnällisten laitteiden seuranta sekä yhteistyö ulkoisten palveluntuottajien kanssa (esim. diagnostiikka ja seulonnat).

### **Aikuisten mielenterveys, päihde- ja sosiaalipalvelut**

Aikuisten mielenterveys, päihde- ja sosiaalipalvelut jakautuvat aikuisten sosiaalipalveluihin ja työhön kuntoutukseen sekä päihde- ja mielenterveyspalveluihin.

Aikuisten sosiaalipalveluissa ja työhön kuntoutuksessa vastataan työikäisten sosiaalityöstä ja -ohjauksesta (ml. maahanmuuttajatyö ja monialainen työllistymistä edistävä palvelu), täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisestä, sosiaalisesta luototuksesta, välitystileistä, tilapäismajoittamisesta sekä kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluista.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin lukeutuvat kuntayhtymän oma palvelutuotanto ja ostopalvelut sekä asumispalveluissa että mielenterveys- ja päihdetyön avo- ja laitospalveluissa. Palvelujen kehittäminen on painottumassa yhä enemmän kotiin vietävien - ja avopalvelujen kehittämiseen ensisijaisena vaihtoehtona asiakkaan palveluketjussa.

Palveluja toteutetaan kuntalainen ja palvelut edellä, asiakaslähtöisesti ja innovatiivisesti painopisteenä palvelutuotannon uudistaminen. Tavoitteena on tarjota yksilö- ja ryhmämuotoisia palveluja oikea-aikaisesti asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja lähellä asiakasta aina, kun se on tarkoituksenmukaista. Palvelut tuotetaan lähi- ja kuntatasoisina sekä keskitettyinä ja maakunnallisina palveluina.

### **Lasten, nuorten ja perheiden palvelut**

Tavoitteenamme ovat nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut. Lapsen etu ja vanhemmuuden tuki ovat ensisijaisia. Vahvistamme peruspalveluja ja siirrämme painopistettä ehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen tukeen.

Lastensuojelupalvelut koostuvat avo- sijais- ja jälkihuollon palveluista. Omana työnä tuotetaan sosiaalityön ja sosiaalihojauksen lisäksi tukipalveluita, joita ovat tehostettu perhetyö, perhekuntoutus ja ammatillinen tukihenkilötyö. Lisäksi kuntayhtymässä on kolme ympärivuorokautista lastensuojeluyksikköä, jossa tehdään sijoitetun lapsen tilanteen arviointia ja kuntoutusta.

Avohuollon palveluissa tavoitteena on tarjota avohuollon tuki räätälöidysti, riittävän tiiviisti ja pitkäaikaisesti lasten ja nuorten omaan kasvuympäristöön huomioiden koko perheen hyvinvointi. Lastensuojelun avohuollon tuen vaikuttavuuden lähtökohta on laadukas arviointityö, jonka aikana syntyy ymmärrys lapsen ja perheen tilanteesta, tuen tarpeesta sekä tarvittavista tukitoimista. Avohuollon palveluissa arviointityötä kehitetään avohuollon sosiaalityössä, omien lastensuojeluyksiköiden vastaanotto- ja arviointityössä sekä Perhehoitoyksikkö Pihlajan vastaanottoperheteroiminnassa. Yhteisenä arvioinnin viitekehystenä käytetään perhearviointimenetelmää. Lastensuojelutyön vaikuttavuuden seuranta ja arviointia varten otetaan käyttöön selainpohjainen ARVOA asiakastyöhön–työkalu, joka sisältää asiakkaana olevan lapsen ja hänen vanhempiansa itsearviointiin sekä sosiaalityöntekijän arvioinnin. Sosiaalityön muutostyön onnistuminen edellyttää kohtaavan työn lisäämistä ja sosiaalityön kehittämistä enemmän suhdeperustaiseen työn suuntaan vähentämällä hallinnollisjuridista työtä. Keusoten lastensuojelu on mukana Uudenmaan maakunnan systeemisen lastensuojelun kehittämistyössä, jossa lastensuojelun sisältöjä ja rakenteita uudistetaan suhdeperustaisen työn suuntaan. Uudenmaan SyTy-hanketta tukee THL ja STM. Hankkeen ohjaus -ja projektiryhmät ovat käynnistyneet alkuvuonna 2019, samoin kuin systeemisen lastensuojelun kouluttajakoulutus. Lastensuojelutiimien koulutus aloitetaan pilotoimalla vuonna 2020, tavoitteena on koulutuksen lisäksi tarjota riittävä tuki muutoksen arkeen viemiseksi.

## Liite 2 Tavoitteet ja mittarit 2023-2024

# Laatumittarit 2023-2024

Hyvinvointialueen Laapo-suunnitelma 2023-2024

Hyvässä mittaristossa on sekä kansallisia ylätasoa mittareita että operatiivisia, yksittäisten toimijoiden kannalta oleellisia mittareita. Turvallisuuden tason arvioimiseksi tietoa kerätään monista eri lähteistä. Myös turvallisuushavaintojen edellyttämien toimenpiteiden suorittamista seurataan.

Laatutavoite/ indikaattoriluokka	Laatumittari	Tavoite	Selite
Asiakaskokemus	NPS	> 80	Keski-Uudenmaan Hyvinvointialueen kumulatiivinen asiakaskokemus
Asiakaskokemus	Asiakaskokemuksen väittämät - Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun - Koin tulleen kuulluksi	> 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	
Asiakaskokemus	Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa	< 5 arkipäivää	Palvelulupaus
Asiakaskokemus	Muistutukset (lkm) käsitellään määräajassa	< 30 vrk	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 /785 ja Valviran ohjeistus selvityksen antamisesta kohtuullisessa ajassa (1-4 vko)
Asiakaskokemus	Muistutukset (lkm) aiheittain -Hoidon laatu, hoitoon pääsy, käytös /kohtelu	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	Muistutusten aiheiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – <b>trendikäyrän seuranta ja raportointi</b>
Asiakaskokemus	Kantelut (lkm)	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – <b>trendikäyrän seuranta ja raportointi</b>
Henkilöstö	QWL-Työelämän laatu- indeksi	> 52	Työelämän laatu
Henkilöstö	Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön	30 %	
Henkilöstö	Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusta edellytetään kaikilta ja on osa henkilöstön osaamisvaatimuksia.	100 %	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kaallinen asiakas- ja potilasturvallisuussmittaris
Henkilöstö	Turvallisuussuunnitelmat kuuluvat osaksi henkilöstön perehdytystä	100 %	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kaallinen asiakas- ja potilasturvallisuussmittaris
Prosessit ja saatavuus	Asiakaslähtöiset palveluketjut (ydinprosessit) on segmentoitu ja asiakasprosessit kuvattu.	4 palveluketjua 16 segmentoitua asiakasprosessia	

Prosessit ja saatavuus	Päivittäisjohtamisen toimintamalli toteutuu kaikissa yksiköissä	100 %	
Prosessit ja saatavuus	SHQS-laatuohjelman mukaiset itsearviointitoteutuu kaikissa yksiköissä	100 %	<p>Kaikissa palveluissa, joissa on käytössä SHQS-laatuohjelma.</p> <p>SHQS-laatuohjelman toteuttamisella arvioidaan palveluiden laadunhallinnan tilannetta verraten sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin ja hyviin käytäntöihin sekä hyvinvointialueen omiin ohjeistuksiin.</p>
Prosessit ja saatavuus	Lakisääteiset määräajat	100 %	Hoitoon ja palvelun lakisääteiset määräajat toteutuu ja toteutumista seurataan Laaposuunnitelman luvun 4.4 mukaisesti
Laatutavoite/ indikaattoriluokka	Laatumittari	Tavoite	Selite
Valvonta/ omavalvonta	Sosiaalipalvelujen yksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat on laadittu ja julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla.	100 %	Sosiaalipalvelujen laatua, turvallisuutta ja riskien ennaltaehkäisyä toteutetaan kaikissa yksiköissä omavalvontasuunnitelman mukaisella omavalvonnalla.
Valvonta/ omavalvonta	Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma on jalkautettu palvelutuotannon yksiköihin.	100 %	Asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä hyvinvointialueen Laatu asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti.
Valvonta/ omavalvonta	Lääkehoito toteutetaan turvallisesti laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	100 %	Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.
Valvonta/ omavalvonta	SHQS sisäiset auditoinnit toteutetaan säännöllisesti vuosisuunnitelman mukaisesti.	100 %	SHQS sisäisillä auditoinneilla arvioidaan palvelujärjestelmän toimivuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta; arvioimalla laadunhallintajärjestelmän, standardin, lainsäädännön, tavoitteiden, asiakas- ja potilas- sekä viranomaisvaatimusten mukaisuutta.

Valvonta/ omavalvonta	Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusten toteutumisen seuranta on osa omavalvontaa ja puutteisiin/poikkeamiin puututaan	Toteutuu 100 % Poikkeamat = 0	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kaallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaris
Varautuminen ja jatkuvuuden hallinta	KUJA-arviointimallia toteutetaan vuosittain hyvinvointialueen varautumisen ja palveluiden jatkuvuudenhallinnan kehittämiseen.	Taso 3	
Palo- ja pelastusturvallisuus	Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat on laadittu, katselmoitu ja henkilöstön saatavilla	100 %	
Tietosuoja- ja tietoturvallisuus	Tarvittavat ilmoitukset tietosuojavaikuttetuille tehdään 72h sisällä	< 72 h	
Tietosuoja- ja tietoturvallisuus	Julkain mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	< 2 vk	JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen
Tietosuoja- ja tietoturvallisuus	GDPR:n mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	< 1 kk	GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen
Tietosuoja- ja tietoturvallisuus	Lokitietopyynnöt (lkm) käsitellään määräajassa	< 2 kk	Lokipyynnöt - Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen
Tietosuoja- ja tietoturvallisuus	Vakavat tietoturvahäiriöt (MIM)	0	Vakavien tietoturvahäiriöiden tavoite lkm vuositasona
Laatutavoite/ indikaattoriluokka	Laatumittari	Tavoite	Selite
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)	Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas ja potilasturvallisuusmittaristo)
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Vaaratapahtumailmoitusten lkm, joista läheltä piti -tilanteiden %-osuus kaikista vaaratapahtumista kasvaa	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3 %, läheltä piti tapahtumien osuus yli 50 %	Tavoite lisätä ilmoitusaktiivisuutta ja kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi



Asiakas- ja potilasturvallisuus	Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	Läheltä piti – tapahtumien osuus lisääntyy	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 1 %
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	Läheltä piti-tapahtumien osuus lisääntyy	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 4 %
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	Läheltä piti-tapahtumien osuus lisääntyy	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 1 %
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Vakavien vaaratapahtumien lkm, %-osuus kaikista vaaratapahtumista	< 1 %	<a href="#">Kuumalinja-indikaattori</a> (kansallinen asiakas ja potilasturvallisuusmittaristo)  1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Vakavien vaaratapahtumien osuus v. 2021 oli 0,73 %
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtuma-ilmoitukset käsitellään määräajassa	< 2 kk	Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireaktioaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 k
Asiakas- ja potilasturvallisuus	Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtuma-ilmoitukset käsitellään määräajassa	< 14 vrk	Palvelulupaus

## Linkit

 [3.2 Laatu- ja potilasturvallisuustavoitteet](#)

### Liite 3. Laadunhallinnan vuosikello

#### Laadunvarmistaminen

	Tammi	Helmi	Maalis	Huhti	Touko	Kesä	Heinä	Elo	Syys	Loka	Marras	Joulu
SHQS Itsearviointit, kehittämiskohteet ja -suositukset (1-2 vuoden välein)	x	x	x	x	x	x						
Sisäiset auditoinnit (1x vuodessa)								X	x	x	x	
Turvallisuuskävelyt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Johdon Gemba-kävelyt (Suositellaan palvelualueille Gemba-kävelyt päivittäin/viikoittain/kuukausittain)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Esiauditoinnit										v.2023	v.2023	
Ulkoinen auditointi		v. 2024	v. 2024									
Suunnitelman mukaiset ohjaus- ja valvontakäynnit omiin ja yksityisten palveluntuottajien ympärivuorokautisiin yksiköihin (vähintään kahden vuoden välein, toteutetaan ympäri vuoden)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

#### Laadunohjaus ja jatkuva parantaminen

	Tammi	Helmi	Maalis	Huhti	Touko	Kesä	Heinä	Elo	Syys	Loka	Marras	Joulu
SHQS-laatuohjelman koulutukset Omana toimintana		v. 2023			v.2023							
Laatu, asiakas, potilasturvallisuussuunnitelman arviointi ja päivitys										x		
Laatutyöryhmän kokoukset 1xkk	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmä	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
Valvonnan yhteistyöryhmä	x		x		x				x		x	
Sisäisten auditointien yhteistyöryhmä			x		x							x
Lean valmentajien tapaamiset		x			x				x			

## Laadunvalvonta (seuranta ja raportointi)

	Tammi	Helmi	Maalis	Huhti	Touko	Kesä	Heinä	Elo	Syys	Loka	Marras	Joulu
Johdon katselmus (arviointikokous)					x							
Lean kehittämisen raportointi. Osa osavuosisikasta ja käyttösuunnitelman toteutumisvertailua hyvinvointialueen hallitukselle						x						x
Laadunhallinnan tilannekuva  Raportointi Strategiseen johtoryhmään 4x/vuosi 1-3, 1-6, 1-9 ja 1-12		x		x				x		x		
Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportti hyvinvointialueen hallitukselle			x									
Omavalvontaohjelman toteutumisen seuranta, raportointi ja julkaisu 4x/vuosi 1-3, 1-6, 1-9 ja 1-12		x		x				x		x		
Sosiaaliasiamiehen selvitys ja potilasasiamiehen raportti johtoryhmälle ja hyvinvointialueen hallitukselle			x		x							
Kokonaisturvallisuuden tilannekuva raportti johdolle					x					x		
Tietotilinpäätös strategiselle johtoryhmälle ja aluehallitukselle			x									
Välitietotilinpäätös (OVK-aikataulun mukaisesti) strategiselle johtoryhmälle ja aluehallitukselle									x			
Laadunhallinnan vuosikellon katselmointi									x			

## Liite 4. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet eri palveluissa

### Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, yhdenvertaisuuteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään sekä oikeutta päättää itseään koskevista asioista.

### **Itsemääräämisoikeus terveydenhuollon palveluissa**

Potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate. Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Periaate korostaa vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumisessa ja erilaisiin hoito- tai muihin toimenpiteisiin suostumisessa. Terveysteen kohdistuva toimenpide voidaan suorittaa vain, jos ihminen on antanut siihen suostumuksen vapaasta tahdostaan ja tietoisena kaikista asiaan vaikuttavista seikoista. Potilaalla on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka voivat vahingoittaa hänen omaa terveyttään tai henkeään ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Potilaan hoitoon osallistuvien on kunnioitettava potilaan omia päätöksiä.

Laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään hoidostaan, ja että heidän arvioidun etunsa pohjalta toimitaan vain silloin, kun selvitystä heidän omasta tahdostaan ei saada. Potilas on tällöin joko pysyvästi tai pidemmän aikaa tosiasiallisesti kykenemätön (esim. pitkäaikainen tajuttomuus) käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Suostumuksen antamiseen kykenemättömän potilaan lähiomaista tai muuta läheistä tai laillista edustajaa on ennen hoitopäätöksen tekoa kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa, ja tällaiseen hoitoon on saatava myös kuultavan suostumus.

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Vapaaehtoisesti terveydenhuollon palveluissa oleviin kohdistettavista rajoittamistoimenpiteistä ei ole säännöksiä, eikä niiden käytöstä ole yhdenmukaisia ohjeita.

### **Itsemääräämisoikeus sosiaalihuollon palveluissa**

Sosiaalihuollon palveluissa henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sosiaalihuollon asiakkaan hoito ja huolenpito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen ja palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta. Jos rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava laissa säädetty peruste ja sosiaalihuollossa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun asiakkaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen.

### **Itsemääräämisoikeus lastensuojelussa**

Lastensuojelulain mukaan lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (4 §) ja lisäksi on selvitettävä lapsen toivomukset ja mielipide sekä otettava ne lapsen iän ja kehitystason edellyttämällä tavalla huomioon (20 §). Lastensuojelua toteutettaessa ensisijaisesti lapsen kasvuoloja sekä vanhempien kasvatusmahdollisuuksia pyritään tukemaan avohuollon tukitoimien avulla. Mikäli lapsen kasvua ja hyvinvointia ei muutoin ole mahdollista turvata, tulee kysymykseen lapsen huostaanotto ja sijaishuollon järjestäminen. Kun lapsi on otettu huostaan, sosiaalihuollosta vastaavalla toimielimellä on oikeus huostaanoton tarkoituksen toteuttamiseksi päättää lapsen olinpaikasta sekä hoidosta, kasvatuksesta, valvonnasta ja muusta huolenpidosta ja näiden toteuttamiseksi tarpeellisesta opetuksesta ja terveydenhuollosta (45 §).

Lastensuojelulaitoksen on lastensuojelulain perusteella (61 b §) laadittava lapsen hyvää kohtelua koskeva suunnitelma, jossa avataan, miten laitos huolehtii lapsen hyvästä hoidosta, kasvatuksesta sekä lapsen ikään ja kehitystasoon nähden tarpeellisesta valvonnasta ja huolenpidosta, joiden avulla sijaishuolto toteutetaan ensisijaisesti ilman rajoitustoimenpiteitä. Suunnitelmasta on käytävä ilmi, miten lastensuojelulaissa tarkoitetut rajoitukset toteutetaan ja missä tilanteissa niitä voidaan käyttää. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi myös, miten rajoitusten käytön yhteydessä huolehditaan kaikkien yksikössä olevien lasten sekä muiden hoidon toteuttamiseen osallistuvien henkilöiden turvallisuudesta rajoitusten käytön yhteydessä. Suunnitelman tulee sisältää ohjeet yleisistä toimintatavoista rajoitusten käytön jälkeen sekä siitä, miten lapsille kerrotaan heidän oikeusturvakeinoistaan (muutoksenhaku, muistutus ja kantelu). Suunnitelman tarkoituksena on tukea lasten itsemääräämisoikeutta.

Rajoitustoimenpiteestä on lastensuojelussa kysymys silloin, kun toimenpiteellä joudutaan puuttumaan perustuslain lapselle turvaamiin perusoikeuksiin. Lastensuojelun sijaishuollossa rajoitustoimenpiteitä voidaan kohdistaa perustellusti kiireellisesti sijoitettuun, huostaan otettuun tai hallinto-oikeuden väliaikais määräyksellä sijoitettuun lapseen silloin kun muut, lievemmat keinot eivät ole mahdollisia. Perus- ja ihmisoikeussäännösten mukaan rajoitusten käytön on perustuttava täsmällisiin, tarkkarajaisiin ja laissa määriteltyihin edellytyksiin. Lapsen mielipide rajoituksesta on selvitettävä, ellei se ole ilmeisen mahdotonta. Rajoituksia ei koskaan voida käyttää rangaistuksena.

### **Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden palveluissa**

Ikääntyneiden palveluissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisesti on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Myös jokaisella muistisairaalla ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään koskevia päätöksiä. Niin kauan kuin hän kykenee itse päättämään omista asioistaan, hänen tekemälleen ratkaisulle on annettava etusija laillisen edustajan tai muun läheisen mielipiteen asemasta. Kaikissa toimenpiteissä on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kannanoton mukaan liikkumista ja itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää ikääntyneiden palveluissa vain ympärivuorokautisessa hoidossa eli tehostetussa palveluasumisessa tai laitoshoidossa. Rajoitteiden tulee olla välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi ja niitä saa käyttää vain viimesijaisena keinona. Rajoitustoimenpiteiden käyttö on sallittua vain hoitavan lääkärin päätöksen perusteella ja arvioinnissa on syytä käyttää henkilön ja hoitopaikan olosuhteet tuntevan hoitajan ja hoitotyön asiantuntemusta. Rajoitteiden käytöstä on tehtävä yksilöity asiakasasiakirjoihin kirjattava päätös. Rajoitteiden käyttämisestä tulee keskustella ennen niiden käyttöön ottamista henkilön itsensä ja hänen omaisensa tai muun edustajansa kanssa ja periaatepäätökseen liikkumisen rajoituksista tulee saada suostumus, joka on kirjattava. Rajoittaminen ei voi kuitenkaan perustua yksinomaan omaisen tai hänen edustajansa suostumukseen. Päätös voidaan tehdä korkeintaan kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan. Lääkärin tulee seurata, ettei rajoitteita käytetä enempää eikä pidempää kuin on välttämätöntä. Rajoitteen käyttö on lopettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Ennen rajoitteen käyttöpäätöstä sekä jokaisella käyttökerralla tulee harkita, onko rajoittaminen välttämätöntä, vai voidaanko käyttää muita soveltuvia turvallisuutta edistäviä keinoja. Jokaisesta rajoitteen käyttökerrasta tulee tehdä merkinnät asiakasasiakirjoihin. Kirjaaminen tukee omalta osaltaan työyhteisössä tapahtuvaa rajoitustoimenpiteiden vähentämiseksi tehtävää työtä. Liikkumista rajoittavia välineitä on käytettävä käyttöohjeiden mukaisesti. Henkilön tilaa on seurattava toimenpiteen luonteen ja henkilön terveydentilan edellyttämällä tavalla. (4.3.2020 EOAK/4743/2019; Valviran ohje Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 27.1.2020).

Liikkumista rajoittavia välineitä käytetään myös potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseen. Esimerkiksi muistisairaiden yksikössä lukittavilla ulko-ovilla voidaan varmistaa se, että asiakas saa liikkua yksikön tiloissa vapaasti mutta turvallisesti, ilman eksymisriskiä. Kävelykykynsä menettäneillä asiakkailla voidaan käyttää turvavöitä kaatumisten ennaltaehkäisyyn, eikä niiden käyttämistä pidetä liikkumisen rajoittamisena. (Valviran ohje Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 27.1.2020).

### **Itsemääräämisoikeus vammaispalveluissa**

Kehitysvammalain (519/1977) mukaan rajoitustoimenpiteitä on mahdollista käyttää vain viimesijaisena vaihtoehtona, kun kaikki muut lievemmat keinot on käytetty. Vain laissa mainitut rajoitustoimenpiteet ovat sallittuja. Kehitysvammalain mukaisia rajoitustoimenpiteitä saa käyttää vain järjestettäessä erityishuoltona tehostettua palveluasumista tai muuta ympärivuorokautista palveluasumista tai laitospalveluja sekä joissain tapauksissa järjestettäessä päivä- tai työtoimintaa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Muissa kehitysvammaisille järjestettävissä palveluissa ei rajoitustoimenpiteitä saa käyttää.

Rajoitustoimenpiteitä saa käyttää vain silloin, kun erityishuollossa oleva henkilö ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia ja rajoittaminen on välttämätöntä erityishuollossa olevan henkilön tai jonkun toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon torjumiseksi ja muut, lievemmat keinot eivät ole tilanteeseen soveltuvia tai riittäviä. Rajoitustoimenpiteen on oltava henkilön hoidon ja huolenpidon kannalta perusteltu, tarkoituksenmukainen ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Rajoitustoimenpiteiden yhteisvaikutukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Rajoitustoimenpide pitää toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen, turvallisesti ja henkilö perustarpeista huolehtien. Rajoitustoimenpiteen käyttö pitää lopettaa heti, kun se ei ole enää välttämätöntä tai se vaarantaa rajoitetun henkilön terveyden tai turvallisuuden.

Kun rajoitustoimenpidettä on käytetty, toimintayksikössä pitää viipymättä arvioida, mikä johti rajoitustoimenpiteen käyttöön ja miten voidaan jatkossa vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä yksikössä. Asiakasta voi rajoittaa vain tietyillä laissa määritetyillä tavoilla. Kehitysvammalaissa on säännelty erikseen kutakin rajoitustoimenpidettä koskevassa pykälässä, kuka saa käytännössä toteuttaa rajoitustoimenpiteen ja kuka tekee asiassa päätöksen tai ratkaisun. Päätös tarkoittaa aina kirjallista päätöstä. Laki määrittää myös rajoittamistoimenpiteen käytön jälkiselvittelyn toimenpiteet. Rajoitustoimenpidettä on arvioitava asiakkaan kanssa viipymättä sen käytön päättymisen jälkeen lain määrittelemällä tavalla. Rajoittamistoimenpiteen käyttö ja jälkiselvittely tulee kirjata tarkasti laissa määritellyllä tavalla.

## Liite 5. Tiedon välitys ja kirjaaminen

Valvira on laatinut oppaan potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä.

Sen mukaan potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt, kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijä. Potilaskertomuksessa pitää näkyä merkinnän tehneen nimi ja asema. Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä merkinnöistä.

### Asiakirjoihin tehtävät merkinnät

Keskeiset hoitotiedot:

Asiakirjoihin tehdään merkinnät potilaan jokaisesta avohoito- ja kotihoitokäynnistä sekä osastohoitojaksosta.

### Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät:

- Asiakirjoihin merkitään, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jo jotain erityistä ja millaisia hoitopäätöksiä hoidon kuluessa on tehty ja millä perusteilla ne on tehty
- Potilaalle suoritetusta toimenpiteestä on laadittava riittävä toimenpidekertomus, jossa tehty toimenpide on perusteltu
- Kaikki annetut lääkemääräykset, sairauslomat, lääkärinlausunnot ja muut todistukset on merkittävä potilaskertomukseen
- Riskit, hoidon haitalliset vaikutukset ja epäillyt vahingot on merkittävä:
  - potilaan lääkeaineallergiat ja yliherkkyydet
  - tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aiheuttamat todetut haittavaikutukset ja hoidon tehottomuus
  - epäillyt potilas-, laite- tai lääkevahingot
- Osastohoitoa koskevat merkinnät:
  - Asiakirjoihin tehdään riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät potilaan tilan muutoksista sekä hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista. Hoitojaksokohtaiseen seuranta-asiakirjaan tehdään päivittäiset merkinnät voinnista.
  - Lääkärin on tehtävä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kolmen kuukauden välein hoitojakson alkamisesta seurantayhteenvedo riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia.



- Jos potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, siitä on tehtävä merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio toimenpiteen vaikutuksesta potilaan hoitoon. Toimenpiteen määränneen lääkärin ja toimenpiteen suorittajien nimet on merkittävä.

### Konsultaatiot ja hoitoneuvottelut

Hoitavan lääkärin on tehtävä merkinnät potilaan taudinmäärityksen tai hoidon kannalta merkittävästä puhelinneuvottelusta ja muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta. Jos konsultaatio tapahtuu niin, että konsultoiva lääkäri saa potilaan tunnistetiedot, myös hänen on merkittävä antamansa vastaus potilasasiakirjoihin tai hänelle on jätävä antamansa vastauksen tiedot.

### Tietojen luovuttaminen

Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä. Jos potilasasiakirjoista luovutetaan tietoa, siitä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Merkinnästä on käytävä ilmi, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle ne on luovutettu ja kuka ne on luovuttanut. Myös siitä on oltava merkintä, onko potilas antanut kirjallisen tai suullisen luvan luovuttaa tietoja, tai perustuuko luovutus lakiin tietojen antamisesta. Merkintä on tehtävä myös, jos potilas kieltää tietojen luovuttamisen.

### Potilasasiakirjojen säilyttäminen

Potilasasiakirjojen ja muun hoitoon liittyvän aineiston säilyttämisestä vastaa terveydenhuollon toimintayksikkö tai yksityinen terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnassa ne ovat syntyneet. Jos potilaan hoidon kannalta on tarpeellista, potilasasiakirjat voidaan siirtää potilaan suostumuksella alkuperäisinä potilasta hoitavaan toimintayksikköön. Siihen hoitopaikkaan, josta asiakirjat on siirretty, on jätävä merkintä siitä, mihin ne on siirretty.

### Salassapitovelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen pitämään salassa potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ja muut, tehtävänsä perusteella tietoonsa saamat henkilön tai perheen salaisuutta koskevat tiedot. Salassa pidettäviä tietoja saa antaa vain potilaan kirjallisella suostumuksella tai silloin, kun tietojen antamisesta on nimenomaisesti säädetty.

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on tietyissä tilanteissa lakisääteinen velvollisuus tehdä salassapitosäännösten estämättä ilmoitus viranomaisille mm. Lapsen kaltoinkohtelu, ajoterveyden heikkeneminen, tartuntatauti, iäkkään henkilön palvelutarpeen arvio.

### Linkit

[↪ Potilasasiakirjat \(Valvira\)](#)

## Liite 6. Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset

### Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset

Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöä ohjaa laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) ja laki lääkinällisistä laitteista (719/2021). Lakien tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käytön turvallisuutta. **Terveydenhuollon laitteella** tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisen: a) sairauden diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai lievitykseen, b) vamman tai vajavuuden diagnosointiin, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai kompensointiin, c) anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimiseen, korvaamiseen tai muunteluun tai d) hedelmöittymisen säätelyyn. Terveydenhuollon laitteen tulee myös täyttää sitä koskevat

olennaiset vaatimukset, se tulee olla käyttötarkoitukseen sopiva ja sitä tulee käyttää käyttötarkoituksensa mukaisesti.

**Laitteiden turvallisen käytön takaamiseksi** toimintayksikön tulee varmistaa seuraavien kohtien täyttymisen. Terveystuon laitetta käyttävällä henkilöllä on sen turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus. Laitteessa tai sen mukana on turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet. Laitetta käytetään valmistajan ilmoittamaan käyttötarkoituksen ja -ohjeistuksen mukaisesti. Laite säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja muutoin asianmukaisesti. Käyttöpaikka soveltuu laitteen turvalliseen käyttöön. Laitteen asentaa, huoltaa ja korjaa vain henkilö, jolla on tarvittava ammattitaito ja asiantuntemus. Mikäli laite luovutetaan asiakkaalle kotiin, on huomioitava lain säädösten lisäksi erityisesti laitteen käyttötarkoitus, käyttökuuntoisuus, käyttöpaikka, säädöt ja asiakkaan ohjaus.

**Vaaratilanteiden** ennakoiti ja niistä tarpeen mukaan ilmoittaminen valvovalle viranomaiselle Fimealle (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus) on toimintayksikön vastuulla. Ammattimaisen käyttäjän on lain lääkinnällisistä laitteista 33 § mukaan ilmoitettava Fimealle sekä valmistajalle, valtuutetulle edustajalle, maahantuojalle tai jakelijalle vaaratilanteesta, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen ja jotka johtuvat laitteen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä, ei-toivotuista sivuvaikutuksista, riittämättömästä merkinnästä, riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta taikka käytöstä.

Toimintayksiköllä tulee olla käytössä **seurantajärjestelmä** (719/2021, 34 §) laitteiden ja niiden käytön turvallisuuden varmistamiseksi. Seurantajärjestelmään on vähintään kirjattava jäljitettävyyden edellyttämät tiedot toimintayksikön käytössä olevista, edelleen luovuttamista tai muutoin hallinnassa olevista sekä potilaaseen asennetuista laitteista. Lisäksi seurantajärjestelmään tulee kirjata laitteeseen liittyvät vaaratilanteet.

Toimintayksikössä tulee olla **nimetty vastuhenkilö**. Hän vastaa siitä, että toiminnassa noudatetaan lain ja sen nojalla annettuja säännöksiä ja määräyksiä koskien hoitavaa henkilökuntaa, huoltohenkilökuntaa, käyttöympäristöä, vaaratilanneilmoitusmenettelyä ja seurantajärjestelmää.

### **Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen suunnitelma Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella**

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella kartoitettiin toimintayksiköiden käytänteet vuonna 2021 ja todettiin käytänteiden vaihtelevan tai niissä olevan puutteita toimipisteittäin. Tavoitteena on luoda yhteiset käytänteet ja seurantatavat vuonna 2023-2024 lain asettamien vaatimusten mukaisesti.

**Laitteiden turvallisen käytön takaamisessa** sovelletaan toistaiseksi kunnittaisia ohjeistuksia. Hoitavalta henkilökunnalta vaaditaan koulutus ja kokemus laitteiden turvalliseen käyttöön, minkä varmistamisessa hyödynnetään jo osassa toimipaikoista laitepassia. Luodaan myös hyvinvointialueitasoiset muut ohjeistukset ja seurantamenetelmät, joiden avulla pystytään varmistumaan, että laitteiden turvallisen käytön edellytykset täyttyvät kaikissa toimipisteissä lain edellyttämällä tavalla. Laitteita luovutetaan asiakkaalle kotikäyttöön erityisesti apuvälinepalveluissa ja hoitotarvikejakelussa. Laajennetaan ohjeistuksia hyvinvointialueitasoiseksi niin, että kaikilla tulosalueilla on jatkossa käytössä yhtenevät käytänteet.

Laitteita johtuvia **vaaratilanteita** ennakoidaan osana muuta riskiarviointia. Keskeisiä yleisiä riskejä laitteiden käytön osalta ovat mm. uudet laitteet, uusi henkilökunta, lyhytaikaiset sijaiset ja kotikäyttöön luovutetut laitteet. Riskinä on lisäksi myös se, että käytössä on useita erilaisia samaan tarkoituksen olevia laitteita, jolloin osaamisen varmistaminen ja ylläpito vaikeutuu. Taustasyynä on se, että käytössä on kunnilta tai edelliseltä toimijalta siirtynyttä irtaimistoa, mutta hankinnat ovat myös olleet osittain yksittäisten yksiköiden vastuulla. Uusien kilpailutusten myötä laitehankintoja on mahdollisuus yhtenäistää. Niiltä osin kuin laitekannassa pysyy variaatiota, tulee asiaan kiinnittää erityistä huomiota.

Vaaratilanteiden ilmoittamisessa noudatetaan yleisiä ohjeistuksia potilas- ja asiakasturvallisuuspoikkeamien ilmoittamisesta (kts. myös kohdat [Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä \(sisäinen linkki\)](#) ja [Vaaratapahtumien tutkinta \(sisäinen linkki\)](#)). Laitteisiin liittyvät vaaratilanteiden ilmoitukset tehdään HaiPro-järjestelmään, jossa on myös saatavilla tarvittavat lomakkeet Valviralle tehtäviin ilmoituksiin. Lisäksi henkilöstöä on ohjeistettu tekemään

---

ilmoitus laitteen toimittajalle tai valmistajalle. Osana laitteiden turvallisen käytön kehitystyötä luodaan myös yhtenevät käytänteet toimittaja-/valmistajatietojen ylläpitoa varten. Mahdollisissa potilasvahinkotilanteissa asiakkaan tukena on lisäksi potilasasiamies.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella käytössä ei ole yhteistä terveydenhuollonlaitteiden **seurantajärjestelmää**, mutta tämän hankkiminen on tavoitteena vuonna 2023. Yhteinen seurantajärjestelmä tukisi myös säännöllisten laitehuoltojen suorittamista ja seurantaa, ml. sähköturvallisuusmittaukset, mitkä puuttuvat tällä hetkellä vielä osasta yksiköitä.

Apuvälineiden osalta käytänteet on jo yhtenäistetty. Apuvälineet omistaa ja niistä vastaa Hyvinkään sairaalan apuvälineyksikkö ja HUS apuvälinekeskus.

Osana toimintojen yhtenäistämistä määritellään myös systemaattisesti laiteturvallisuudesta **vastaavat henkilöt** vastuualueineen. Vastuuhenkilöt muodostavat ryhmittymän, joka tulee olemaan myös keskeisessä roolissa toimintatapojen yhtenäistämässä.