



# KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

## Omavalvontaohjelman raportti 1-4/2025



SHQS LAADUN-  
TUNNUSTUS  
LABQUALITY

**KEUSOTE.FI**

# Omavalvontaohjelman raportointi

## Raportin tausta

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

## Raportin sisältö

- Raportti koostuu hyvinvointialueen omavalvontaohjelmassa ja sen liitteenä olevasta Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa määritetyistä osa-alueista ja laatutavoitteista, joita seuraamalla voidaan varmistaa hyvinvointialueen palvelujen järjestämisen laatu ja lainmukaisuus.
- Osa-alueita ovat
  - Saatavuus, jatkuvuus ja yhdenvertaisuus
  - Laatu ja turvallisuus
  - Asiakaskokemus ja osallisuus
  - Henkilöstö ja työelämän laatu
  - Vaikuttavuus
- Käsitteet on avattu seuraavassa diassa.

# Keskeiset käsitteet

## Omavalvonta

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

## Omavalvontaohjelma

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

## Työelämän laatu

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

## Saatavuus

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

## Jatkuvuus

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

## Turvallisuus ja laatu

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

## Vaikuttavuus

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

## Yhdenvertaisuus

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

## Asiakaskokemus ja osallisuus

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

# Saatavuus, jatkuvuus ja yhdenvertaisuus

1-4/2025

# Palvelujen saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina Keski-Uudenmaan alueen väestön tarpeet huomioiden.

Hoitoon pääsy -tiedot ovat julkisesti saatavilla:

 [Hoitoon pääsy](#)

| Palvelujen saatavuuden varmistaminen                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Keskeiset indikaattorit<br>seurantamittarit                                                                  | Toteutumisen seuranta ja arviointi<br>1-4/2025                                                                                                                                                                                                                                                         | Havaittujen<br>puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Hoitoon ja palveluun pääsyn<br>lakisääteiset<br>määräajat toteutuvat 100 %                                   | Järjestäjän tilannekuvan seuranta<br>järjestäjätiimissä kuukausittain.<br><br>Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein<br>strategisten avainmittareiden kautta.<br><br>Järjestäjän työpöytää kehitetty asiakas- ja<br>potilasturvallisuuden, työturvallisuuden sekä<br>tietosuojatapahtumien osalta. | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Vastaanottopalveluissa</b> samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 1.1.-30.4.25 79 % (2024 73 %). Kiireettömään hoitoon jonottaneita on ollut keskimäärin 1350. Jononpurkusuunnitelma tehty ja jononpurku käynnissä.</li><li>• <b>Suun terveydenhuollossa</b> samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 1.1.-30.4. 83 % (2024 80 %). Kaikille kiireettömän hoidon jonossa olleille on pystytty osoittamaan tarkastusaika keväälle 2025, eikä uusia asiakkaita ole laitettu jonoon.</li><li>• <b>Palvelutarpeen arviointi</b> on aloitettu keskimäärin 5 arkipäivän päästä asian vireille tulosta kaikille 75-vuotta täyttäneille sekä ylintä hoitotukea saaville yli 65- vuotiaille.</li><li>• <b>Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen</b> jonotusaika oli ajalla 1.1-30.4.25 keskimäärin 80 vrk. Odotusaika 3kk ylittynyt: Tammikuu 10, Helmikuu 11, Maaliskuu 5, Huhtikuu 16.</li><li>• <b>Yhteisölliseen asumiseen</b> keskimääräinen jonotusaika oli 1.1-30.4.25 välisellä ajalla 102 vrk. Odotusaika 3kk ylittynyt: tammikuu 8, helmikuu 8, maaliskuu 2, huhtikuu 4.</li></ul> |

# Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus 1 | keskeiset mittarit ja arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina Keski-Uudenmaan alueen väestön tarpeet huomioiden.

Keusoten palvelujen verkostosuunnitelma on julkisesti saatavilla:

[Palvelujen verkostosuunnitelma](#)

| Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |
| Keskeiset indikaattorit<br>seurantamittarit                                                                                         | Toteutumisen seuranta ja arviointi<br>1-4/2025                                                                                                                                                                                 | Havaittujen<br>puutteiden/poikkeamien<br>korjaaminen ja ohjaus |
| Palveluverkko on suunniteltu siten, että palvelut ovat saatavilla asukkaiden palvelutarpeen mukaisesti                              | Hyvinvointialueen palvelujen verkostosuunnitteluun on osallistettu eri osallisuuden menetelmiä hyödyntäen asukkaita ja henkilöstöä. Palvelujen verkostosuunnitelmaa on päivitetty osana tuottavuus- ja taloudellisuusohjelmaa. | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia                             |
| Palvelukohtainen asiakaskokemus ”Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun” > 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä                   | Väittämään on vastannut 97 asiakasta, joista 55 ( 56,7 %) on ollut täysin samaa mieltä väittämän kanssa.                                                                                                                       | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia                             |
| Oman tuotannon riittävä määrällinen osuus toteutuu palvelustrategiassa 2023-2025 määritellyn mukaisesti. Määrittely v. 2023 aikana. | Tuotantotapa-analyysit toteutettu päätöksenteon tueksi johdon vuosikellon mukaisesti.                                                                                                                                          | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia                             |

# Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus 2 I keskeiset mittarit ja arviointi

| Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                 |
| Keskeiset indikaattorit<br>seurantamittarit                                                                                                                                     | Toteutumisen seuranta ja arviointi<br>1-4/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Havaittujen puutteiden/<br>poikkeamien korjaaminen ja ohjaus                                                                                                                                                    |
| Yhtenäinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön kaikissa palveluissa 100 %                                                                                    | Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotto on edennyt osittain suunnitellusti. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän vaatimusluettelon toteutumisen osalta merkittäviä puutteita ja huonosta käytettävyydestä aiheutuu merkittävää haittaa asiakastyössä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttökatkot ja häiriötilanteet ovat aiheuttaneet tietosuojan ja tietoturvan kannalta useita vaaratilanteita. | Toimintahäiriötilanteet, haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset on käsitelty kokonaisturvallisuuden työryhmässä. Ongelmia ratkaistaan yhteistyössä järjestelmän toimittajan kanssa.                               |
| Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset                                                                                                          | Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia yht. 260 kpl, joista potilas-/asiakastietojen tiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyviä ilmoituksia oli 82 kpl.                                                                                                                                                                                                                                    | Kirjaamiskäytäntöjä, ohjeita ja perehdytystä on yhdenmukaistettu. Kirjaamisen sisältökoulutukset on käynnistetty. SOTE-yhteisiä palveluita määritetty, joka helpottaa tiedon siirtymistä rekistereiden välillä. |
| Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)                                                                                                   | Hyvinvointialuetasoista tilastotietoa ei ole tällä hetkellä saatavilla. Omatyöntekijän ja muun palveluvastaavan nimeäminen ohjeistettu kirjaamisen käsikirjassa, ohje hyväksytty 25.4.2024. Ohjeen jalkauttaminen ja tilannekuvan rakentaminen käynnissä.                                                                                                                                                                   | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.                                                                                                                                                                             |
| Palveluketjuille ja asiakasprosesseille asetetut tavoitteet toteutuu suunnitellusti                                                                                             | Palveluketjut ja asiakasprosessit kuvattu. Palveluketjujen ja asiakasprosessien johtamismallin pilotoinnissa on suunnitelman mukaisesti kokeiltu uusia johtamisrakenteita, roolituksia, vastuita sekä rakennettu tietopohjaa palveluketjujen johtamista tukevaksi. Esihenkilötyön vakiointi käynnistetty.                                                                                                                   | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.                                                                                                                                                                             |
| Vaikuttavuusperustaista ohjausta tukevaa tietopohjaa kehitetään osana palveluketjujen mittariston kehittämistä vaiheittain, pilottina diabetes ja ikääntyneet asiakassegmentit. | Diabetes-, Alueellinen painehaava-, ikäihmisten ja mielenterveyspilottien toteutus käynnissä.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.                                                                                                                                                                             |

# Palvelujen yhdenvertaisuus I keskeiset mittarit ja arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään ja tuotetaan siten, että palvelut ovat yhdenvertaisia kaikille Keski-Uudenmaan alueen asukkaille riippumatta ihmiseen liittyvistä tekijöistä, kuten sukupuolesta, vammasta, etnisestä tai kulttuurisesta taustasta,

Keusoten palvelukatalogi on julkisesti saatavilla:



| Palvelujen yhdenvertaisuuden varmistaminen                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Keskeiset indikaattorit<br>seurantamittarit                                                                                                                                                                                   | Toteutumisen seuranta ja arviointi<br>1-4/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Havaittujen<br>puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja<br>ohjaus |
| Yhtenäiset palvelukuvaukset on laadittu ja palvelusisällöt yhtenäistetty hyvinvointialueen palvelukatalogiin.                                                                                                                 | Alueen asukkailta kerätään anonymisti palautetta, jota hyödynnetään palvelukatalogin päivityksen yhteydessä.                                                                                                                                                                                                                           | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.                            |
| Eri väestöryhmien ja haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien yhdenvertainen pääsy palveluihin ja mahdollisuudet hyödyntää palveluita ja saada erityispalveluita (palveluverkko, asiakasmaksut, palveluissa käytettävä kieli). | Saavutettavuus-direktiivin vaatimukset on huomioitu verkko- ja digipalveluasioinnissa. Verkkosivut on julkaistu englannin ja ruotsin kielisinä. Asiakkailta kerätään jatkuvaa palautetta verkkosivujen ja digipalveluiden saavutettavuuden parantamiseksi. Verkkosivujen saavutettavuudessa hyödynnetään WebReader-kuuntelutoimintoja. | Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.                            |



# Laatu ja turvallisuus

1-4/2025



**KEUSOTE**  
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

# Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvonta- ja tarkastuskäynnit

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella sosiaali- ja terveystalvontajen valvonta on keskitetty laatu- ja valvontapalveluihin osaksi konsernipalveluja. Valvonnan ja tuottajaohjauksen tehtävä on hyvinvointialueen valvonnan suunnittelu, toteuttaminen ja kehittäminen. Palvelujen saatavuuden, jatkuvuuden, turvallisuuden ja laadun varmistamiseksi, palveluntuottajien ohjausta ja valvontaa toteutetaan eri tavoilla ja tilastoidut hallintolain mukaiset tarkastuskäynnit eli valvontakäynnit ovat keskeisessä roolissa. Laatu- ja tuottajaohjauksen ennaltaehkäisy on toiminnan lähtökohta ja Keusotessa painotetaan omavalvonnan merkitystä. Valvonta ja tuottajaohjaus toteuttaa suunnitelmallista valvontaa ennalta laaditun valvontasuunnitelman mukaisesti. Reaktiivisia valvontatapahtumia toteutetaan esimerkiksi laatu- ja tuottajaohjauksen vuoksi.

| Valvonta- ja tarkastuskäynnit                    | Suunnitelmallinen valvonta (lkm) |                     |                     |                       | Reaktiivinen valvonta (lkm) |                     |                     |                     |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|                                                  | Oma palvelutuotanto              |                     | Ostopalvelut        |                       | Oma palvelutuotanto         |                     | Ostopalvelut        |                     |
|                                                  | Toteuma<br>1-4/2024              | Toteuma<br>1-4/2025 | Toteuma<br>1-4/2024 | Toteutuma<br>1-4/2025 | Toteuma<br>1-4/2024         | Toteuma<br>1-4/2025 | Toteuma<br>1-4/2024 | Toteuma<br>1-4/2025 |
| Rajatun lääkevaraston tarkastus                  | 0                                | 0                   | 0                   | 0                     | 0                           | 0                   | 0                   | 0                   |
| Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen valvonta | 1                                | 0                   | 2                   | 5                     | 0                           | 0                   | 3                   | 0                   |
| Työikäisten sos. palvelujen valvonta             | 0                                | 0                   | 5                   | 0                     | 0                           | 0                   | 0                   | 0                   |
| Terveystalvontajen palvelujen valvonta           | 5                                | 7                   | 5                   | 0                     | 0                           | 0                   | 0                   | 0                   |
| Vammais- ja palvelujen valvonta                  | 1                                | 4                   | 2                   | 3                     | 0                           | 0                   | 0                   | 1                   |
| Ikäntyneiden palvelujen valvonta                 | 1                                | 2                   | 0                   | 7                     | 0                           | 0                   | 5                   | 2                   |
| Mielenterveys- ja päihde- ja palvelujen valvonta | 2                                | 0                   | 2                   | 2                     | 0                           | 0                   | 0                   | 0                   |
| Yhteensä                                         | 10                               | 13                  | 16                  | 17                    | 0                           | 0                   | 8                   | 3                   |

# Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet

## Terveysthuollon palvelut (oma ja ostopalvelu)

### Positiiviset havainnot:

- Vaaratapahtumailmoitusten pohjalta yhdessä hammashoitolassa tehtyjen kehittämistoimien jalkauttaminen myös muihin hoitoloihin.

### Epäkohdat ja puutteet:

- Suun tervetysthuollossa välitön yhteydenaanti ei toteudu kiireettömien puheluiden osalta lainsäädännön mukaisesti
- Suun tervetysthuollossa lasten oikomishoidossa erikoishammaslääkärille pääsy ei toteudu kaikilta osin lainsäädännön mukaisesti. Lapsia on jonossa, ja hoitoon pääsyn ajankohtaa ei ole ilmoitettu.
- Suun tervetysthuollossa hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamis- ja lupakäytännöt eivät toteudu kaikilta osin STM:n lääkehoito-oppaan ja Keusoten lääkehoitosuunnitelman mukaisesti

### Keskeisimmät toteutetut/käynnissä olevat korjaustoimenpiteet:

- Suun tervetysthuollon yhteydenottoihin vastaamisen keskittäminen ja digitaalisten ajanvarausten lisääminen.
- Oikomishoitoasiakkaat kutsutaan ja seulotaan kevään 2025 aikana
- Suun tervetysthuollossa on aloitettu hoitohenkilöstön lääkehoidon teoria- ja käytännön osaamisen varmistaminen ja sen dokumentointi lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetun mukaisesti

| Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu) | 1-4/2024 | 1-4/2025 |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| Vakavat poikkeamat (kpl)                          | 6        | 20       |
| Lievät poikkeamat (kpl)                           | 12       | 21       |
| Kehittämissuositukses (kpl)                       | 25       | 28       |
| Positiiviset havainnot (kpl)                      | 2        | 2        |
| Havainnot yhteensä                                | 45       | 71       |

# Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet

## Ikääntyneiden kotihoidon palvelut (oma ja ostopalvelu)

### Positiiviset havainnot:

- Keusoten osittamat epäkohdat korjataan välittömästi ohjauksen ja neuvonnan jälkeen.
- Yhteistyö on sujuvaa ja asiallista.

### Epäkohdat ja puutteet:

- Parantolan tiimin kotihoidon tiimin työnjako ja työn kuormittuneisuus.
- Lääkäri- ja sairaanhoitaja yhteistyön toteutuminen; heikosti valmistellut konsultaatiot, sairaanhoitajan työn kuormittuminen.
- Palvelun laadun toteuttamisessa tapahtuu virheitä.

### Keskeisimmät toteutetut/käynnissä olevat korjaustoimenpiteet:

- Sairaanhoitajien määrää lisätään yhdessä sopien niin, että sopimuksen velvoitteen lisäksi;
- Henkilöstön resurssointi tulee olla asiakastarvetta vastaava siten, että asiakkaat saavat hoito- ja palvelusuunnitelmansa mukaiset palvelut ja palveluajan.
- Keusoten lääkäriresurssia lisätään.

| Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu) | 1-4/2024  | 1-4/2025  |
|---------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Vakavat poikkeamat (kpl)                          | 6         | 20        |
| Lievät poikkeamat (kpl)                           | 12        | 21        |
| Kehittämissuosituksset (kpl)                      | 25        | 28        |
| Positiiviset havainnot (kpl)                      | 2         | 2         |
| <b>Havaintoja yhteensä</b>                        | <b>45</b> | <b>71</b> |

# Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet

## Ikääntyneiden ympärivuorokautiset palvelut (oma ja ostopalvelu)

### Positiiviset havainnot:

- Valvontalain 29§ mukaisten epäkohtien ilmoittamisessa on tapahtunut positiivinen muutos -> niitä tunnistetaan ja tehdään Keusotelle ja Avi:lle
- Valvontalain 29§ mukaisia epäkohtia "korjataan" omavalvonnallisin toimin ja tuodaan esille jo ilmoitettaessa asiasta
- Omavalvonnan ja omavalvontasuunnitelman tärkeys ja merkitys on tunnistettu arjessa.

### Epäkohdat ja puutteet:

- Ympärivuorokautinen asuminen ostopalveluissa: Mitoitusta on lähdetty systemaattisesti "tiputtamaan" 0.6, joka ei ole lain hengen mukainen (asiakkaiden hoivan- ja hoidon tarvetta vastaava) esim. yksi työntekijä vähennetty kaikista iltavuoroista.
- Ostopalvelut: Omavalvontasuunnitelmat eivät ole aina Valviran määräyksen mukaisia.
- Ostopalvelut: Asiakkaan hyvä, laadukas hoito- ja hoiva ei ole varmennettavissa päivittäiskirjauksista. Päivittäiskirjaamisissa on puutteita (rajoitteiden kirjaaminen, hoidon toteutuminen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti).
- Asiakkaiden hoitoisuuden todentaminen käytännössä on puutteellista.
- Ostopalvelut: Yöhoidon resurssin riittävyys on puutteellista.
- Asiakasturvallisuus (käynneillä havaittu esim. pesuaineiden säilyttämisessä puutteellisuutta, saksia ja teräaseita asiakkaiden saatavilla)
- Ostopalvelut: Sosiaalista toimintakykyä tukeva toiminta (viriketoiminta) ja ulkoilu vähäistä tai ei ole todennettavissa päivittäiskirjauksista riittävällä tasolla
- Ostopalveluissa toiminta ei aina ole palvelukuvauksen mukaista.

### Keskeisimmät toteutetut/käynnissä olevat korjaustoimenpiteet:

- Mitoitusta seurataan ja puututaan tarvittaessa
- Omavalvontasuunnitelmiin on annettu ohjausta ja neuvontaa
- Käynneillä on vaadittu säilyttämään asiakasturvallisuutta vaarantavia tavaroita lukollisissa laatikoissa tms.

| Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu) | 1-4/2024 | 1-4/2025 |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| Vakavat poikkeamat (kpl)                          | 0        | 32       |
| Lievät poikkeamat (kpl)                           | 3        | 41       |
| Kehittämissuosituksset (kpl)                      | 5        | 36       |
| Positiiviset havainnot (kpl)                      | 0        | 13       |
| Havaintoja yhteensä                               | 8        | 123      |

# Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet

**Vammaisten palvelut** (oma ja ostopalvelu)

**Positiiviset havainnot:**

-

**Epäkohdat ja puutteet:**

- Kaikki kehitysvammaisten ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt eivät toimita rajoitustoimenpideselvityksiä kehitysvammalain mukaisesti, koska asiakastietojärjestelmästä saatava kirjallinen raportti on ulkoasultaan epäselvä ja siinä näkyy rajoituksen toteuttaneen työntekijän nimi.
- Kehitysvammaisten asumisyksiköissä asiakkaiden yhteistiloissa kameravalvonta.

**Keskeisimmät toteutetut/käynnissä olevat korjaustoimenpiteet:**

- Rajoitustoimenpideraportteja koskevasta ongelmasta on toistuvasti ilmoitettu asiakastietojärjestelmän toimittajalle. Asiakastietojärjestelmän puute ei ole korjaantunut eikä rajoitustoimenpideselvityksiä edelleenkään toimiteta lain mukaisesti. Valvontaa tekevät ovat ohjanneet yksiköiden edustajia tekemään epäkohdasta valvontalain 29 §:n mukaisen ilmoituksen aluehallintovirastolle. Valvontaa tekevät työntekijät ovat tekemässä epäkohdasta valvontalain 34 §:n aluehallintovirastolle.
- Välittömänä toimenpiteenä kehitysvammaisten asumisyksiköissä on peitetty asiakkaiden yhteistilojen kamerat. Kameravalvonnan purkamistarpeesta ilmoitettu vastuutahoille. Asia ei ole edennyt.

| Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu) | 1-4/2024 | 1-4/2025 |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| Vakavat poikkeamat (kpl)                          | 0        | 11       |
| Lievät poikkeamat (kpl)                           | 3        | 11       |
| Kehittämissuosituksset (kpl)                      | 10       | 18       |
| Positiiviset havainnot (kpl)                      | 3        | 1        |
| Havaintoja yhteensä                               | 16       | 41       |

# Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet

## Lasten, nuorten ja perheiden palvelut (oma ja ostopalvelu)

### Positiiviset havainnot:

- Asiakassiirtymät lastensuojeluun nopeutuneet, kun siirtoprosessia on yhdessä eri palvelualueiden kesken työstetty ja lastensuojelun esimiehet kiinnittäneet asiaan huomiota.
- Valvotut sijaishuollon ostopalveluyksiköt ovat tiloiltaan säännönmukaisesti olleet kodikkaita ja viihtyisiä, toimintaan hyvin soveltuvia.
- Opiskeluhuoltopalveluiden kouluterveydenhuollon- sekä psykologi- ja kuraattoripalveluiden henkilöstötilanne saatu korjattua.

### Epäkohdat ja puutteet:

- Sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus 33 %/v heikentää oikea-aikaista avunsaantia, kun asiakasprosessi katkeaa työntekijävaihdoksiin. Uusi työntekijä voi joutua osin kirjausten perusteella tekemään voimakkaasti yksityis- ja perhe-elämän suojaan puuttuvia päätöksiä: Asiakkaan/työntekijän oikeusturva voi olla heikompaa kuin pysyvien sosiaalityöntekijöiden tilanteessa.
- Laajat terveystarkastukset eivät toteudu 100% heikon lääkärisaatavuuden vuoksi.
- Opiskeluhuoltopalveluiden psykologi- ja kuraattoripalveluiden lakisääteisiä palveluun pääsyn määräaikoja ei seurata.

### Keskeisimmät toteutetut/käynnissä olevat korjaustoimenpiteet:

- Palkankorotus; lastensuojelun sosiaalityöntekijöille aiemmin maksettu sitouttamislisä on saatu järjestelyerin osaksi peruspalkkaa keväällä 2025.
- Kirjaamiskoulutusta annettu ja annetaan työntekijöille.
- Lääkärintarkastuksia on pyritty korjaamaan tarjoamalla ilta-aikoja sekä palveluseteliä. Palveluseteliä asiakkaat käyttäneet huonosti.

| Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu) | 1-4/2024 | 1-4/2025 |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| Vakavat poikkeamat (kpl)                          | 1        | 0        |
| Lievät poikkeamat (kpl)                           | 12       | 11       |
| Kehittämissuosituksset (kpl)                      | 1        | 11       |
| Positiiviset havainnot (kpl)                      | 0        | 0        |
| Havainnot yhteensä                                | 14       | 22       |

# Laadunhallinta | Omavalvonta, itsearviointit ja auditoinnit

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on käytössä sosiaali- ja terveystalveluiden laatuohjelma SHQS (Social and Health Care Quality Standard) laatujärjestelmän viitekehyksenä. Hyvinvointialueella sitoudutaan laadunhallintaan, laadunvarmistukseen ja toiminnan jatkuvaan kehittämiseen SHQS-laatuohjelman ja -menetelmän mukaisesti. Laatuohjelma sisältää 1-2 vuoden välein toteutettavat itsearviointit ja sisäiset auditoinnit. Itsearviointit toteutetaan Laatuportti-järjestelmässä, tietoa hyödynnetään sisäisissä auditointeissa. SHQS-standardin mukaisilla itsearvioinneilla palveluyksiköt ja Keusoten johto arvioivat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön, asetusten, kansallisten sekä oman organisaation asettamia vaatimuksia suhteessa oman toimintaan. Vuonna 2025 ei ole aloitettu uusia itsearviointeja, vaan laadutyön painopisteenä on vuonna kesken jääneiden kehittämistoimenpiteiden loppuun saattaminen. Auditointiraportit ja kehittämistoimenpiteiden seuranta toteutetaan IMS-järjestelmässä.

Ensimmäiset ulkoiset auditoinnit toteutettiin vuonna 2024. Tammi-huhtikuussa 2025 toteutettiin ulkoiset ylläpito- ja laajennusauditoinnit 30:een eri yksikköön. Ulkoisen auditoinnin tavoitteena oli saada näyttöä SHQS-standardin hyödyntämisen vaikuttavuudesta suhteessa toiminnan ja laadun johtamisen rakenteista ja menettelyistä sekä laadun jalkautumisesta yksiköiden ja toimintojen arkeen.

Sisäiset auditoinnit toteutetaan laadunhallinnan vuosikellon ja sisäisen auditointisuunnitelman mukaisesti vuosittain elo-marraskuussa.

| Tapahtuma                      | Toteuma<br>1-4/2024 (lkm) | Toteuma<br>1-4/2025 (lkm) |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| SHQS Itsearviointi             | 41                        | 2                         |
| SHQS sisäinen auditointi       | 0                         | 0                         |
| SHQS esiauditointi             | 8                         | 0                         |
| SHQS laaduntunnustusauditointi | 5                         | 21                        |



# Laadunhallinta | Omavalvonta ja itsearviointit - havainnot ja kehittämistoimenpiteet

**Omavalvonta** on laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä lakien ja säädösten noudattamisen varmistamista. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen omavalvonnalla varmistetaan palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu ja asiakkaiden yhdenvertaisuus. Omavalvonta ei ole pelkkä muodollisuus, vaan keskeinen osa riskienhallintaa ja laadun varmistamista. Esihenkilöt seuraavat, että omavalvonta toteutuu käytännössä omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan ja epäkohtiin puututaan nopeasti. Seurannasta ja tehdyistä toimenpiteistä raportoidaan julkisilla Keusoten verkkosivuilla 4 kuukauden välein. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmat ja raportit ovat julkisesti saatavilla:



**Omavalvontasuunnitelmien seurantaraportit**

SHQS-itsearviointit tukevat palveluyksiköiden moniammatillista omavalvontaa. Itsearvioinneissa arvioidaan yhteisöohjautuvasti omaa toimintaa suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin, hyviin hoitokäytäntöihin ja näyttöön perustuvaan toimintaan sekä jatkuvan laadunparantamisen periaatteisiin. Itsearviointi tukee lainsäädännön ja kansallisten laatusuosittelujen sekä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen asettamien tavoitteiden saavuttamista. Kehittämistoimenpiteitä ja niiden toteutumista seurataan säännöllisesti Laatutyöryhmässä sekä yksikkö- ja tulosaluekokouksissa.

## **SHQS-itsearviointien TOP5-kehittämistoimenpiteet liittyivät seuraaviin teemoihin:**

1. Keskeisten prosessien määrittelyyn (18 kpl)
2. Tietojohtaminen perustuu organisaatiossa sovittuihin periaatteisiin (11 kpl)
3. Henkilöstön perehdytyksen toimintamalleihin ja arviointiin (12 kpl)
4. Lääkinnällistenlaitteiden/mittaus -ja seurantalaitteiden toimivuuden luotettavuuteen ja niihin liittyvien epäkohtien ilmoittamiseen (11 kpl)
5. Digi- ja etäpalvelujen toiminnan varmistamiseen (9 kpl)

# Laadunhallinta | Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset)



## **Asiakkaan ja potilaan oikeudet**

Palvelussa huomioidaan hyvin asiakkaiden oikeudet kielellisten ja kulttuurillisten tarpeiden mukaisesti. Tulkkia käytetään tarpeen mukaan, myös kuulovammaisilla on viittomakielen tulkki käytettävissä. Ohje monikulttuurisuuden huomioimisesta kotihoitotyössä on valmisteilla ja se on tarkoitus lisätä hoitajien käsikirjaan. Kotihoidon alkuvaiheessa asiakkaalle kerrotaan muun muassa apuvälineistä, siivousavusta ja eri vaihtoehtoista. Asiakkaat saava tarvittaessa asiakaskirjeen yhteisöllisestä asumisesta kotihoidon jälkeisenä vaihtoehtona. Tuusulassa ja Järvenpäässä on menossa omaisviestinnän pilotti.

## **Asiakkaiden ja sidosryhmien tyytyväisyys ja osallisuus**

Asiakkaiden tyytyväisyyttä arvioidaan suunnitelmallisesti, ja heidän sekä sidosryhmien osallisuus toiminnan kehittämiseen on varmistettu. Suullisen palautteen kirjaamisessa on vielä puutteita. Sidosryhmätyytyväisyyskyselyissä vastaajamäärä on ollut pieni, mutta palautetta saadaan säännöllisissä työryhmissä ja kokouksissa.

Asukaskehittäjiä on hyödynnetty eri palveluissa, kuten digitaalisten palveluiden kehittämisessä ja kaatumisen ehkäisyssä. Palautteen perusteella arvioidaan toimenpiteiden vaikuttavuutta ja tarvittaessa muutetaan toimintamalleja.

Asiakkuuksien johtamisessa seurataan asiakaskokemusta, palautteiden määriä ja NPS-lukuja. Henkilöstön sykekyselyt toteutetaan kolme kertaa vuodessa, ja tulokset käydään läpi tiimeissä. Avoimuuden lisääminen näkyy toiminnassa ja palautteissa.

Kotihoidon asiakkaat ja omaiset osallistetaan arviointeihin, ja omaiskyselyjä sekä omaisten iltoja järjestetään. Asiakaspaneelitoiminta mahdollistaa asiakkaiden osallisuuden palveluiden kehittämisessä. Palautteita kerätään tekstiviestikyselyinä, Roidulla ja suullisesti, mutta palautteiden käsittelyprosessia ei tunneta kattavasti.

# Laadunhallinta | Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset)



## Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen

Käytössä on Keusoten tasoinen asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma, jonka toteutumista seurataan muun muassa Haipro-ilmoitusten määrän ja jakauman perusteella. Organisaation ohjeistuksen mukaisesti asukkaista on lääkekansioissa paperiset tulosteet, mm. hoitajan lähete ja lääkelista. Lääkehoitoa toteutetaan pääsääntöisesti lääkehoitosuunnitelmien mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelmat on tehty hyvin, mukana on ollut eri ammattiryhmiä ja tukena myös farmasiapalveluiden edustaja. Niiden tarkastamisen prosessi toimii hyvin. Suunnitelmat tarkastavan ylilääkärin palautteiden mukaan tehdään muutoksia suunnitelmiin ennen niiden hyväksymistä. Ylilääkäri tekee myös yksikkökohtaisia käyntejä yhdessä farmasiapalveluiden kanssa. Lääkehoitosuunnitelmat on laadittu hyvinvointialueen ohjeistus huomioiden ja ne ovat lääkärin hyväksymiä. Lukukuittauskäytäntö suunnitelmaan tutustumisesta on käytössä. Palveluesimies seuraa lääkelupien ajantasaisuutta. Lukolliset lääkekaapit ovat sijoitettuna lääkehuoneisiin. Lääkekaappien avainten hallinta on asianmukaista. Lääkkeet tarkistetaan ohjeistuksen mukaisesti ja vastuuhenkilöt on nimetty.

Kuntoutuskeskuksen lääkehoitosuunnitelma 2024 on sähköisesti lääkärin allekirjoittama, päivitykset tehdään vuosittain kesäkuun loppuun mennessä. Kuntoutuskeskuksessa on kehitetty lääkekeskus, jossa samassa tilassa jaetaan kaikille osastoille lääkkeitä lukollisiin lääkkeenjakaunuihin. Lääkeluvat on kunnossa. Akuuttiosastolla on kaksi hygieniavastaavaa, jotka auttavat hygieniahallinnan jalkauttamisessa ja kouluttamisessa. Henkilöstö saa itse ilmoittaa oman kiinnostuksensa esim. hygieni- tai lääkevastuulliseksi, ja usealla hoitajalla onkin jokin erityisvastuualue. Lääkinnällisten laitteiden osalta käyttäjien osaamisen varmistamisessa on erilaisia käytäntöjä. Joissakin tapauksissa odotetaan itseopiskelua ja joissakin on nimetty selkeät vastuuhenkilöt, jotka saavat kouluttaa asiasta muuta henkilöstöä

## Turvallisuuden hallinta

Turvallisuussuunnitelmat on laadittu, alkusammutus- ja poistumisharjoituksia pidetään säännöllisesti. Kotihoidossa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä katselmoidaan myös asiakkaan koti turvallisuuden näkökulmasta. Asiakkaiden kaatumisten ehkäisyyn on tulossa käyttöön toimintamalli, jonka pilotti on tehty terveyskeskuksen osastoilla. Hoitajien työpuhelimissa on käytössä 112-sovellus. Riskinä on havaittu puhelin lukitus, jolloin voi kestää ennen kuin puhelin saadaan avattua ja on käytössä hälyttämiseen. Vaativiin käynteihin varaudutaan ennakoon, tarvittaessa mennään asiakkaan luo pareittain tai otetaan vartija mukaan.

# Laadunhallinta | Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset)



## Riskienhallinta

Häiriötilanteiden hallinta on ohjeistettu ja tehtävät priorisoitu. Valmiustyöryhmä kokoontuu kuukausittain valmiuspäällikön johdolla ja osallistuu kuntayhteistyön kokouksiin joka toinen kuukausi. Kriisitilanteiden viestintä on sovittu viestinnän kanssa. Työhön liittyvät riskit arvioidaan vuosittain QPro-ohjelmassa, hyödyntäen sosiaali- ja terveysministeriön lomakkeita. HYTEAS-tiimissä on keskitytty työhallintaan ja kiireen vähentämiseen, ja etätyön työergonomiaa on parannettu.

Riskien arviointia on tehty tulosalueilla, mutta ei johtotasolla. Organisaatiotasoinen riskienhallintasuunnitelma ei ole helposti löydettävissä. Hyvinvointialueella on arvioitu skenaarioita palveluiden lisäämisestä, keventämisestä, vaikutuksista ja kustannuksista. Palveluiden verkostosuunnitelma päivitetään keväällä uuden valtuuston aloittaessa. Toimintaa ohjaavat laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmat. Keusotessa on varautumis- ja valmiussuunnitelmat, ja turvallisuutta harjoitellaan säännöllisesti. Turvallisuuskävelyitä järjestetään, ja turvallisuuden vuosikello on käytössä. Riskien minimoimiseksi on kehitetty välineitä ja tarkistuslistoja. Keskeisimmät riskit ovat tulosalueiden rajapinnoissa, ja yhteisiä prosesseja on rakennettu niiden hallitsemiseksi. Riskinarviointia toteutetaan jatkuvasti, ei vain vuosittain.

Riskienhallinnan periaatteet on huomioitu käyttösuunnitelmassa, ja riskien arviointia tehdään säännöllisesti. Terminologian täsmennys on tarpeen, ja riskinarviointi tulee tehdä myös suurten muutosten jälkeen. Henkilöstölle pidetään tietosuojatenttejä, ja tietoturvaryhmä käsittelee tietosuojahaiproja säännöllisesti. Valmiussuunnitelman tuntemus ei ole kattavaa henkilöstön ja johdon keskuudessa. Lääkelistoja tulostetaan potilastietojärjestelmän toimintahäiriön varalle, ja suunniteltujen katkojen osalta on toimintatavat käytössä.

# Laadunhallinta | Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset)



## Palvelun tai hoidon ohjaus

RAI-tietoja hyödynnetään asukkaan hoidossa ja johtamisessa. Hoitosuunnitelmat tehdään RAI-arvioinnista ja haastatteluista saatavien tietojen perusteella, ja niiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Kaatumisten tarkistuslista on otettu käyttöön, ja syyt pyritään aina selvittämään. RAI-tuloksia käsitellään esimiespalavereissa, ja RAI-arvioinnit merkitään kalenteriin.

Sidosryhmäyhteistyö ja yhteistyö eri palveluiden kanssa on vahvaa. Ikääntyneiden palveluketjun pilotti on aloitettu, ja tarkoitus on jatkaa muiden palveluketjujen kanssa. Toimintayksiköissä laaditaan tavoitteelliset suunnitelmat moniammatillisesti, ja niitä päivitetään säännöllisesti. Prosessi palveluun ohjautumisen, toteutuksen ja jatkosuunnitelman osalta on selkeä.

Asiakkaiden omaisuuden säilyttämisestä ei akuuttiosastolla ole kirjallista ohjetta, mutta käytäntönä on tarvittaessa ottaa omaisuus lukittuun kaappiin. Kuntoutuskeskuksessa kuntoutujan henkilöllisyys varmistetaan palvelun eri vaiheissa rannekkeen vaihtamisella. Moniammatillista yhteistyötä on tehostettu, ja hoitajien sekä terapeuttien työjaossa on vielä mahdollista hienosäätää.

## Omavalvonta

Hyvinvointialueen omavalvontasuunnitelmat ja -raportit ovat saatavilla verkkosivuilta. Omavalvontaohjelman mukainen valvonta toteutetaan, ja suunnitelmat ohjaavat toimintaa laatuksikirjana. Aluehallintoviraston valvontakäynnillä havaitut puutteet on huomioitu suunnitelmien päivityksessä. Laatatavoitteiden toteutumista seurataan ja mitataan säännöllisesti, ja toimintaan liittyvää tietoa käsitellään yksiköissä kuukausittain. Palveluiden kohdentumista seurataan, ja palvelutoiminnan geriatri seuraa koko palveluketjun toimivuutta.

Omavalvontaohjelma on laadittu lain edellyttämällä tavalla ja raportoitu neljän kuukauden välein sekä vuoden lopussa. Suunnitelmat on päivitetty ja löytyvät verkkosivuilta sekä kuntoutuskeskuksen ilmoitustaululta. Tavoitteena on, että omavalvontasuunnitelma toimii päivittäisen toiminnan työvälineenä. Käsitteet omavalvontaohjelma ja -suunnitelma eivät ole selkeitä henkilöstölle eikä johdolle. Suunnitelmat on tallennettu IMS-järjestelmään, ja henkilöstö on ohjattu lukemaan ne kuittausvelvoitteella. Tietoa jaetaan myös työpajoissa ja poikkiorganisatorisissa työryhmissä. Omavalvontaohjelman ja -suunnitelmien jalkautuksessa on parantamisen varaa.

# Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten määrät ja luonne

Henkilökunta, asiakkaat, läheiset ja yhteistyökumppanit ilmoittavat sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat. Ilmoituksia käsitellään, seurataan ja raportoidaan säännöllisesti ja niitä hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue on sitoutunut kansalliseen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaan ja sen toimeenpanosuunnitelmaan. Kansallisia asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistavia mittareita (kuva 1) seurataan kansallisia säännöllisesti organisaation eri tasoilla.



Kuva 1: Kansallisesti seurattavat asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat ja tilannekuvan kehittyminen yleiskatsaus 1-4/2025 ja vertailu edellisiin vuosiin 1-4/2024 ja 1-4/2023.

# Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

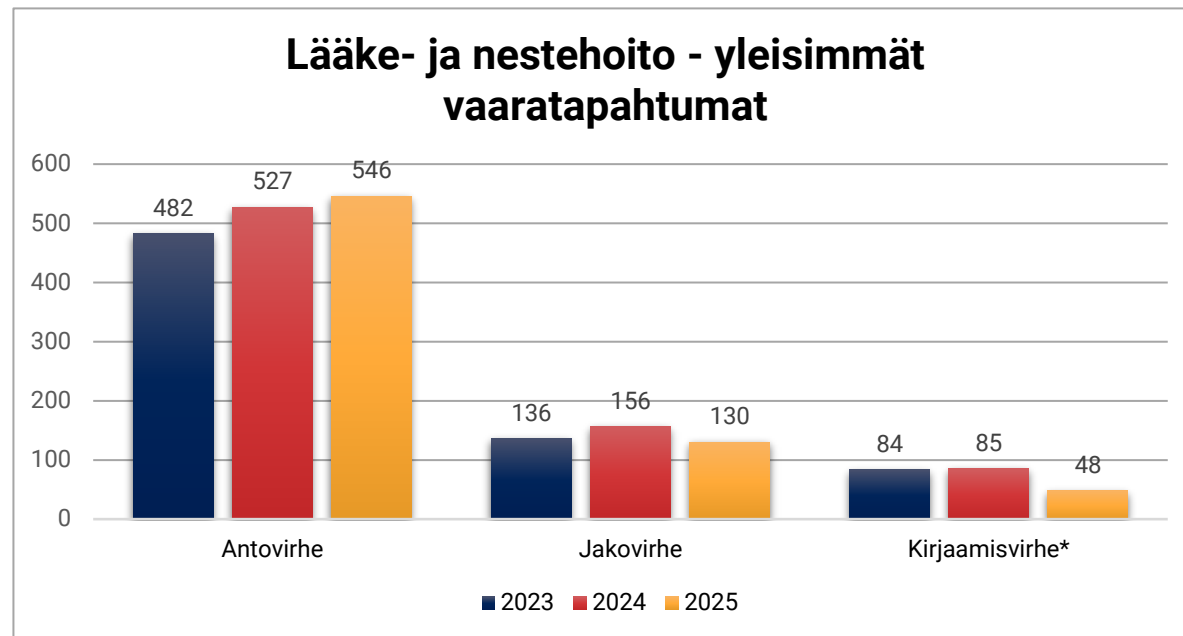
Yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat lääke- ja nestehoitoa.

**Antovirheet:** ilmoitettujen antovirheiden määrä on pysynyt lähes samana (+19 kpl). Antovirheistä suurin osa kohdistui seuraaviin poikkeamiin: Lääke, neste tai verituote antamatta 217 kpl, muu syy 150 kpl, väärä ajankohta 58 kpl, väärä annos tai vahvuus 58 kpl.

**Jakovirheet:** ilmoitettujen jakovirheiden määrä on laskenut hiukan (-26 kpl). Jakovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin: Lääke jakamatta 65 kpl, väärä annos tai vahvuus 31 kpl, muu syy 12 kpl.

**Kirjaamisvirheet:** ilmoitettujen kirjaamisvirheiden määrä laski hieman (-37 kpl). Kirjaamisvirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin: Muu syy 22 kpl, lääke kirjaamatta 9 kpl, väärä annos tai vahvuus 9 kpl.

\* Tilastoa voi vääristää raportoinnin muuttuminen 1.3.2025 alkaen, jolloin kirjaamisvirheitä ei raportoida enää omana tyyppinä.



Kuva 2: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023, 1-4/2024 ja 1-4/2025.

\* Kirjaamisvirheet raportoidaan 1.3.2025 alkaen osana muita poikkeamatyyppiejä.

## Turvallisen lääkehoidon toteutetut kehittämistoimenpiteet:

- Lääkehoidon osaamisen varmistamisen ja lääkeliikkeen sähköinen hallinnointi on käynnistetty ja käyttöönotto on meneillään.
- Lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan ja lääkehoidon osaamiseen varmistamista, koulutusta ja perehdytystä kehitetty ja toteutettu havaittujen poikkeamien pohjalta. Kaksoistarkastukseen liittyviä ohjeita on päivitetty.
- Lääkehoidon verkkokoulutuksia ja webinaareja on järjestetty.
- Farmaseuttivetoista lääkehoidon perehdytysmallia on kehitetty.

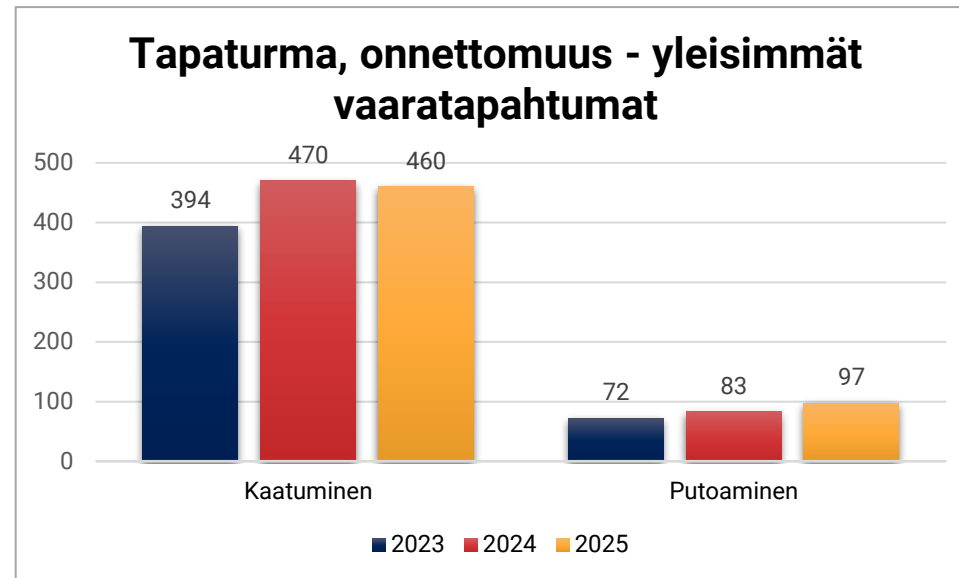
# Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

Toiseksi yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat tapaturmia ja onnettomuuksia.

**Kaatumiseen** liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat pysyneet lähes samoina -10 kpl  
**Putoamiseen** liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat pysyneet lähes samoina +14 kpl  
(Kuva 3.)

Ilmoitetuissa kaatumiseen liittyvissä vaaratapahtumissa ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä on tehty seuraavasti:

- kaatumisriskin arvio oli tehty 131 potilaalle/asiakkaalle
- erittäin korkea kaatumisvaaran riski oli tunnistettu 52 asiakkaan/potilaan kohdalla
- kaatumisriskin arviointia ei oltu tehty 175 potilaalle/asiakkaalle



Kuva 3: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023, 1-4/2024 ja 1-4/2025.

## Tapaturmien ja onnettomuuksien ennalta ehkäisy ja toteutetut kehittämistoimenpiteet:

- Kaatumisen ehkäisyn sisäisiä verkkosivuja on ylläpidetty ja päivitetty.

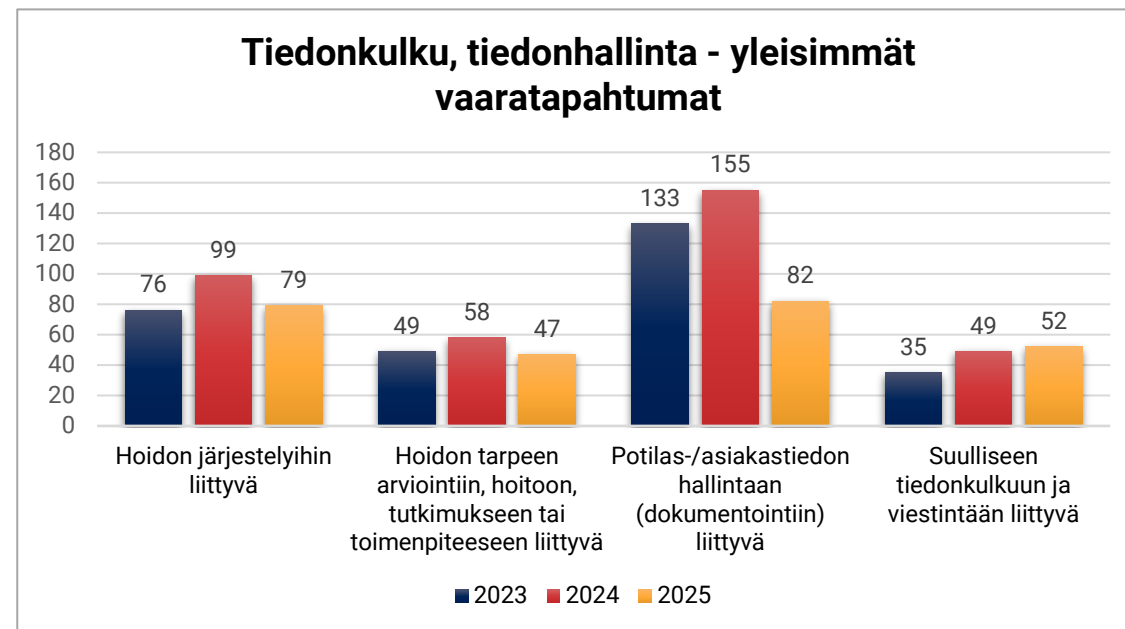


# Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

Kolmanneksi yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat tiedonkulkua ja tiedonhallintaa.

## Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät ilmoitukset koskivat

- **Potilas-/asiakastietojen hallintaa**, joka oli yleisin syy tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvissä vaaratapahtumissa. Ilmoitukset vähenivät 73 kpl edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilas-/asiakastieto 34 kpl ja Muu, mikä 22.
- **Hoidon tarpeen arviointia, hoitoa, tutkimusta tai toimenpidettä**, joissa ilmoitukset vähenivät hieman (-11 kpl). Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: Muu, mikä 19 kpl ja Potilas-/asiakastieto jäänyt huomioimatta 10 kpl.
- **Hoidon järjestelyjä**, joissa ilmoitukset vähenivät (-20 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: Virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohje 24 kpl, Lähetä hoitoon tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 49 kpl ja Ei tiedossa 16 kpl.
- **Suullista tiedonkulkua ja viestintää**, jossa ilmoitusten määrä pysyi lähes samana (+3 kpl). Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 29 kpl, Muu, mikä 13 kpl ja Väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto 5 kpl.



Kuva 4: Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023, 1-4/2024 ja 1-4/2025.

## Tiedonkulun ja tiedonhallinnan toteutetut kehittämistoimenpiteet:

**Kirjaamisen kehittämistoimenpiteet:** Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen käsikirjan vaiheittainen laadinta ja käyttöönotto oli käynnissä ja kirjaamiskoordinaattorit pitivät siihen liittyviä jalkautustilaisuuksia yhdessä palveluiden kirjaamisvastaavien kanssa. Yksiköiden tarpeiden mukaisia lisäkoulutuksia on järjestetty. Hoidon tarpeen arvioinnin uusi lainsäädäntö ja siihen liittyvä kirjaaminen koulutettu henkilöstölle. Yhtenäinen hoitosuunnitelmapohja on laadittu tiedonkulun ja laadukkaan kirjaamisen parantamiseksi.

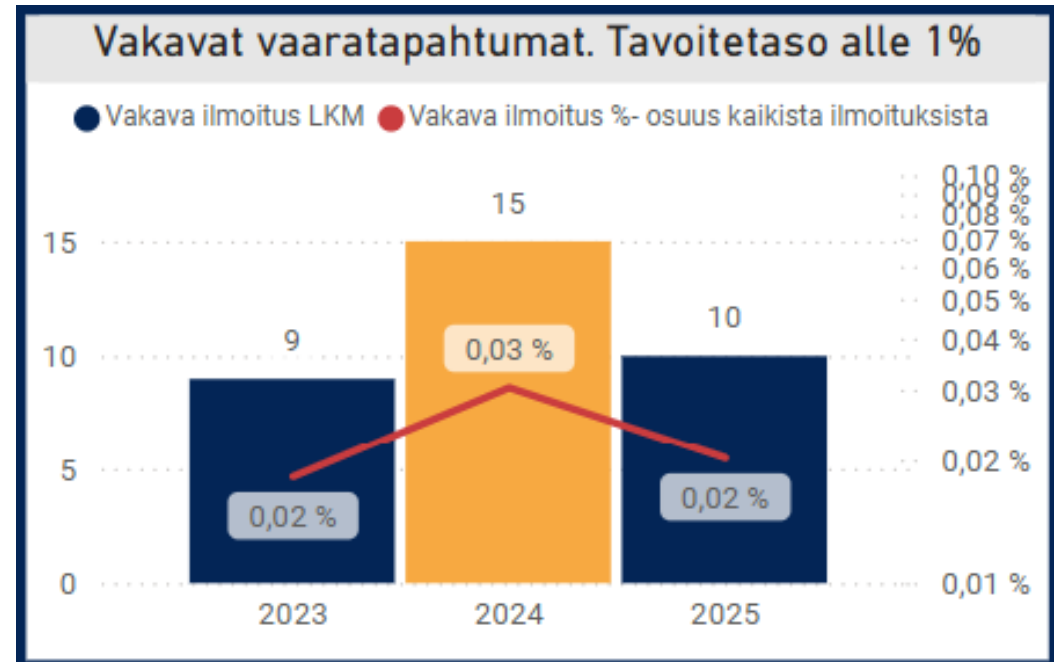
## Hoitokäytänteiden kehittäminen ja varmistaminen:

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

# Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmä on käsitellyt 4 kpl vakavaa vaaratapahtumailmoitusta v. 2025 aikana

- Vakavia vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty n. 2 viikon välein
- Käynnistetty yhteensä 1 uutta tutkintaa
- 2 tutkintaa on saatu valmiiksi, joista toinen oli aloitettu v.2024.
- Tutkinnat kohdistuivat potilaan tapaturmaan sekä potilaan hoidotta jäämiseen.
- 3 vakavaa vaaratapahtumailmoitusta on palautettu normaaliin käsittelyprosessiin ja annettu kehittämissuosituksia sekä jatkotoimenpiteet.



Kuva 5: vakavat vaaratapahtumat ajalla v. 2023-2025

## Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan tuloksena tehdyt kehittämistoimenpiteet:

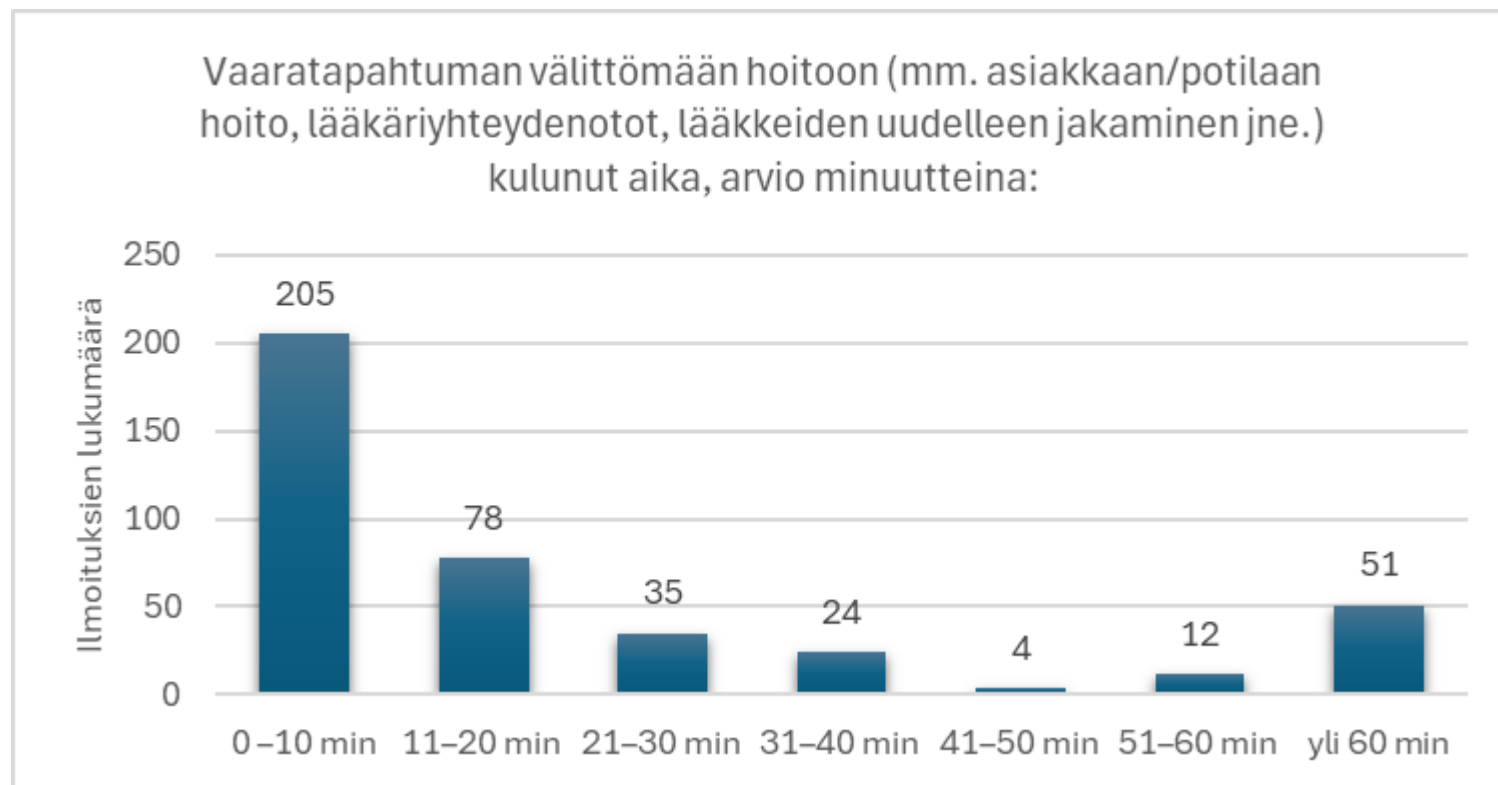
- Toimintaohjeiden päivittäminen potilaan seurannasta sekä vastaanottotilojen tarkastamisesta ennen lääkärin poistumista.
- Kirjaamisohjeiden tarkentaminen kirjaamisen käsikirjaan sekä ohjeiden läpikäynti yksiköissä ja välittäminen ostopalvelulääkäreille.
- Hoitajakutsulaitteiden kirjallinen merkitseminen hoitajakutsupainikkeiksi.
- Uloskäynnin opasteiden päivittäminen.
- Resurssien riittävyyden aktiivinen seuraaminen, työaikojen tarkistaminen ja työaikaseurannan ohjeiden läpikäynti yksiköissä.
- Kotihoidon asiakkaan sairaalasta kotiutumisen yhteystietojen ja ohjeiden päivittäminen yhteystyökumppaneille.
- Kotihoidon asiakkaan lisäkäynnin luominen ainoastaan Pegasos-tietojärjestelmän kautta.
- Henkilöhälyttimien käyttö koko työvuoron ajan.
- Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessin kehittäminen ja oheiskärsijätoimintamallin käyttöönotto.

## Asiakas- ja potilasturvallisuus I Vaaratapahtumien välittömään hoitoon käytetty aika

Uuden järjestelmän käyttöönoton myötä on ryhdytty seuraamaan myös vaaratapahtumien välittömään hoitoon, kuten asiakkaan/potilaan hoito, lääkäriyhteydenotot, lääkkeiden uudelleen jakaminen jne., käytettyä työaika (Kuva 6).

**Vaaratapahtumien välittömään hoitoon oli kulunut huhtikuussa 2025 arviolta yhteensä:**

- 106–160 tuntia, joka on
- 2,7–4,2 työviikkoa

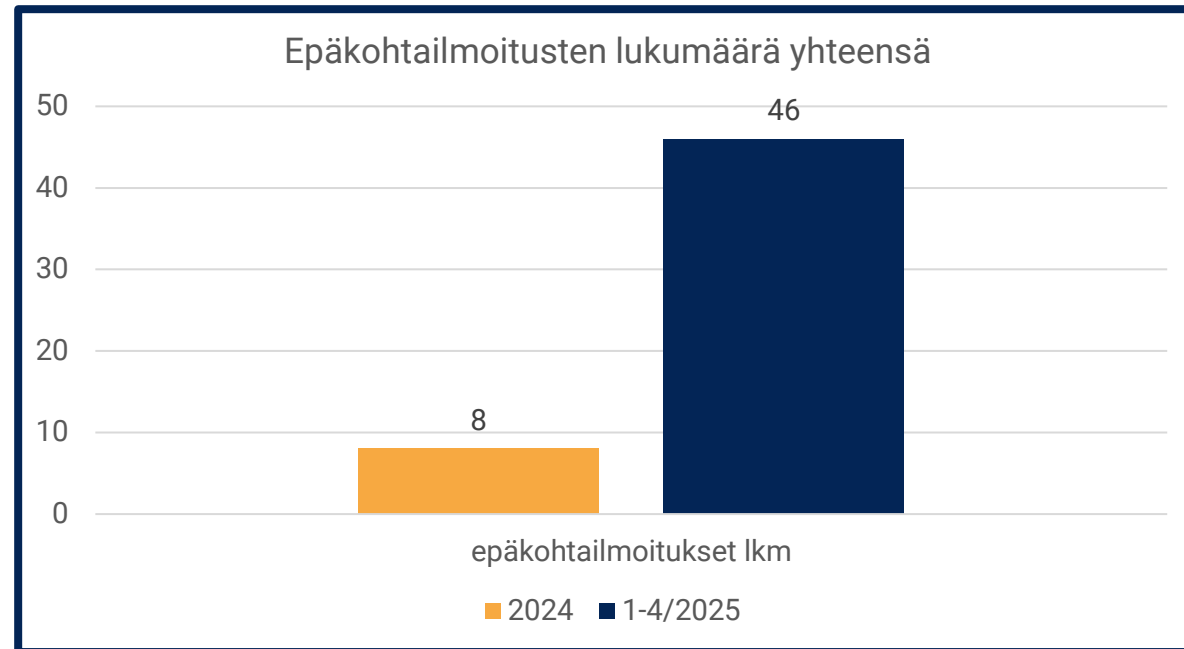


Kuva 6. Vaaratapahtuman välittömään hoitoon arviolta kulunut aika minuutteina.

# Epäkohdat I Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalla on lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa viipymättä, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden.

Henkilökunta ilmoittaa asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvista epäkohdista ja epäkohdan uhkatilanteista Laatuportti-järjestelmässä (Kuva 7). Ilmoituksia käsitellään, seurataan ja raportoidaan säännöllisesti ja niitä hyödynnetään yksiköiden toiminnan kehittämisessä.



Kuva 7. Epäkohtailmoitusten lukumäärät v. 2024-2025.

## Toteutetut kehittämistoimenpiteet

- Selkiytetty lääkehoidon vastuita henkilökohtaisten avustajien ja kotihoidon välillä.
- Annettu ohjausta kotihoidon lääkäreille (oma ja ostopalvelulääkärit) tilanteissa, joissa asiakkaan toimintakyky ja itsemääräämisoikeus ovat ristiriidassa.
- Saatettu ylemmälle taholle tiedoksi suun terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmän epäkohdat, jotka vaarantavat asiakas- ja potilasturvallisuutta. Järjestelmätoimittajalle tehty reklamaatio.
- Vastaanottopalvelujen kirjaamistapaa muutettu, jotta hoidon jatkuvuus voidaan varmistaa.
- Tiimitunnilla kerrattu fyysinen rajoittaminen ja potilaan itsemääräämisoikeuden ohjeistus sekä asiakastyön kirjaamisen merkitys jokapäiväisessä työssä.

# RAI | Laatutavoitteet, ikääntyneiden palvelut

- RAI-arvioinnissa muodostuu asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä terveydentilaa, voimavaroja ja avuntarvetta kuvaavia yksilömittareita, joita käytetään
  - asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa
  - hoito-, kuntoutumis- ja palvelusuunnitelman laatimisessa
  - hoidon ja kuntoutumisen seurannassa.
- Yksilömittareista saadaan vertailumittareita, kun tietoja tarkastellaan asiakasryhmittäin. Vertailumittareita käytetään
  - Asiakaskunnan rakenteen ja sen muutosten tarkastelussa
  - Organisaation tai toimintayksikön toiminnan kehittämisen ja laadun seurannassa
  - Kansallisessa vertailussa ja tutkimuksissa.
- Asiakas- ja potilasturvallisuuden arvioinnin edistäminen
  - RAI-arviointijärjestelmän käyttö on vakioitu koskemaan kaikkia ikääntyneille suunnattuja palveluja. Velvoite koskee myös yksityisiä palveluntuottajia ja heille tarjotaan mahdollisuus liittyä RAI-järjestelmään.
  - Henkilökuntaa perehdytetään ja koulutetaan säännöllisesti RAI-arviointijärjestelmien käyttöön ja arviointien tekemiseen.
  - Keusotessa määritellään vuosittain RAI-laatuindikaattorit ja niiden tavoitearvot. Toteutumista seurataan säännöllisesti yksikkö- ja palvelualue- ja valtakunnallisiin mittariarvoihin.

Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen iäkkäiden säännöllisten palvelujen RAI-arviointitiedot ovat julkisesti saatavilla THL:n RAI-tietokannasta:



[RAI-tietokanta \(THL\)](#)

# Asiakaskokemus ja osallisuus

1-4/2025

# Asiakaspalaute I Yhteenveto asiakaskokemuksesta

Keusoten asiakaskokemus on parantunut.

Keusoteen on saapunut 23 361 asiakaspalautetta ajalla 1-4/2025. Nettosuositteluindeksi (NPS) on 61, joka on yli strategisen tavoitteen 60. NPS:n vaihteluväli on -100 ja +100.

Yhteensä 66 % koki saaneensa tarvitsemansa hoidon tai palvelun ja 74 % koki tulleen kuulluksi palveluissamme. Tavoite on 80 % (täysin samaa mieltä olevien %-osuus).

THL:n kansallisten väittämien käyttöönotto on lisännyt ymmärrystä asiakaskokemuksen eri osa-alueista. Niillä mitataan seitsemän eri osa-alueen kokemusta. Alkuvuoden parhaita tuloksia on tullut turvallisuuden kokemuksesta ja heikoimpia hoidon tai palvelun saatavuudesta. Erot osa-alueiden välillä ovat pieniä. Palvelu- ja aluekohtaisesti on enemmän vaihtelua.

Avointa palautetta analysoidaan tarkemmin palvelutasolla osana päivittäisjohtamista. Keusoten palvelujen asiakaskokemukseen liittyen on käynnissä useampi tutkimus tai opinnäytetyö.

**NPS 61**  
Tavoite = 60

**23 361**  
Asiakaspalautetta

Suosittelijoiden prosenttiosuus

**75 %**

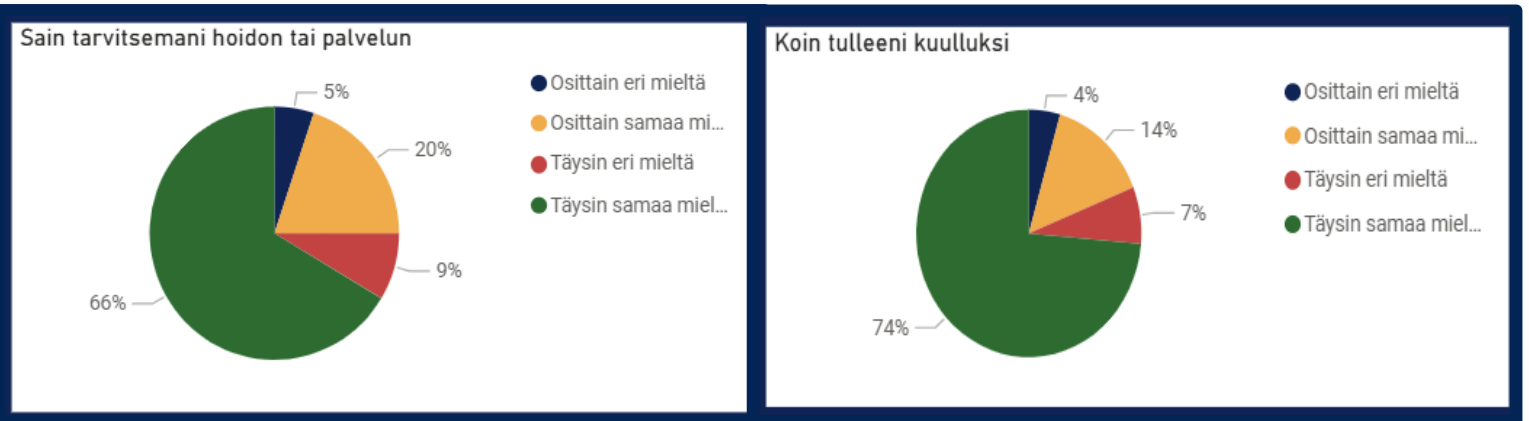
Passiivisten prosenttiosuus

**11 %**

Arvostelijoiden prosenttiosuus

**14 %**

Kuva 8: Asiakaspalautteiden määrä, NPS-arvo, tavoite ja jakauma 1-4/2025.

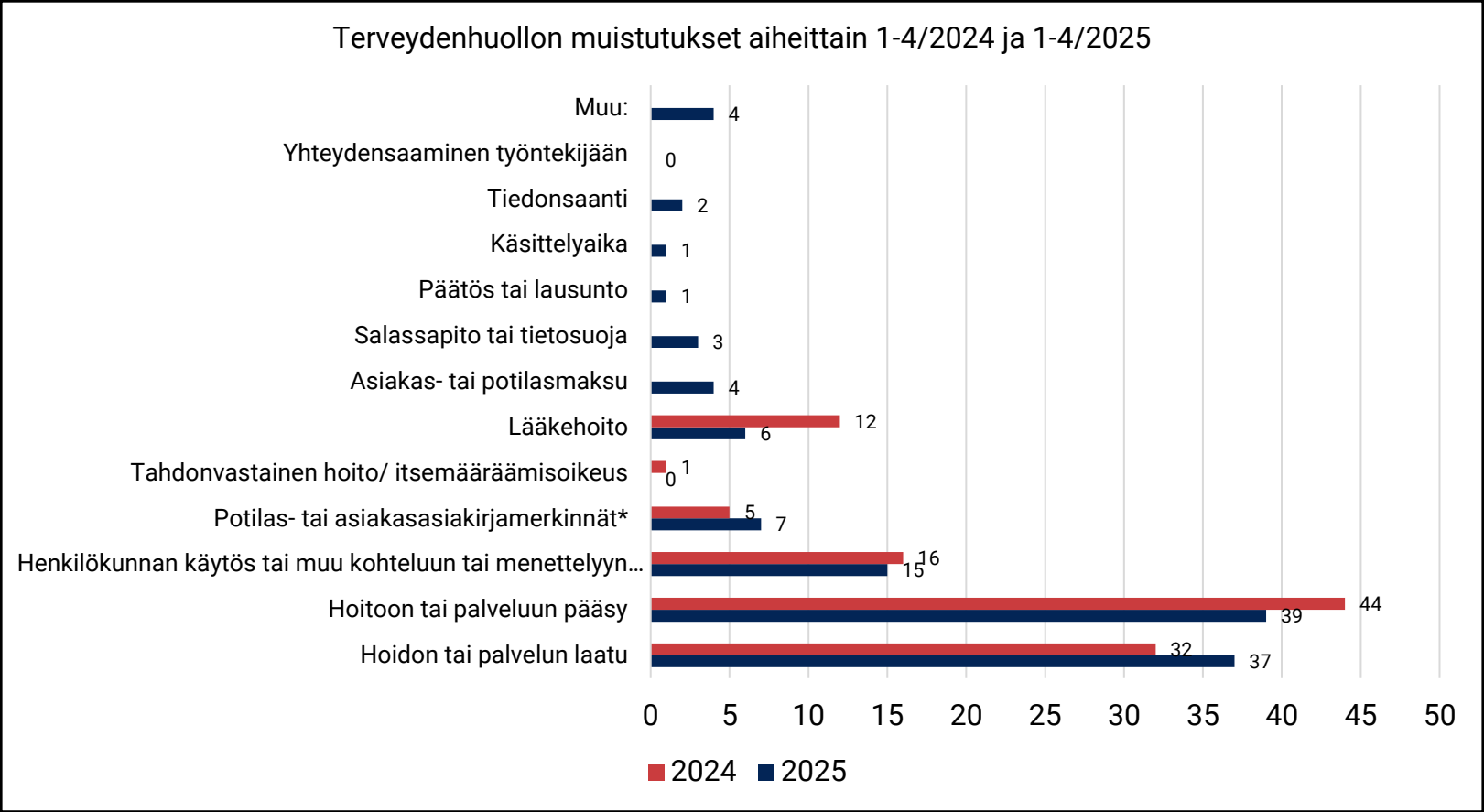


Kuva 9: Keusoten omat asiakaskokemusväittämät "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" ja "Koin tulleen kuulluksi 1-4/2025.

# Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset aiheittain

Ajalla 1-4/2025 terveydenhuollon muistutuksia saapui 119 kpl määrän ollen sama kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana.

Muistutusten aiheista suurin osa liittyi hoitoon pääsyyn (39kpl) joka oli 5kpl vähemmän ja hoidon laatuun (37kpl), joka oli puolestaan 5kpl enemmän kuin edellisenä vuotena. Käyttöön ja kohteluun liittyviä muistutuksia oli saapunut 15 kpl, joka on lähes sama kuin edellisenä vuotena vastaavana ajankohtana (-1kpl). Lääkehoitoon liittyvät muistutukset ovat vähentyneet edelliseen vuoteen verrattuna (-6kpl).



X = aiheetta ei ollut vuonna 2024

Kaavio 6: Terveystenhuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2024 – 30.4.2024 ja 1.1.2025 – 30.4.2025

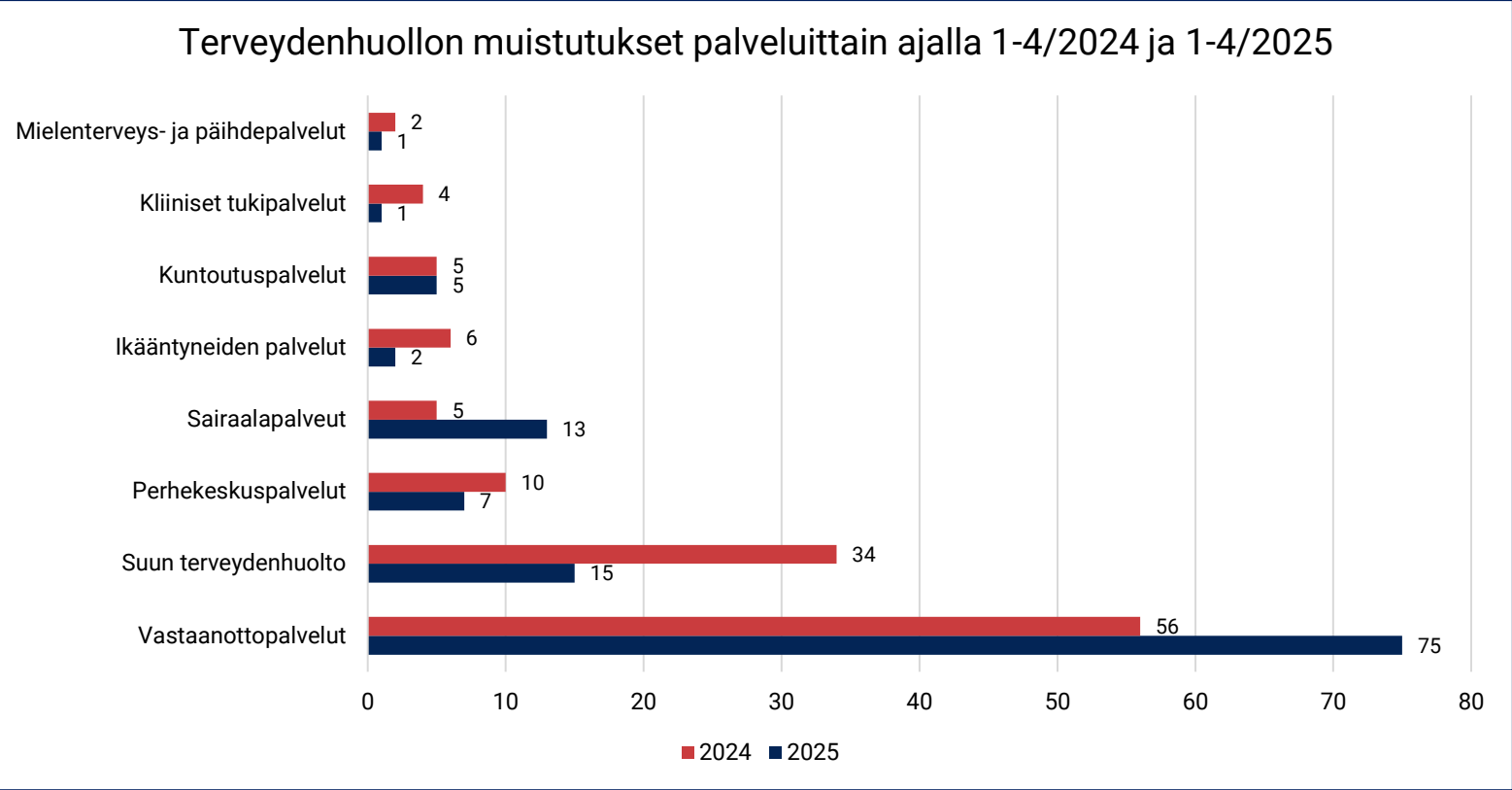
| Vuosi | Hoidon laatu | Hoitoon pääsy | Käytös/kohtelu | *Potilas- tai asiakasasiakirjat (vuonna 2024 potilasasiakirjat tai tietosuojat) | Tahdonvastainen-hoito/itsemääräämis oikeus | Lääkehoito | Muu | Tiedon-saanti | Käsittely-aika | Päätös tai lausunto | Salassapito tai tietosuojat | Asiakas- tai potilasmaksu | Yhteensä |
|-------|--------------|---------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|-----|---------------|----------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|----------|
| 2025  | 37           | 39            | 15             | 7                                                                               | 0                                          | 6          | 4   | 2             | 1              | 1                   | 3                           | 4                         | 119      |
| 2024  | 32           | 44            | 16             | 5                                                                               | 1                                          | 12         | 9   | x             | x              | x                   | x                           | x                         | 119      |



# Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset palveluittain

Eniten muistutuksia kohdistui vastaanottopalveluihin (75kpl), suun terveydenhuoltoon (15kpl) ja sairaalapalveluihin (13kpl).

Vastaanottopalveluissa muistutusten määrä on kasvanut edellisen vuoden samaan ajankohtaan verrattuna (+19kpl). Samoin sairaalapalveluissa määrä on hieman kasvanut (+8kpl). Suun terveydenhuollossa määrä on puolestaan vähentynyt edelliseen vuoteen verrattuna (-19kpl). (kaavio 7.)



Kaavio 7. Terveystenhuollon muistutukset tulosalueittain ajalla 1.1.2024 – 30.4.2024 ja 1.1.2025 – 30.4.2025

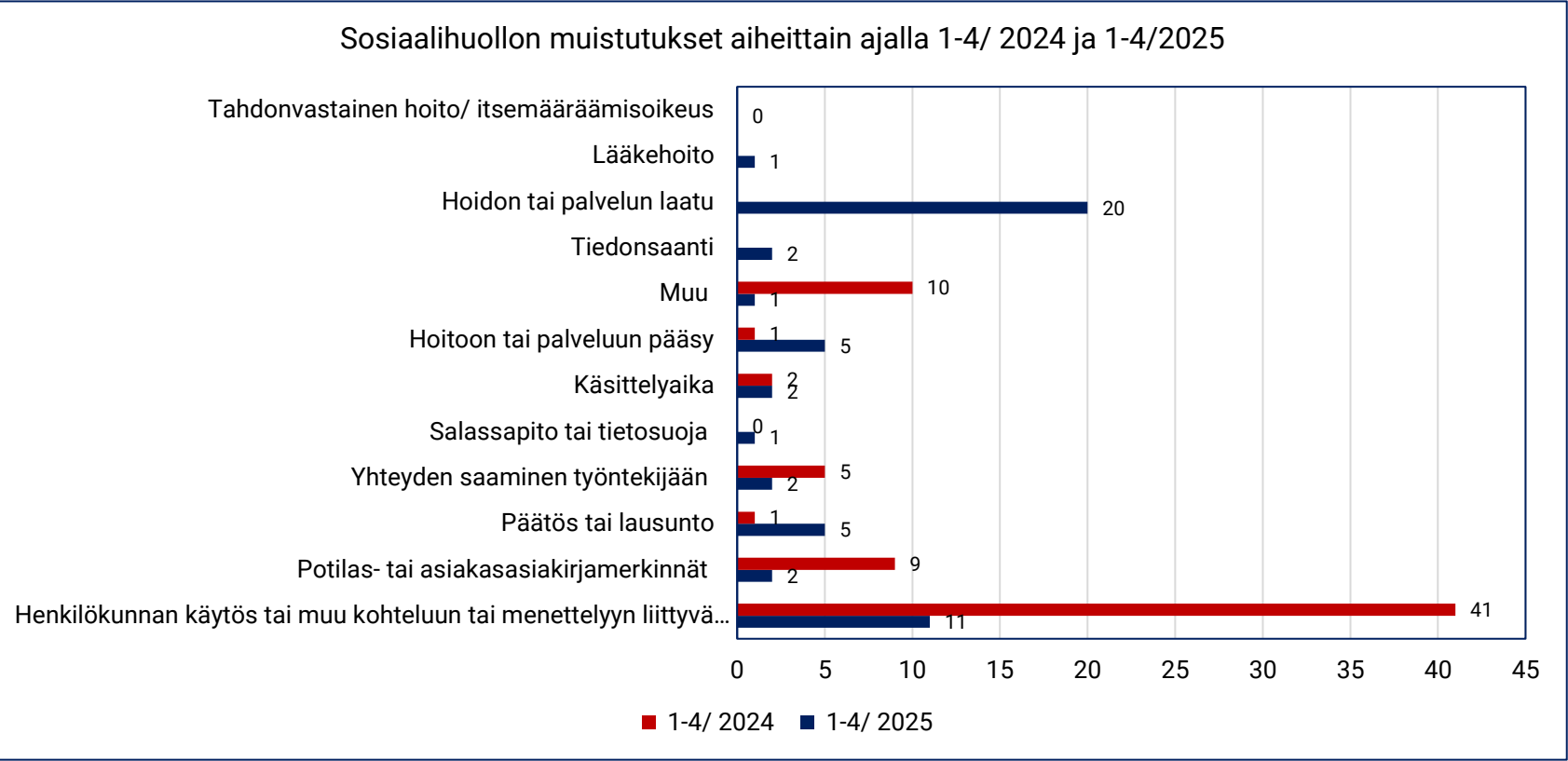
| Vuosi | Vastaanotto palvelut | Suun terveydenhuolto | Perhekeskus palvelut | Sairaalapalvelut | Ikääntyneiden palvelut | Kuntoutus palvelut | Kliiniset tukipalvelut | Mielenterveys- ja päihdepalvelut | Yhtensä |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|---------|
| 2025  | 75                   | 15                   | 7                    | 13               | 2                      | 5                  | 1                      | 1                                | 119     |
| 2024  | 56                   | 34                   | 10                   | 5                | 6                      | 5                  | 4                      | 2                                | 119     |

# Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain

Sosiaalihuollon aiheiden osalta tilastointitavassa on tapahtunut muutoksia verrattuna vuoteen 2024. Tämä on saattanut vaikuttaa joidenkin muistutustyyppien määrään.

Sosiaalihuollon muistutuksia saapui yhteensä 53 kpl, mikä on 16 muistutusta vähemmän kuin edellisvuoden vastaavana ajankohtana. Näistä muistutuksista 11 kpl koski henkilökunnan käytöstä tai muuta kohteluun tai menettelyyn liittyvää asiaa. Määrä on vähentynyt huomattavasti vuoteen 2024 verrattuna (–30 kpl). Myös yhteyden saamiseen (2 kpl) ja asiakasasiakirjamerkintöihin (2 kpl) liittyvien muistutusten määrä on vähentynyt.

Henkilökunnan käytökseen tai muuhun kohteluun tai menettelyyn liittyvistä muistutuksista seitsemän (7 kpl) koski lastensuojelua. Palvelun saatavuuteen tai palveluun pääsyyn liittyvät muistutukset ovat sen sijaan hieman lisääntyneet (+4 kpl). Hoidon ja palvelun laatuun liittyviä muistutuksia saapui 20 kappaletta. (ks. kaavio 8)



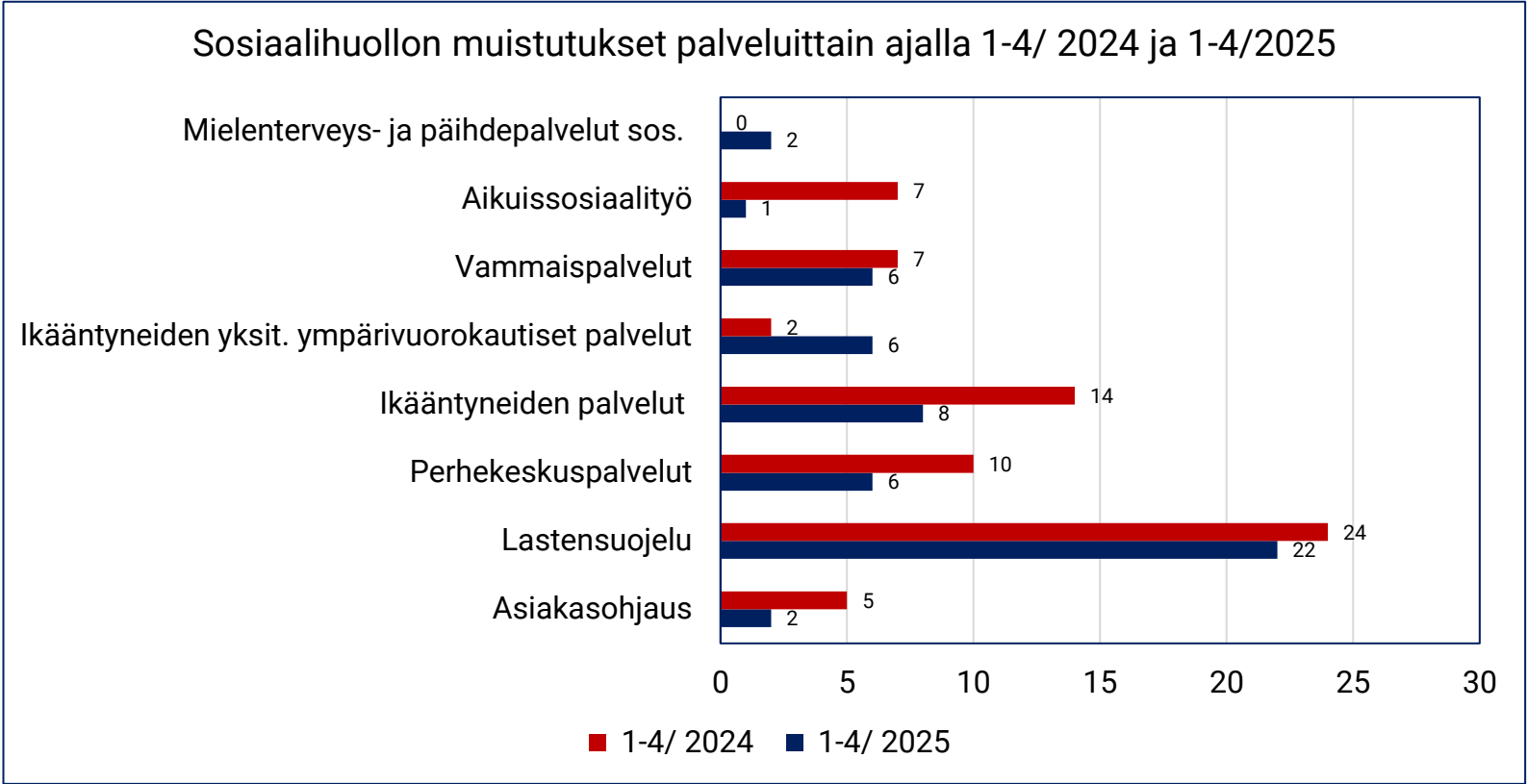
Kaavio 8. Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2024 – 30.4.2024 ja 1.1.2025 – 30.4.2025

| Vuosi | Asiakas-<br>tai potilasmaksu | Tahdonvastainen<br>hoito/<br>itsemääräämisoikeus | Lääkehoito | Hoidon- tai<br>palvelun laatu | Tiedonsaanti | Muu | Hoitoon tai<br>palveluun pääsy | Käsittelyaika | Salassapito tai<br>tietosuoja | Yhteyden saaminen<br>työntekijään | Päätös tai<br>lausunto | Potilas- tai<br>asiakasasiakirja<br>merkinnät | Henkilökunnan<br>käytös tai muu<br>kohteluun tai<br>menettelyyn liittyvä<br>asia | Yhteensä |
|-------|------------------------------|--------------------------------------------------|------------|-------------------------------|--------------|-----|--------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 2025  | 1                            | 0                                                | 1          | 20                            | 2            | 1   | 5                              | 2             | 1                             | 2                                 | 5                      | 2                                             | 11                                                                               | 53       |
| 2024  | x                            | x                                                | x          | x                             | x            | 10  | 1                              | 2             | 0                             | 5                                 | 1                      | 9                                             | 41                                                                               | 69       |

# Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin, aikuissosiaalityöhön sekä asiakasohjaukseen liittyvät muistutukset ovat pysyneet hyvin vähäisinä. Perhekeskuspalveluihin ja ikääntyneiden palveluihin kohdistuvat muistutukset ovat myös jokin verran vähentyneet verrattuna viime vuoteen.

Lastensuojeluun liittyvien muistutusten määrä on suunnilleen samalla tasolla kuin viime vuonna vastaavana ajankohtana. Muistutukset, jotka ovat koskeneet ikääntyneiden yksityisiä ympärivuorokautisia palveluja sekä vammaispalveluja, ovat lisääntyneet (+4 kpl) hieman.



Kaavio 9. Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain vuosina 2024-2025

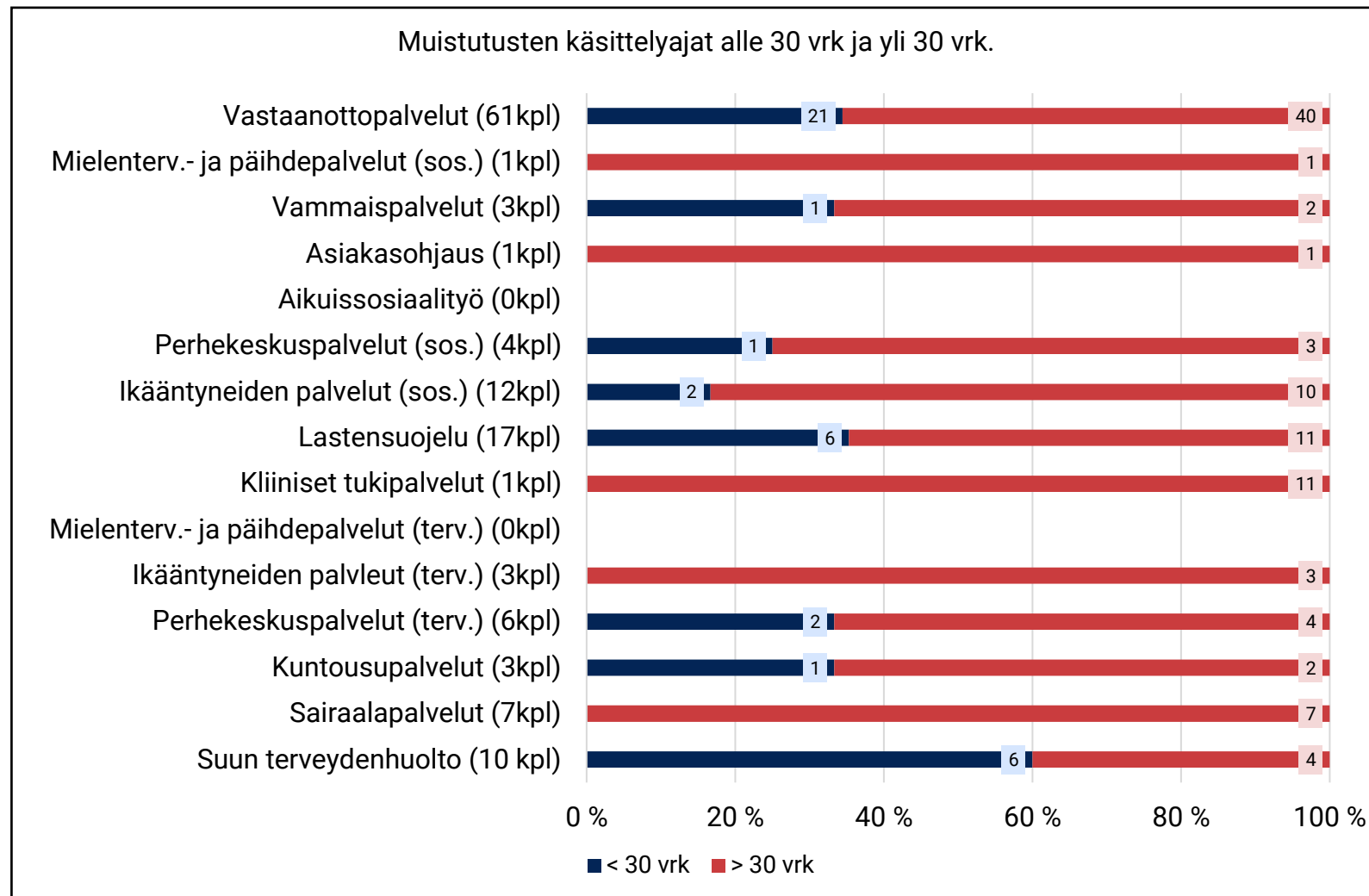
| Vuosi | Asiakasohjaus | Lastensuojelu | Perhekeskuspalvelut | Ikääntyneiden palvelut | Ikääntyneiden yksit. ympärivuorokautiset palvelut | Vammaispalvelut | Aikuissosiaalityö | Mielenterveys- ja päihdepalvelut | Yhteensä |
|-------|---------------|---------------|---------------------|------------------------|---------------------------------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------------|----------|
| 2025  | 2             | 22            | 6                   | 8                      | 6                                                 | 6               | 1                 | 2                                | 53       |
| 2024  | 5             | 24            | 10                  | 14                     | 2                                                 | 7               | 7                 | 0                                | 69       |

# Muistutukset I Muistutusten käsittelyajat

Kaikista muistutuksista 31% (40kpl) oli käsitelty tavoiteajassa eli alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa (tilanne 31.3.2025).

Vastaavana ajankohtana edellisenä vuonna muistutuksista tavoiteajassa oli käsitelty 41% (57kpl) eli 10% enemmän kuin kuluvana vuonna.

Suun terveydenhuolto on käsitellyt 60% (6kpl) muistutuksista tavoiteajassa. Muut tulosalueet olivat käsitelleet alle puolet muistutuksista tavoiteajassa. (kuva 18).



Kaavio 10. Muistutusten käsittelyajat tulosalueittain

# Kantelut ja potilasvahingot I Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteenveto

**Terveydenhuollon** kanteluita saapui AVI:sta viisi, joka oli vähemmän kuin edellisenä vuonna (-6kpl) sekä Valviralta yksi ja Oikeusasiamieheltä yksi.

**Sosiaalihuollon** kanteluita saapui AVI:sta kaksi, Valviralta yksi ja Oikeusasiamieheltä yksi määrien olleen lähes samat kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana.

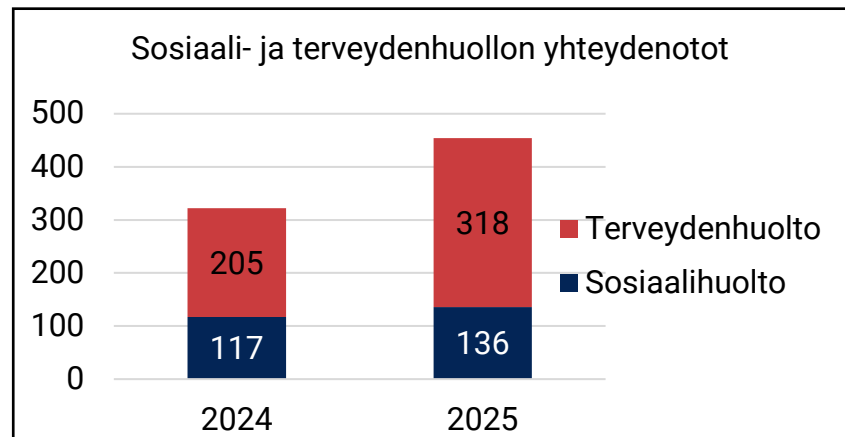
**Potilasvakuutuskeskuksen** selvityspyyntöjä saapui 29 kpl, joka oli kolme enemmän kuin edellisenä vuonna.

Sekä korvattavia (+5kpl) että ei korvattavia (+10kpl) vahinkoja oli edellisen vuoden vastaavaa ajankohtaa enemmän.

| Kantelut                                 | 1-4/2024<br>lkm | 1-4/2025<br>lkm |
|------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Terveydenhuollon kantelut AVI            | 11              | 5               |
| Terveydenhuollon kantelut Valvira        | 0               | 1               |
| Terveydenhuollon kantelut Oikeusasiamies | 2               | 1               |
| Terveydenhuollon kantelut Oikeuskansleri | 0               | 0               |
| Sosiaalihuollon kantelut AVI             | 3               | 2               |
| Sosiaalihuollon kantelut Valvira         | 0               | 1               |
| Sosiaalihuollon kantelut Oikeusasiamies  | 1               | 1               |
| Sosiaalihuollon kantelut Oikeuskansleri  | 0               | 0               |
| Yhteensä                                 | 17              | 11              |

| Potilasvahinkoilmoitukset               | 1-4/2024<br>lkm | 1-4/2025<br>lkm |
|-----------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Potilasvahinkokeskuksen selvityspyynnöt | 26              | 29              |
| Korvattavat potilasvahingot             | 2               | 7               |
| Ei korvattava potilasvahingot           | 8               | 18              |

# Sosiaali- ja potilasasiavastaava | Yhteydenotot

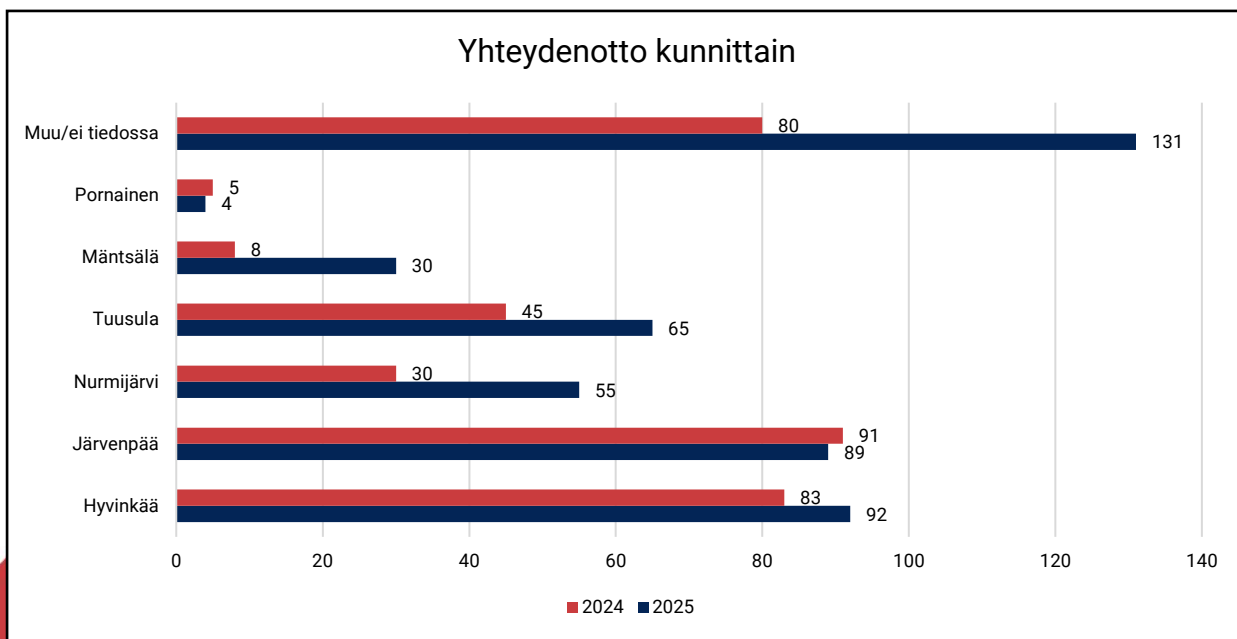


Kuva 10. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydenotot ajalla 1.1.2024 – 30.4.2024 ja 1.1.2025 – 30.4.2025

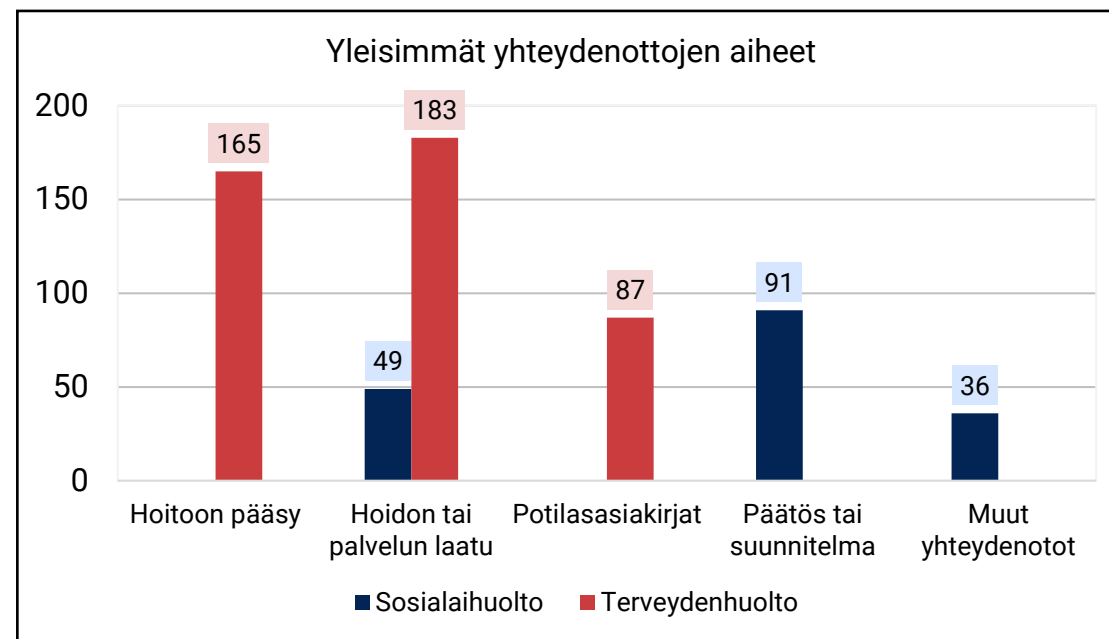
**Sosiaali- ja potilasasiavastaava** vastaanotti 480 yhteydenottoa, joka oli 158kpl enemmän kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana. Yhteydenotoista suurin osa koski terveydenhuoltoa (318kpl) ja pienempi osa sosiaalihuoltoa (136kpl). Kuva 10.

Eniten yhteydenotoista koski Hyvinkään (92) ja Järvenpään (89) palveluja kuten edellisenkin vuoden vastaavana ajankohtana. Tuusulan (65 (+20)), Nurmijärven (55 (+25)) ja Mäntsälän (30 (+22)) palveluja koskevat yhteydenotot ovat lisääntyneet edelliseen vuoteen verrattuna. Kuva 11.

Yleisimpiä yhteydenottojen syitä ovat hoidon tai palvelun laatu (sos. 49kpl, terv. 183kpl) hoitoon pääsy (terv. 165), päätökset tai suunnitelmat (sos. 91kpl), potilasasiakirjat (terv. 87kpl) ja muut yhteydenotot (sos. 36 kpl), joihin sisältyy mm. muistutus- ja kanteluprosessit sekä muut valitusmenettelyt. Kuva 12.

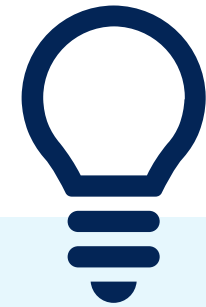


Kuva 11. Yhteydenotot kunnittain ajalla 1.1.2024 – 30.4.2024 ja 1.1.2025 – 30.4.2025



Kuva 12. Yleisimmät yhteydenottojen syyt ajalla 1.1.2025 – 30.4.2025

# Sosiaali- ja potilasasiavastaava I Havainnot



- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaavalle tulleet yhteydenotot ovat lisääntyneet edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna. Yhteydenottojen määrään nousuun voi vaikuttaa toiminnan vakiintuminen hyvinvointialueelle sekä palvelun saatavuus.
- ✓ Suun terveydenhuollon muistutukset ovat selvästi vähentyneet verrattuna edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan, joka voi kertoa hoitoon pääsyn tilanteen parantumisesta.
- ✓ Sosiaalihuollossa yhteydenotoissa on kuulunut asiakkaiden huoli palveluiden heikentymisestä. Yhteydenotot ovat kohdistuneet erityisesti palveluun pääsyyn ja tehtyihin päätöksiin. Tämä voi kertoa asiakkaiden kokemasta epävarmuudesta palvelujen saatavuudessa sekä tarpeesta ymmärtää paremmin päätösten perusteita. Palveluprosesseihin, päätöksenteon läpinäkyvyyteen ja viestintään olisi hyvä kiinnittää erityistä huomiota.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaava kiinnitti huomiota siihen, että muistutusten käsittelyajoissa ei ole päästy tavoitteeseen. Lähes kaikki tulosalueet olivat käsitelleet alle puolet saapuneista muistutuksista alle 30 vuorokauden tavoiteajassa, vaikka määrät olivat vielä suhteellisen pieniä.

# Laatutavoitteet ja mittarit

1-4/2025 yhteenveto



# Laatutavoitteet ja mittarit | Laatutavoitteet 2023-2025



## Asiakaskokemus

Asiakslähtöistä 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 tulleen kuulluksi
- kohdataan tasavertaisesti, arvokkaasti ja eettiset arvot huomioiden,
- voi käyttää lainsäädännön mukaisia monikanavaisia oikeusturvakeinoja.

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



## Henkilöstö

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



## 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.



## Prosessit ja saatavuus

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



## 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.

Laatutavoitteiden toteutumista seurataan säännöllisesti johtoryhmässä, johtotiimeissä ja päivittäisjohtamisen tauluilla.

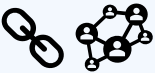
# Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakaskokemus

| Laatumittari                                                                                                                            | Selite                                                                                                                            | Tavoite                                   | Toteuma        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------|
|  <b>Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakaskokemus</b> |                                                                                                                                   |                                           |                |
| NPS                                                                                                                                     | Keski-Uudenmaan Hyvinvointialueen kumulatiivinen asiakaskokemus                                                                   | > 80                                      | Ks. Dia 31.    |
| Asiakaskokemuksen väittämät<br>- Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun<br>- Koin tulleen kuulluksi                                      |                                                                                                                                   | > 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä | Ks. Dia 31.    |
| Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa                                                                                               | Palvelulupaus                                                                                                                     | < 5 arkipäivää                            | Ks. Dia 31.    |
| Muistutukset (lkm) käsitellään määräajassa                                                                                              | Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja Valviran ohjeistus selvityksen antamisesta kohtuullisessa ajassa (1-4 vko)      | < 30 vrk                                  | Ks. Dia 36.    |
| Muistutukset (lkm) aiheittain<br>-Hoidon laatu, hoitoon pääsy, käytös/kohtelu                                                           | Muistutusten aiheiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omaavolontöä – <b>trendikäyrän seuranta ja raportointi</b> | Kasvu-% = 0<br>suht. edelliseen vuoteen   | Ks. Diat 32-35 |
| Kantelut (lkm)                                                                                                                          | Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omaavolontöä – <b>trendikäyrän seuranta ja raportointi</b>           | Kasvu-% = 0<br>suht. edelliseen vuoteen   | Ks. Dia 37.    |

# Laatutavoitteet ja mittarit I Henkilöstö

| Laatumittari                                                                                                                        | Selite                                                                                                                                                                                                                     | Tavoite                                                                                                                                           | Toteuma                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  <b>Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö</b> |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                         |
| QWL-indeksi                                                                                                                         | Työelämän laatu                                                                                                                                                                                                            | > 55                                                                                                                                              | Raportoidaan 1-8/2025 raportissa. Tietoa ei saatavilla. |
| Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            | 75 %                                                                                                                                              | Raportoidaan 1-8/2025 raportissa. Tietoa ei saatavilla. |
| Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusta edellytetään kaikilta ja on osa henkilöstön osaamisvaatimuksia.                           | Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)                                                                                                                       | Kyllä/ei                                                                                                                                          | Kyllä                                                   |
| Turvallisuussuunnitelmat kuuluvat osaksi henkilöstön perehdytystä                                                                   | Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)                                                                                                                       | Kyllä/ei                                                                                                                                          | Kyllä                                                   |
| NSS (Net Safety Score)                                                                                                              | <p>Kansallinen henkilöstön turvallisuusindeksi</p> <p>Henkilöstön oma kokemus Keusoten turvallisuudesta arviointiasteikolla 1-5.<br/>"Minulla olisi turvallinen olo, jos olisin yksikössäni asiakkaana tai potilaana".</p> | <p>Käyttöönotto syksyllä 2023 ja lähtötilatieto +53</p> <p>2024: 55 % kokee olonsa turvalliseksi</p> <p>2026: 60 % kokee olonsa turvalliseksi</p> | Raportoidaan 1-8/2025 raportissa. Tietoa ei saatavilla. |

# Laatutavoitteet ja mittarit I Prosessit ja saatavuus

| Laatumittari                                                                                                                                    | Selite                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tavoite                                             | Toteuma        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|
|  <b>Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Prosessit ja saatavuus</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                |
| Asiakaslähtöiset palveluketjut (ydinprosessit) on segmentoitu ja asiakasprosessit kuvattu.                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 4 palveluketjua<br>16 segmentoitua asiakasprosessia | Ks. Dia 7.     |
| Päivittäisjohtamisen toimintamalli toteutuu kaikissa yksiköissä                                                                                 | Lean                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100 %                                               |                |
| SHQS-laatuohjelman mukaiset itsearvioinnit toteutuvat kaikissa yksiköissä                                                                       | Kaikissa palveluissa on SHQS-laatuohjelma. SHQS-laatuohjelman toteuttamisella arvioidaan palveluiden laadunhallinnan tilannetta verraten sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin ja hyviin käytäntöihin sekä hyvinvointialueen omiin ohjeistuksiin. | 100 %                                               | Ks. Diat 15-16 |
| Lakisääteiset määräajat                                                                                                                         | Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat ja toteutumista seurataan Laapo-suunnitelman luvun 4.4 mukaisesti                                                                                                                                                         | 100 %                                               | Ks. Dia 5.     |

# Laatutavoitteet ja mittarit I Valvonta ja omavalvonta

| Laatumittari                                                                                                                                                              | Selite                                                                                                                                                                                                                                                  | Tavoite                               | Toteuma                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div></div><div>Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Valvonta ja omavalvonta</div></div> |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                                                                                                                                                                                                                  |
| Omavalvontasuunnitelmat on laadittu ja julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla.                                                                                        | Sosiaali- ja terveystalvölujen laatua, turvallisuutta ja riskien ennaltaehkäisyä toteutetaan kaikissa palveluyksiköissä omavalvontasuunnitelman mukaisella omavalvonnalla.                                                                              | 100 %                                 | 99 % (75/76)                                                                                                                                                                                                                     |
| Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma on jalkautettu palvelutuotannon yksiköihin.                                                                             | Asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä hyvinvointialueen Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti.                                                                                                       | 100 %                                 | Jalkauttamisen työkalu laadittu ja tiedotettu esihenkilöitä.                                                                                                                                                                     |
| Lääkehoito toteutetaan turvallisesti laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.                                                                                          | Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.                                                                                                                                                            | Lääkehoitosuunnitelmat laadittu 100 % | Hyvinvointialuetasoinen lääkehoitosuunnitelma voimassa. Vuoden 2025 toimintayksiköiden suunnitelmia hyväksyttynä 4 kpl. Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmia hyväksyttynä 8 kpl. Määräaika suunnitelmien valmistumiselle 5/2025. |
| SHQS sisäiset auditoinnit toteutetaan säännöllisesti vuosisuunnitelman mukaisesti.                                                                                        | SHQS sisäisillä auditoinneilla arvioidaan palvelujärjestelmän toimivuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta; arvioimalla laadunhallintajärjestelmän, standardin, lainsäädännön, tavoitteiden, asiakas- ja potilas- sekä viranomaisvaatimusten mukaisuutta. | 100 %                                 | Sisäiset auditoinnit toteutetaan elo-marraskuussa.                                                                                                                                                                               |
| Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusten toteutumisen seuranta on osa omavalvontaa ja puutteisiin/ poikkeamiin puututaan                                                | Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) Koulutukset on sisällytetty perehdytysohjelmaan sekä koulutussuunnitelmaan, suoritetaan 5 vuoden välein.                                           | Toteutuu 100 % Poikkeamat = 0         | 958 henkilöä (v. 2024 747 hlöä) on suorittanut koulutussuunnitelman mukaiset koulutukset.                                                                                                                                        |

# Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus

| Laatumittari                                                                                                                                             | Selite                                                                                                             | Tavoite                                                                        | Toteuma     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  <b>Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus</b> |                                                                                                                    |                                                                                |             |
| Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)                                                                         | Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)                                    | Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee. Kyllä/ei                          | Ks. Dia 37. |
| Vaaratapahtumailmoitusten lkm, joista Läheltä piti -tilanteiden %-osuus kaikista vaaratapahtumista kasvaa                                                | Tavoite lisätä ilmoitusaktiivisuutta ja kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi             | Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3 %, läheltä piti -tapahtumien osuus yli 50 % | Ks. Dia 22. |
| <b>Lääke- ja nestehoitoon</b> , verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset                                            | 1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen<br>Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 19 % | Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy                                      | Ks. Dia 23. |
| <b>Tapaturmiin ja onnettomuuksiin</b> liittyvät vaaratapahtumailmoitukset                                                                                | 1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen<br>Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 4 %  | Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy                                      | Ks. Dia 24. |
| <b>Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan</b> liittyvät vaaratapahtumailmoitukset                                                                            | 1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen<br>Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 23 % | Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy                                      | Ks. Dia 25. |

# Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus

| Laatumittari                                                                                                                                             | Selite                                                                                                                                                                                                      | Tavoite                                            | Toteuma        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
|  <b>Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus</b> |                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                |
| Vakavien vaaratapahtumien lkm, %-osuus kaikista vaaratapahtumista                                                                                        | Kuumalinja-indikaattori<br>(kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)<br>1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen<br>Vakavien vaaratapahtumien osuus v. 2021 oli 0,73 % | < 1 %                                              | Ks. Dia 26     |
| Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa                                                                      | Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireagointiaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk                                                                                                | < 2 kk                                             | 12 pv<br>18 pv |
| Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa                                                                            | Palvelulupaus                                                                                                                                                                                               | < 14 vrk                                           | 20 pv          |
| RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä                                                                                                                        | RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä.<br>Keusoten alueen yli 75-vuotiaat 17 823 (31.12.2022).                                                                    | RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä nousee, kyllä/ei | Ks. Dia 29     |



# Laatutavoitteet ja mittarit I Kokonaisturvallisuus

| Laatumittari                                                                                                                  | Selite                                                                                                                                                                                                                                                            | Tavoite | Toteuma                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                                                                              |
| Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaikuttajalle tehdään 72h sisällä                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   | < 72 h  | 91 %                                                                                         |
| Julk.lain mukaiset tietopyynnot käsitellään määräajassa                                                                       | JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen                                                                                                                                                                                        | < 2 vk  | 44 %                                                                                         |
| GDPR:n mukaiset tietopyynnot käsitellään määräajassa                                                                          | GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen                                                                                                                                                                                            | < 1 kk  | 30 %                                                                                         |
| Lokitietopyynnot (lkm) käsitellään määräajassa                                                                                | Lokipyynnot – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen                                                                                                                                                                                      | < 2 kk  | 72 %                                                                                         |
| Vakavat tietoturvahäiriöt (MIM)                                                                                               | Vakavien tietoturvahäiriöiden tavoite lkm vuositasolla                                                                                                                                                                                                            | 0       | 1                                                                                            |
| Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Varautuminen ja jatkuvuuden hallinta                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                                                                              |
| KUJA-arviointimallia toteutetaan vuosittain hyvinvointialueen varautumisen ja palveluiden jatkuvuudenhallinnan kehittämiseen. |                                                                                                                                                                                                                                                                   | Taso 3  | Ei toteutunut.                                                                               |
| Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Palo- ja pelastusturvallisuus                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                                                                              |
| Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat on laadittu, katselmoitu ja henkilöstön saatavilla                                      | Pelastussuunnitelma sisältää 3 dokumenttia 1) pelastussuunnitelma, 2) pelastussuunnitelman riskien arviointi ja 3) tarvittaessa suunnitelma kiinteistön väestönsuojan tyhjentämisestä. Poistumisturvallisuusselvitykset sisältävät kaksi dokumenttia A ja B osat. | 100 %   | Hyväksyttyjä pelastussuunnitelmia yhteensä 41 kpl ja poistumisturvallisuusselvityksiä 75 kpl |
| Turvallisuuskävelyt ja talokokoukset                                                                                          | Turvallisuuskävelyitä ja talokokouksia toteutetaan säännöllisesti                                                                                                                                                                                                 |         | Turvallisuuskävelyitä 31 kpl<br>Talokokouksia 32 kpl                                         |



Hyvinvointia  
yhdessä

KEUSOTE.FI