



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Omavalvontaohjelman raportti 1-8/2025



SHQS LAADUN-
TUNNUSTUS
LABQUALITY

KEUSOTE.FI

Tiivistelmä 1-8/2025

 Positiiviset havainnot	 Puutteet ja poikkeamat	 Kehittämistoimenpiteet
♥ Lakisääteiset hoitoon pääsyn määräajat toteutuivat 100 %. ♥ Suun terveydenhuollon jonot purettu, hoitotakuu toteutuu. ♥ Palvelutarpeen arviointi käynnistyi keskimäärin 5 arkipäivässä. ♥ Lääkehoidon virheet vähentyneet (antovirheet -136 kpl ja kirjaamisvirheet -98 kpl) ♥ Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat vähentyneet (-281 kpl). ♥ NSS (Net Safety Score) indeksi 74 % (tavoite 60 % vuoteen 2026 mennessä) ♥ NPS-indeksi 62 (tavoite 60), palautteita 39 221 kpl. ♥ 66 % asiakkaista koki saaneensa tarvitsemansa hoidon, 74 % kokee tulleen kuulluksi. ♥ Asiakaskokemustietoa ja osallisuutta hyödynnetään palveluiden kehittämisessä. ♥ 99 % yksiköistä on laatinut ja julkaissut omaavontasuunnitelman. ♥ QWL-indeksi 55 (työelämän laatu) (tavoite >55) ♥ Esihenkilöiden tuki ja tiimirakenteiden kehittäminen edistävät työhyvinvointia.	▲ Ikääntyneiden asumispalvelujen jonot ylittivät 3 kk. ▲ Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmässä käytettävyyssongelmia. ▲ Omatyöntekijän nimeämisessä puutteita. ▲ Vakavia vaaratapahtumia 83 kpl (2024: 31 kpl). ▲ Valvontahavaintoja: 398 kpl, vakavia poikkeamia 82 kpl (2024: 21 kpl). ▲ Asiakasvarojen käytössä, henkilöstömitoituksessa, lääkeshoidossa, rajoitustoimenpiteissä ja niiden kirjaamisessa puutteita. ▲ GDPR-tietopyyntöjen käsittelyajoissa viiveitä, vain 21 % käsitelty määräajassa. ▲ Muistutusten käsittelyajoissa viiveitä, vain 33 % käsitelty ajallaan. ▲ Yhteydenottojen määrä sosiaali- ja potilasasiavastaavalle kasvanut +180 kpl (Etävastaanottojen maksut, muistutusten viiveet, päätöksenteko ja muutoksenhakuoikeus). ▲ 42 % omaavontasuunnitelmista päivittämättä. ▲ Lääkehoidosuunnitelmien valmistumisaste 33 %.	✂ Jononpurkusuunnitelmat laadittu ja toimenpiteitä käynnissä, ilta-aikoja ja palveluseleitä tarjottu asiakkaille. ✂ Järjestelmäongelmia korjataan yhteistyössä toimittajan kanssa. ✂ Omatyöntekijöiden nimeäminen ja kirjaaminen Lääkehoidon perehdytystä ja lääkehoidolupakäytänteitä kehitetty. Sähköinen lupahallinnointi käynnissä. ✂ Kirjaamiskäytänteitä ja hoitokäytäntöjä yhtenäistetty ja ohjausta annettu. ✂ Viestinnän selkeyttäminen päätöksenteon perusteista ja muutoksenhakuoikeuksista. ✂ Omaavontan ohjaus omaavonta- ja lääkehoidosuunnitelmien laatimiseksi ✂ Omaavontasuunnitelmien päivittäminen ja lääkehoidosuunnitelmien valmiiksi saattaminen. ✂ Henkilöstön resursointi asiakkaiden tarpeiden ja työn kuormittavuuden mukaisesti, henkilöstömitoituksen seuranta. ✂ Omaavonnallinen ohjaus- ja neuvonta. ✂ Kaatumisten ehkäisyyn ja tiedonkulun parantamiseen kehitetty toimintamalleja.

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

1-8/2025

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:



Palvelujen saatavuuden varmistaminen		
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat 100 %	Järjestäjän tilannekuvan seuranta järjestäjätiimissä kuukausittain. Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein strategisten avainmittareiden kautta. Järjestäjän työpöytää kehitetty asiakas- ja potilasturvallisuuden, työturvallisuuden sekä tietosuojatapahtumien osalta.	• Vastaanottopalveluissa Hoitotakuu 3kk toteutuu. Kiireettömään hoitoon jonottaneiden määrä on pysynyt lähes ennallaan (8/25 tilanne 2200 jonottajaa). Jononpurkusuunnitelma tehty ja jononpurku käynnissä. Samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 1.1.-31.8.25 85 % (1-4/2025 79 %) • Suun terveydenhuollossa Hoitotakuu 6 kk toteutuu. Hoitojonot on purettu. Takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 1.1.-31.8. 86 % (1-4/2025 83 %). • Palvelutarpeen arviointi on aloitettu keskimäärin 5 arkipäivän päästä asian vireille tulosta kaikille 75-vuotta täyttäneille sekä ylintä hoitotukea saaville yli 65- vuotiaille. • Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen jonotusaika oli ajalla 1.1-31.8.25 keskimäärin 89 vrk. Odotusaika 3kk ylittynyt: Tammikuu 10, Helmikuu 11, Maaliskuu 5, Huhtikuu 16, Toukokuu 17, Kesäkuu 22, Heinäkuu 45, Elokuu 30. • Yhteisölliseen asumiseen keskimääräinen jonotusaika oli 1.1-31.8.25 välisellä ajalla 115 vrk. Odotusaika 3kk ylittynyt: tammikuu 8, helmikuu 8, maaliskuu 2, huhtikuu 4, Toukokuu 8, Kesäkuu 9, Heinäkuu 5, Elokuu 7. • Mielenterveys- ja päihdepalveluissa 1-8/2025 hoito alkaa 72 % alle 14vrk:n kuluessa hoidon tarpeen arviosta, 88 % alle 30vrk. • Lasten mielenterveys- ja päihdepalvelut: Yli 30 vrk viiveitä ei esiintynyt (76 % asiakkaista pääsi hoitoon 0-7 vrk kuluessa) • Lasten ja nuorten terapiatakuu 1.5.2025 alk. (alle 23-vuotiaat) hoitotakuu 28 vrk (pth) ja 30 vrk (sos). Raportoidaan vuosiraportissa.

Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus 1 I 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 seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien 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 37 742 palautteen antajaa, joista 66% (25 048) on ollut täysin samaa mieltä väittämän kanssa.	Analysoidaan erityisesti kriittisiä palautteita ja kehitetään palvelua niiden perusteella.
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 | keskeiset mittarit ja arviointi

Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen		
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2025	Havaittujen puutteiden/ poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Yhtenäinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön kaikissa palveluissa 100 %	Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotto on edennyt osittain suunnitellusti. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän vaatimusluettelon toteutumisen osalta merkittäviä puutteita ja huonosta käytettävyydestä aiheutuu merkittävää haittaa asiakastyössä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttökatkot ja häiriötilanteet ovat vähentyneet. Versiopäivitysten jälkeen asiakastietojärjestelmässä on ilmennyt ongelmia.	Toiminnallisia puutteita on korjattu, kirjaamisen merkkimäärää nostettu. Ongelmia pyritty ratkaisemaan järjestelmän toimittajan kanssa yhteistyössä.
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia yht. 396 kpl, joista potilas-/asiakastietojen tiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyviä ilmoituksia oli 110 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. Omatyöntekijän tiedot näkyvät OmaKannassa asiakkaalle 23.9.25.	Kotihoidon ja asumispalveluiden asiakkaille ei ole nimetty aiemmin omatyöntekijää. Asiakkaiden omatyöntekijäys nimetään 1.9.2025 alkaen.
Palveluketjuille ja asiakasprosesseille asetetut tavoitteet toteutuu suunnitellusti	Palveluketjujen johtamismalli on pilotoitu sekä johtamisrakenteet, roolitukset ja vastuut on määritelty ja tietopohja rakennettu. Esihenkilötyö on vakioitu.	Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.
Vaikuttavuusperustaista ohjausta tukevaa tietopohjaa kehitetään osana palveluketjujen mittariston kehittämistä vaiheittain, pilottina diabetes ja ikääntyneet asiakassegmentit.	Diabetes-, ikäihmisten ja Mielenterveys asiakkaiden piloteissa on ensimmäiset vaikuttavuusmittarit määritetty. Ikääntyneillä ja diabetesasiakkailta on saatu asiakkailta kerättävän PROM tiedon alustat käyttöönotettua. Mielenterveys- ja diabetes asiakkaiden BI-mittarinäkymät saatu 8/2025 Keusoten ja HUSin yhteiskäyttöön.	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 seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Yhtenäiset palvelukuvaukset on laadittu ja palvelusisällöt yhtenäistetty hyvinvointialueen palvelukatalogiin.	Alueen asukkailta kerätään anonymisti palautetta, jota hyödynnetään palvelukatalogin päivityksen yhteydessä.	Palautteita hyödynnetty palvelukatalogin ja verkkosivujen kehittämisessä.
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. Verkkosivujen uudet palvelusivut julkaistu 6/2025. Asiakkailta kerätään jatkuvaa palautetta verkkosivujen ja digipalveluiden saavutettavuuden parantamiseksi. Verkkosivujen saavutettavuudessa hyödynnetään WebReader-kuuntelutoimintoja.	Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.

Laatu ja turvallisuus

1-8/2025



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 poikkeamien ennaltaehkäisy on toiminnan lähtökohta ja Keusotessa painotetaan omavalvonnan merkitystä. Valvonta ja tuottajaohjaus toteuttaa suunnitelmallista valvontaa ennalta laaditun valvontasuunnitelman mukaisesti. Reaktiivista valvontaa toteutetaan esimerkiksi laatu poikkeama epäilyjen ja epäkohtailmoitusten perusteella.

Valvonta- ja tarkastuskäynnit	Suunnitelmallinen valvonta (lkm)				Reaktiivinen valvonta (lkm)					
	Oma palvelutuotanto		Ostopalvelut		Oma palvelutuotanto		Ostopalvelut		Kaikki käynnit yhteensä	
	Toteuma 1-8/2024	Toteuma 1-8/2025	Toteuma 1-8/2024	Toteuma 1-8/2025	Toteuma 1-8/2024	Toteuma 1-8/2025	Toteuma 1-8/2024	Toteuma 1-8/2025	1-8/2024	1-8/2025
Rajatun lääkevaraston tarkastus	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen valvonta (sis. Lastensuojelu)	1	2	2	7	0	0	2	1	5	10
Työikäisten sos. palvelujen valvonta	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0
Terveysthuollon palvelujen valvonta	7	8	7	0	0	0	0	0	14	8
Vammaispalvelujen valvonta	1	8	2	4	0	0	0	2	3	14
Ikääntyneiden palvelujen valvonta	1	3	3	16	0	2	13	12	17	33
Mielenterveys- ja päihde palvelujen valvonta	2	1	2	2	0	0	0	1	4	4
Yhteensä	12	22	23	29	0	2	15	16	50	69

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 1

Terveystenhuollon palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

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

Epäkohdat ja puutteet:

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

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

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

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-8/2024	1-8/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	14	22
Lievät poikkeamat (kpl)	24	31
Kehittämissuosituks (kpl)	31	31
Positiiviset havainnot (kpl)	3	2
Havaintoja yhteensä	72	86

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 2

Ikääntyneiden kotihoidon palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Keusoten osoittamat 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 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)	1-8/2024	1-8/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	4	3
Lievät poikkeamat (kpl)	4	0
Kehittämissuosituksset (kpl)	4	4
Positiiviset havainnot (kpl)	3	0
Havaintoja yhteensä	15	7

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 3

Ikääntyneiden ympärivuorokautiset palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Epäkohtien ilmoittaminen on tehostunut ja omavalvonnan merkitys tunnistetaan arjessa.
- Ostopalveluissa valvonnan antama ohjaus- ja neuvonta otetaan hyvin vastaan ja asiakasturvallisuutta parantavia toimenpiteitä tehdään (esim. teräaseiden säilyttäminen, lukitusten uusiminen)

Epäkohdat ja puutteet:

- Asiakasturvallisuudessa puutteita (esim. vaarallisten aineiden ja esineiden säilytys).
- Henkilöstömitoitusta on vähennetty, mikä ei vastaa asiakkaiden tarpeita. Henkilöstömitoituksia on ”tiputettu” systemaattisesti 0.6 esim. yksi työntekijä vähennetty kaikista iltavuoroista.
- Päivittäiskirjaamisissa ja hoitosuunnitelmissa on puutteita, eikä viriketoimintaa ja ulkoilua pystytä aina todentamaan.
- Itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat eivät aina tule riittävästi huomioiduksi.
- Asiakkaan ääni, toiveet ja voimavarat jäävät usein kirjaamatta.
- Yksilöllinen hoiva ja hoito eivät aina näy toteuttamissuunnitelmassa.
- Rajoittamistoimenpiteiden ja asiakasvarojen käytön kirjaaminen on puutteellista.
- Omavalvontasuunnitelmat eivät aina täytä Valviran määräyksiä.
- Yöhoidon resurssin riittävyys on puutteellista.
- Toiminta ei aina ole palvelukuvauksen mukaista.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Mitoituksen seuranta tehostetaan ja puututaan tarvittaessa.
- Omavalvontasuunnitelmiin ja kirjaamiseen on annettu ohjausta ja neuvontaa.
- Asiakasturvallisuutta vaarantavat tavarat vaaditaan säilytettäväksi lukollisesti.
- Hoitosuunnitelmia ja kirjaamista tarkastellaan valvontakäynneillä ja vaaditaan korjauksia.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-8/2024	1-8/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	0	38
Lievät poikkeamat (kpl)	5	71
Kehittämissuosituksset (kpl)	11	58
Positiiviset havainnot (kpl)	0	26
Havaintoja yhteensä	16	193

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 4

Vammaisten palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuus on noussut ja vaaratapahtumia hyödynnetään toiminnan kehittämisessä

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 on kameravalvonta
- Ostopalveluissa havaintona asiakkaiden pankkikorttien käyttö ei ole asianmukaista.
- Omissa palveluissa ei noudateta Keusoten ohjetta rahavarojen käytöstä.
- Omissa palveluyksiköissä omaavoluntariosuunnitelmia ei ole ohjeistuksen mukaisesti päivitetty 30.6. mennessä.
- Lääkehoitosuunnitelmia ei ole tehty määräaikaan mennessä, vammaisavoluntariavoluntariosuunnitelmapohjaa ei ole hyväksytty.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Yksiköiden vastuuhenkilöt ovat toistuvasti ilmoittaneet rajoitustoimenpideraportteja koskevasta ongelmasta asiakastietojärjestelmän toimittajalle. Asiakastietojärjestelmän puute ei ole korjaantunut eikä rajoitustoimenpideselvityksiä edelleenkään toimiteta lain mukaisesti. Valvontaa tekevät työntekijät ovat tehneet asiasta valvontalain 34:§ mukaisesti epäkohtailmoituksen Aluehallintovirastolle.
- Välittömänä toimenpiteenä kehitysvammaisten asumisyksiköissä on peitetty asiakkaiden yhteistilojen kamerat. Yksiköiden vastuuhenkilöt ovat pyytäneet kameravalvonnan purkamista kameravalvonnan vastuutahoilta. Asia ei ole pyynnöistä huolimatta edennyt.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-8/2024	1-8/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	2	19
Lievät poikkeamat (kpl)	4	23
Kehittämissuosituksset (kpl)	11	30
Positiiviset havainnot (kpl)	3	3
Havaintoja yhteensä	20	75

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 5

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Lastensuojelussa sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus on edelleen laskenut ollen nyt 17 % (Tavoite ollut alle 30 %. Vuoden 2024 vaihtuvuus oli vielä 35 %. Pahin tilanne oli vuonna 2022, jolloin vaihtuvuus oli 49 %).
- Kiireelliset sijoitukset ovat laskeneet verrattuna edellisen vuoden vastaavaan ajanjaksoon (tammikuusta kesäkuuhun v. 2024: 101 kpl -> v. 2025: 71 kpl).
- 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.
- Opiskeluhoitopalveluiden kouluterveydenhuollon- sekä psykologi- ja kuraattoripalveluiden henkilöstötilanne saatu korjattua.

Epäkohdat ja puutteet:

- Lastensuojelun sosiaalityöntekijän asiakasmääriä seurataan Avin toimesta, jotta määrä täyttää lakisääteisyyden (max. 30 lasta/sosiaalityöntekijä).
- Laajat terveystarkastukset eivät toteudu 100% heikon lääkärisaatavuuden vuoksi.
- Opiskeluhoitopalveluiden psykologi- ja kuraattoripalveluiden lakisääteisiä palveluun pääsyn määräaikoja ei seurata.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Palkkaratkaisut vaikuttavat pitkällä aikavälillä ja ovat saaneet tuettua työntekijöiden pysyvyyttä.
- Tiimirakennetta ja esimiestyötä kehitetty edelleen (yhteistyön lisääminen; kuntakohtaisesta ajattelusta itä-länsi-malliin).
- Kirjaamiskoulutusta annettu ja annetaan työntekijöille.
- Lääkärintarkastuksia on pyritty korjaamaan tarjoamalla ilta-aikoja sekä palveluseteliä. Palveluseteliä asiakkaat käyttäneet huonosti.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-8/2024	1-8/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	1	0
Lievät poikkeamat (kpl)	12	13
Kehittämissuosituksset (kpl)	1	20
Positiiviset havainnot (kpl)	0	4
Havainnot yhteensä	14	37

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 6

Mielenterveys- ja päihdepalvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Hyvä työyhteisö
- Esihenkilön tuki

Epäkohdat ja puutteet:

- Omissa palveluissa tuetun asumisen yksiköissä on havaittu epäselvyyksiä asiakkaiden yksityisyyden suojan toteutumisessa sekä rekisterinpitäjän informointivelvoitteen täyttymisessä kulunvalvonnan yhteydessä.
- Käytännöt omatyöntekijän nimeämisessä tuetun asumisen palveluissa eivät kaikilta osin vastaa lainsäädännön vaatimuksia.
- Tuetun asumisen yksiköissä huoneenvuokralain mukaisen häättöprosessin vastuut ja toimintamallit ovat epäselviä. Tämä voi viivästyttää asiakkaan pääsyä palvelutarpeen mukaisiin palveluihin ja vaikuttaa yksikön käyttöasteeseen.
- Ostoasumispalveluyksikössä asiakkaan hoidollisen tuen tarve ylittää asumispalveluyksikön tarjoaman palvelun taso.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Asiakkaan palveluntarpeen uusi arviointi ja asiakkaan hoivan ja hoidon tarvetta vastaavan palvelun järjestäminen.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-8/2024	1-8/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	0	0
Lievät poikkeamat (kpl)	4	3
Kehittämissuosituksset (kpl)	4	1
Positiiviset havainnot (kpl)	0	2
Havaintoja yhteensä	8	6

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-elokuussa 2025 toteutettiin ulkoiset ylläpito- ja laajennusauditoinnit 46:een eri yksikköön. Johtoryhmä haastateltiin johdon kokoavassa auditoinnissa elokuussa. 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	1-8/2024	1-8/2025
SHQS Itsearviointi	41	3
SHQS sisäinen auditointi	0	0
SHQS esiauditointi	8	0
SHQS laaduntunnustusauditointi	48	46

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 laatusuosituksen sekä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen asettamien tavoitteiden saavuttamista. Kehittämistoimenpiteitä ja niiden toteutumista seurataan säännöllisesti Laatutyöryhmässä sekä yksikkö- ja tulosaluekokouksissa.

SHQS-itsearviointien kehittämistoimenpiteet lukuina 2025 (2024)

Kehittämistoimenpiteitä yhteensä 452 kpl (412 kpl)

- Kesken 53 kpl (41 kpl), joista
 - Myöhässä 43 kpl (41 kpl)
- Valmis 397 kpl (371 kpl)

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. Lääkinnällisten laitteiden/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) 1



Asiakkaan ja potilaan oikeudet

Keusoten palveluissa asiakkaiden oikeudet huomioidaan kattavasti, erityisesti kielellisten ja kulttuurillisten tarpeiden osalta. Tulkkipalvelut ovat saatavilla tarpeen mukaan, ja kuulovammaisille tarjotaan viittomakielen tulkkausta. Monikulttuurisuuden huomioimista koskeva ohjeistus kotihoidossa on parhaillaan valmistelussa, ja se tullaan sisällyttämään hoitajien käsikirjaan. Kotihoidon aloitusvaiheessa asiakkaalle annetaan tietoa muun muassa apuvälineistä, siivousavusta ja erilaisista asumisvaihtoehdoista. Asiakaskirjeessä esitellään yhteisöllinen asuminen mahdollisena jatkopalveluna kotihoidon jälkeen. Tuusulassa ja Järvenpäässä on käynnissä omaisviestinnän pilotti, jonka tavoitteena on parantaa tiedonkulkua ja osallisuutta. Mielenterveys- ja päihde- sekä lasten, nuorten ja perheiden palveluissa asiakkaiden oikeudet toteutuvat mm. tulkkipalveluiden käytön sekä kulttuurillisten ja uskonnollisten tarpeiden huomioimisen kautta, esimerkiksi sijaishuollon paikan valinnassa.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien palvelut ovat sekä asiakkaiden että henkilöstön käytettävissä, ja niiden yhteystiedot sisältyvät yksiköiden omavalvontasuunnitelmiin. Muistutusten käsittelylle on olemassa organisaation tasoinen, kirjallinen menettelykuvaus.

Asiakkaiden ja sidosryhmien tyytyväisyys ja osallisuus

Asiakkaiden ja sidosryhmien tyytyväisyyttä arvioidaan suunnitelmallisesti, ja kerättyä palautetta hyödynnetään palveluiden kehittämisessä. Palautetta saadaan eri kanavien kautta, kuten Roidu-järjestelmästä, tekstiviestikyselyistä ja suullisesti, vaikka suullisen palautteen kirjaamisessa on vielä kehittämistarpeita. Sidosryhmäkyselyjen vastaajamäärät ovat olleet vähäisiä, mutta palautetta kertyy säännöllisesti työryhmien ja kokousten kautta.

Palautteiden hyödyntäminen näkyy konkreettisesti esimerkiksi neuvolapalveluissa, joissa THL:n koostamaa asiakaspalautetta on käytetty imetysohjauksen kehittämiseen. Opiskeluhuollossa kouluterveyskyselyn tuloksia hyödynnetään oppilaitoskohtaisesti toiminnan suunnittelussa. Asiakastyytyväisyyttä mitataan säännöllisesti, ja NPS-luku on hyvällä tasolla. Sisäisten asiakkaiden ja sidosryhmien tyytyväisyyden arvioinnissa on vielä kehitettävää.

Asukaskehittäjiä on hyödynnetty muun muassa digitaalisten palveluiden ja kaatumisen ehkäisyn kehittämisessä. Heiltä saatu palaute ohjaa toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointia ja tarvittaessa toimintamallien muutoksia. Kotihoidossa asiakkaat ja omaiset osallistuvat arviointeihin esimerkiksi omaiskyselyjen ja omaisten iltojen kautta. Lisäksi asiakaspaneelitoiminta tarjoaa asiakkaille mahdollisuuden osallistua palveluiden kehittämiseen.

Laadunhallinta I Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 2



Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen

Keusoten Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma ohjaa asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamista ja sen toteutumista seurataan mm. haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten ja tilannekuvaraportoinnin avulla. Vakavien vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn on selkeät, henkilöstön tiedossa olevat ja omaevalvontasuunnitelmiin sisällytetyt ohjeet ja menettelytavat. Hoito-ohjeet ja asiakasohjeistukset ovat ajantasaisia ja hyväksytyjä.

Lääkehoito toteutetaan pääsääntöisesti suunnitelmien mukaisesti, jotka on laadittu moniammatillisesti ja hyväksytty ylilääkäreiden toimesta. Suunnitelmien tarkastusprosessi toimii hyvin, ja ylilääkärit tekevät myös yksikkökohtaisia tarkastuskäyntejä yhdessä farmasiapalveluiden kanssa. Henkilöstö kuittaa sähköisesti tutustuneensa suunnitelmiin, ja lääkelupien ajantasaisuutta seurataan. Lääkekaappien hallinta ja lääkkeiden tarkistus toteutuvat ohjeistuksen mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelmat päivitetään vuosittain.

Hygienian ja infektoriskien hallinta tukee turvallista hoitoa, ja vastuut on määritelty. Hygieniavastaavat edistävät hygieniahallinnan osaamisen varmistamista ja jalkauttamista yksiköiden arkeen. Lääkinnällisten laitteiden käytössä ja osaamisen varmistamisessa on vielä kehittämistarpeita, laiterekisterien ajantasaisuudessa on puutteita.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta edistetään valtakunnallisen strategian mukaisesti, ja vaikutuksia seurataan sekä raportoidaan sovitusti.

Turvallisuuden hallinta

Turvallisuutta hallitaan suunnitelmallisesti. Turvallisuussuunnitelmat on laadittu, ja alkusammutusharjoituksia sekä poistumisharjoituksia järjestetään säännöllisesti. Kotihoidossa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tarkastellaan myös kodin turvallisuutta. Kaatumisten ehkäisyyn on kehitetty toimintamalli, jonka pilotti on toteutettu terveyskeskuksen osastoilla. Hoitajien työpuhelimissa on käytössä 112-sovellus, puhelimen lukitus on tunnistettu riskiksi hätätilanteissa. Vaativiin asiakaskäynteihin varaudutaan ennakoon, ja tarvittaessa käynnit toteutetaan pareittain tai vartijan kanssa. Henkilöstöllä on käytössään turvalaitteita, kuten hälytyspainikkeita, mutta niiden toimivuuden testauksessa ja dokumentoinnissa ei kaikilta osin noudateta sovittuja menettelytapoja. Turvallisuuskävelyt toteutetaan vuosittain, mutta niiden dokumentointi on puutteellista. Yksiköissä on aloitettu työsuojeluparitoiminta, joka tukee turvallisuustyötä.

Laadunhallinta | Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 3



Riskienhallinta

Riskienhallinta on suunnitelmallista ja perustuu vuosittaisiin riskienarviointeihin sekä valmius- ja varautumissuunnitelmiin. Arvioinnit tehdään eri organisaatiotasolla ja toiminnoissa, ja niiden perusteella määritellään tarvittavat hallintatoimet. Riskienhallinnan periaatteet ja menettelyt on sisällytetty strategiaan, ja ne kattavat myös toimintahäiriöihin ja laiterikkoihin varautumisen. Toiminnan jatkuvuuden turvaamiseksi on tunnistettu keskeiset riskit ja laadittu niihin liittyvät hallintamallit.

Vuonna 2025 käyttöön otettu Laatuportti-järjestelmä on uusi väline riskianalyysien tekemiseen. Johdon eikä yksiköiden riskienhallinnan uusia arviointeja uutta järjestelmää hyödyntäen ole vielä tehty. Riskienarviointi on jatkuva prosessi ja erityisesti ICT-palveluissa arviointeja toteutetaan neljä kertaa vuodessa sekä projektien yhteydessä. Riskien hallintaan on kehitetty tarkistuslistoja ja välineitä, ja erityistä huomiota on kiinnitetty tulosalueiden rajapintojen riskeihin, joihin on rakennettu yhteisiä prosesseja.

Tietoturva- ja tietosuojariskien hallinta on osa kokonaisuutta. Henkilöstölle järjestetään tietosuojatenttejä, ja tietoturvaryhmä käsittelee säännöllisesti tietosuojailmoituksia. Henkilöstön tietoisuus tietoturvariskien arvioinnista omassa työssään on vielä puutteellista.

Häiriötilanteisiin varautuminen on kehittynyt, ja valmiustyöryhmä kokoontuu säännöllisesti valmiuspäällikön johdolla. Kriisiviestintä on suunniteltu yhteistyössä viestinnän kanssa. Organisaatio osallistuu yhteisiin harjoituksiin ja on aloittanut viranomaisverkon (Virve) käytön harjoittelun. YTA-tasoinen ohjausryhmä ja alueellinen turvallisuusfoorumi tukevat alueellista varautumista.

Valmiussuunnitelman tuntemus ei ole kattavaa koko henkilöstön ja johdon keskuudessa. Potilastietojärjestelmän toimintahäiriöihin on varauduttu tulostamalla lääkelistoja, ja suunniteltujen käyttökatkojen varalle on sovitut toimintatavat.

Laadunhallinta | Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 4



Palvelun tai hoidon ohjaus

Perheneuvolassa asiakkaille laaditaan yksilöllinen asiakassuunnitelma tarpeen mukaan, ja parhaillaan kehitetään yhtenäisiä kriteereitä suunnitelman laatimisen tueksi. Nuorisoasemalla on otettu käyttöön uusi hoitosuunnitelmapohja, jota päivitetään säännöllisesti moniammatillisesti. Myös kuraattoripalveluissa arvioidaan palvelutarvetta ja suunnitelmien toteutumista yhdessä oppilaan kanssa.

Palveluissa noudatetaan Käypä hoito -suosituksia, ja perheneuvoloissa vanhemmuuden tukea on vahvistettu laajentamalla nuorisoaseman palveluja yli 13-vuotiaille. Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on koordinoitua, ja nuorisoaseman yhteistyö koulujen kanssa toimii hyvin. Opiskelu- ja opiskelu- ja kuraattoripalveluissa noudatetaan organisaation ohjeita henkilön tunnistamisessa. RAI-tietoja hyödynnetään sekä hoidossa että johtamisessa. Hoitosuunnitelmat perustuvat RAI-arviointeihin ja haastatteluihin, ja niiden toteutumista seurataan säännöllisesti. Kaatumisten ehkäisyyn on otettu käyttöön tarkistuslista, ja RAI-tuloksia käsitellään esihenkilöpalavereissa.

Sidosryhmäyhteistyö ja palveluiden välinen yhteistyö ovat vahvasti kehittyneet. Ikääntyneiden palveluketjun pilotti on käynnistetty, ja tavoitteena on laajentaa toimintamallia myös muihin palveluketjuihin. Toimintayksiköissä laaditaan tavoitteelliset, moniammatillisesti valmistellut suunnitelmat, joita päivitetään säännöllisesti. Palveluun ohjautumisen, toteutuksen ja jatkosuunnitelman prosessi on selkeä ja toimiva. Moniammatillista yhteistyötä on vahvistettu, hoitajien sekä terapeuttien työnjaossa on tunnistettu vielä hienosäädön mahdollisuuksia.

Omaevalvonta

Keusotessa omaevalvonta toteutetaan suunnitelmallisesti ja lain mukaisesti. Omaevalvontasuunnitelmat ja -raportit ovat julkisesti saatavilla, ja ne ohjaavat toimintaa arjen työvälineinä. Aluehallintoviraston valvontakäynnillä havaitut puutteet on huomioitu päivityksissä. Omaevalvontaohjelma sisältää menettelytavat ja raportointi toteutuu neljän kuukauden välein. Johdon katselmus perustuu näihin raportteihin, ja poikkeamien käsittelyä seurataan johtoryhmätasolla. Yksiköiden suunnitelmat on tallennettu IMS-järjestelmään, ja henkilöstö on ohjattu tutustumaan niihin lukukuittausvelvoitteella. Strategiset tavoitteet ja mittarit on kirjattu käyttösuunnitelmiin, ja niiden toteutumista seurataan osana omaevalvontaa. Palveluiden kohdentumista ja palveluketjun toimivuutta arvioidaan säännöllisesti. Toiminnan asianmukaisuutta valvotaan suunnitelmien mukaisesti. Luvan- ja ilmoituksenvaraisesta toiminnasta raportoidaan lain edellyttämällä tavalla, ja puutteisiin reagoidaan viivytyksettä. Yksityisten palvelujen lupamenettelyyn ja valvontaan on sovitut käytännöt. Asiakkaan yksilöllisen suunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Ohjeet hoidon ja palvelun toteuttamiseen ovat ajantasaisia, ja henkilöstö toimii niiden mukaisesti. Palvelun päättymisen toteutetaan suunnitellusti, ja asiakkaat ohjataan tarvittaessa muihin palveluihin.

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 1-8/2025 ja vertailu edellisiin vuosiin 1-8/2024 ja 1-8/2023.

* Ehdotukset toimenpiteiksi, joilla tapahtuma estetään -kuvaajan tiedot ajalta 1-3/2025 (tietoa ei saatavilla uudesta järjestelmästä).

Asiakas- ja potilasturvallisuus | Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

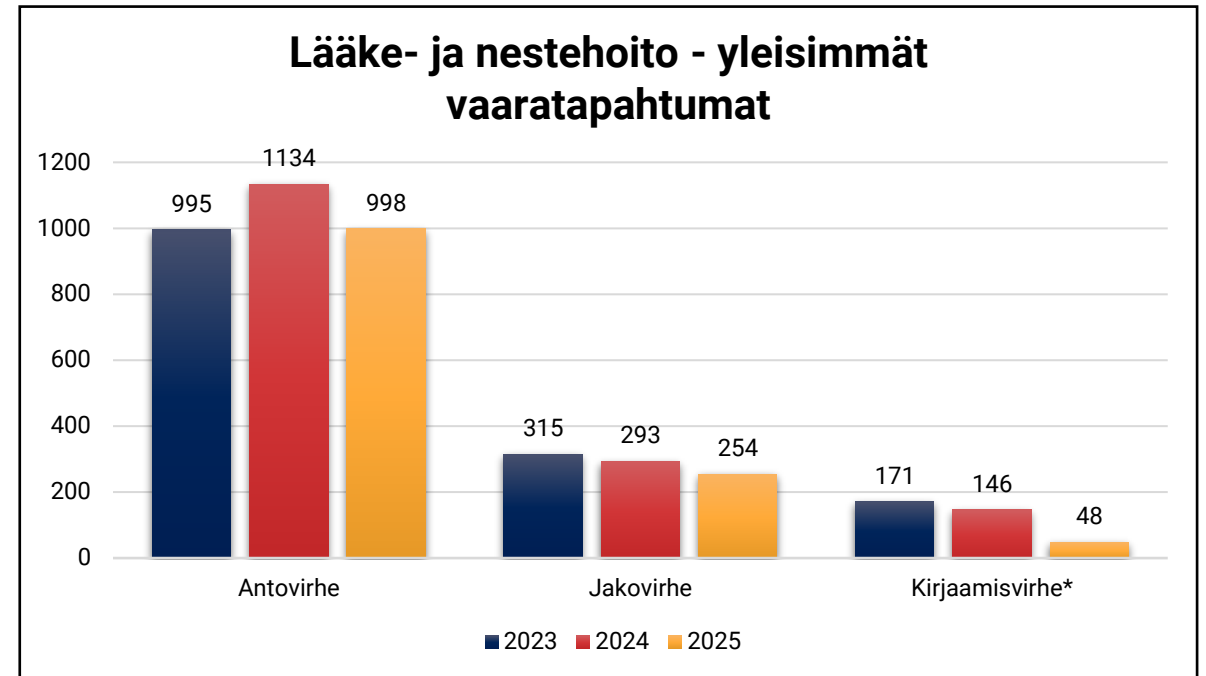
Yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat lääke- ja nestehoitoa.

Antovirheet: ilmoitettujen antovirheiden määrä väheni (-136 kpl). Antovirheistä suurin osa kohdistui seuraaviin poikkeamiin: Lääke, neste tai verituote antamatta 434 kpl, muu syy 150 kpl, väärä annos tai vahvuus 107 kpl, väärä ajankohta 99 kpl.

Jakovirheet: ilmoitetut jakovirheet ovat vähentynyt hieman (-39 kpl). Jakovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin: Lääke jakamatta 116 kpl, väärä annos tai vahvuus 59 kpl, jaettu annettavaksi vääränä ajankohtana 13 kpl, muu syy 12 kpl.

Kirjaamisvirheet: ilmoitettujen kirjaamisvirheiden määrä laski* (-98 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 1-8/2023, 1-8/2024 ja 1-8/2025.

* Kirjaamisvirheet raportoidaan 1.3.2025 alkaen osana muita poikkeamatyyppieä.

Turvallisen lääkehoidon kehittämistoimenpiteitä:

- Lääkehoidon osaamisen varmistamisen ja lääkelupien 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 erityisesti sairaalapalveluissa.
- Lääkehoidon verkkokoulutuksia ja webinaareja on järjestetty säännöllisesti sekä esihenkilöille että hoitotyöntekijöille
- Farmaseuttivetoista lääkehoidon perehdytysmallia on kehitetty sairaalapalveluissa hoitohenkilöstölle ja aloitettu perehdytykset kesäajan lääkäreille

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 +1 kpl
Putoamiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat pysyneet lähes samoina -8 kpl
(Kuva 3.)

Kaatumiseen liittyvien vaaratapahtumien **seuraukset potilaalle** olivat:

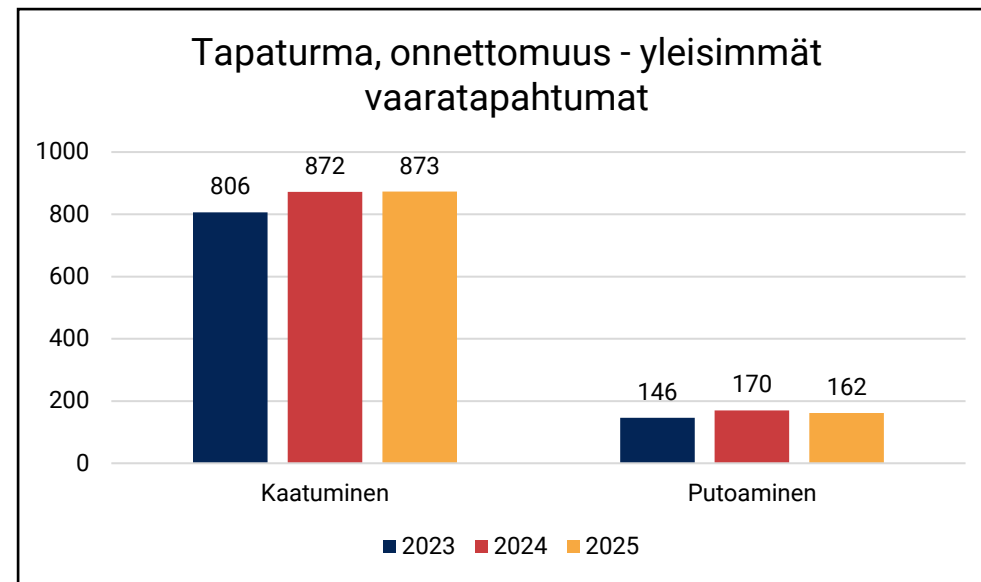
- ei haittaa (237 kpl)
- lievä haitta (189 kpl)
- kohtalainen haitta (50 kpl)
- vakava haitta (2 kpl).

Haitta ei ollut tiedossa 47 ilmoituksessa.

Kaatumiseen liittyvissä ilmoituksessa **tilanne oli hallittu** seuraavasti:

- korjattiin tilanne välittömästi (299 kpl)
- pyydetty lisähenkilökuntaa (181 kpl)
- hälytetty ulkopuolista apua (17 kpl).

Tilanteen hallinta ei ollut tiedossa 14 ilmoituksessa.



Kuva 3: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-8/2023, 1-8/2024 ja 1-8/2025.

Tapaturmien ja onnettomuuksien ennalta ehkäisy ja päätetyt toimenpiteet liittyivät seuraaviin teemoihin:

- 1. Tiimityö ja tapahtumien käsittely työyhteisössä (18 kpl)** Esim. tiimipalaverit, osastokokoukset, yhteinen pohdinta.
- 2. Apuvälineet ja ympäristön turvallisuus (14 kpl)** Esim. jarrusukat, rollaattorit, liikehälyttimet, esteettömyys, yövalaistus.
- 3. Aukkaan toimintakyky ja yksilölliset ratkaisut (11 kpl)** Esim. omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen, muistisairausten huomiointi, yksilölliset toiveet.
- 4. Lääkitys ja hoidolliset toimenpiteet (11 kpl)** Esim. lääkityksen tarkistus, lääkäri- ja fysioterapeuttikonsultaatiot, kipulääkkeet.
- 5. Seuranta, dokumentointi ja ilmoitukset (5 kpl)** Esim. hoitosuunnitelmien päivitys, SAS-prosessit, vakuutus- ja Fimea-ilmoitukset.
- 6. Muu (32 kpl)** Merkinnät, jotka eivät selkeästi kuulu muihin teemoihin, esim. hellejakson vaikutukset, yksittäiset huomiot, ei toimenpiteitä -maininnat.

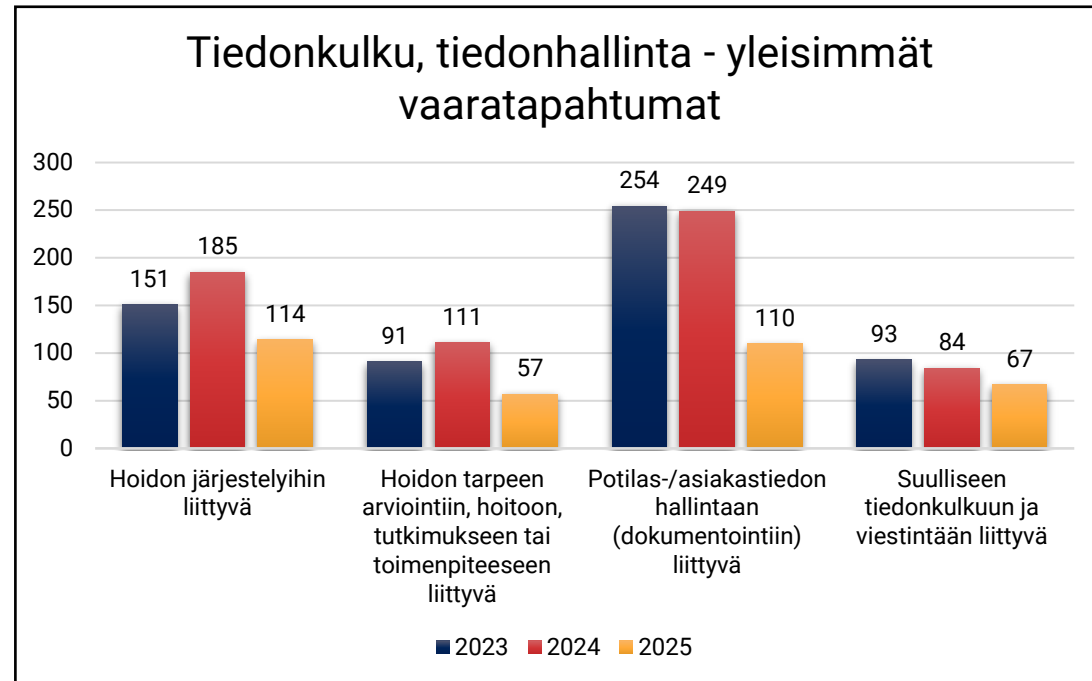
Lisäksi kaatumisen ehkäisyn sisäisiä verkkosivuja on ylläpidetty ja päivitetty.

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 (-139 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyytit olivat Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilas-/asiakastieto 48 kpl ja Muu, mikä 22.
- **Hoidon järjestelyjä**, joissa ilmoitukset vähenivät (-71 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: väärä, Virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohje 37 kpl, Ajanvaraus tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 32 kpl ja Lähete hoitoon tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 21 kpl.
- **Suullista tiedonkulkua ja viestintää**, jossa ilmoitukset vähenivät (-17 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 38 kpl, Muu, mikä 13 kpl ja Väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto 5 kpl.
- **Hoidon tarpeen arviointia, hoitoa, tutkimusta tai toimenpidettä**, joissa ilmoitukset vähenivät (-54 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyytit olivat: Potilas-/asiakastieto jäänyt huomioimatta 10 kpl, Tutkimustulos jäänyt huomioimatta tai tulkittu väärin 9 kpl ja Tutkimus jäänyt tekemättä 9 kpl.



Kuva 4: Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-8/2023, 1-8/2024 ja 1-8/2025.

Tiedonkulun ja tiedonhallinnan kehittämistoimenpiteet:

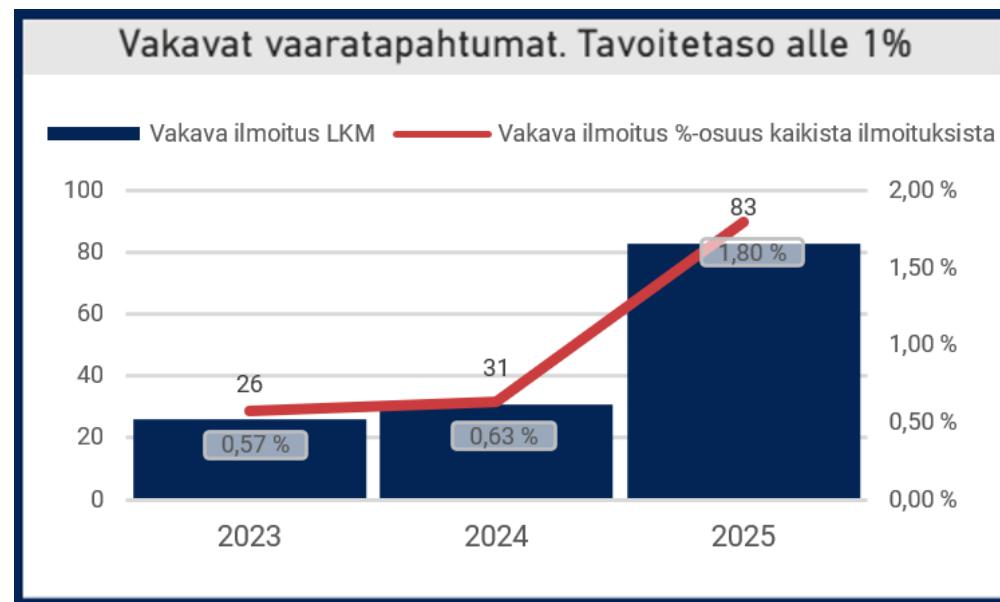
Kirjaamisen kehittämistoimenpiteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen käsikirjan vaiheittainen laadinta ja käyttöönotto on valmis lähes kaikkien yksiköiden osalta. Ohjeita päivitetään palvelualueen kirjaamisen vastuuhenkilöiden toimesta. Kirjaamiskäytänteitä on yhtenäistetty kansallisten sekä organisaation linjausten mukaisiksi. Yksiköiden tarpeiden mukaisia lisäkoulutuksia on järjestetty. Hoidon tarpeen arvioinnin uusi lainsäädäntö ja siihen liittyvä kirjaaminen koulutettu henkilöstölle.

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, tunnistusta epidemia, hoitoympäristön- ja hoitotarvikkeiden puhtaus ja infektioiden torjunnan perusteet kesätyöntekijöille).

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten luonne ja kehittämistoimenpiteet

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmä on käsitellyt 20 kpl vakavaa vaaratapahtumailmoitusta v. 2025 aikana. Suurin osa ilmoituksista koskee samaa havaintoa/epäkohtaa.

- Vakavia vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty n. 2 viikon välein
- Käynnistetty yhteensä 2 uutta tutkintaa
- 4 tutkintaa on saatu valmiiksi, joista kolme oli aloitettu v.2024.
 - Tutkinat kohdistuivat potilaan tapaturmaan, lääkityspoikkeamiin sekä potilaan hoidotta jäämiseen.
- 15 vakavaa vaaratapahtumailmoitusta on palautettu normaaliin käsittelyprosessiin ja annettu ohjausta, kehittämissuosituksia sekä jatkotoimenpiteet.



Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan tuloksena tehty kehittämissuositukset:

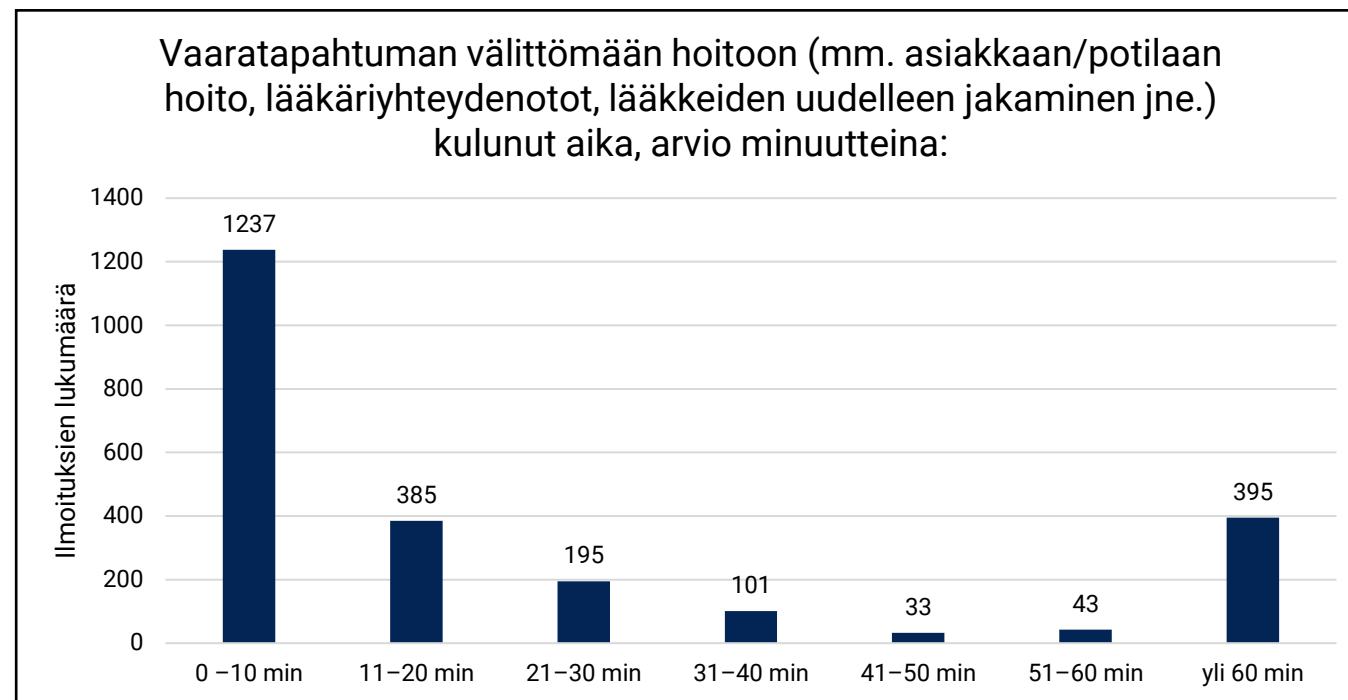
- Ennakoivan toimintamallin kehittäminen palveluissa
- Toimintaohjeiden päivittäminen mm. potilaan seurannasta, vastaanottotilojen tarkastamisesta, toimintakäytännöistä virka-aikojen ulkopuolella, potilaan lähettämisestä, lääkityslistan tarkastamisesta ja lääkehoidon toteuttamisesta.
- Hoitotyön toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen, perehdytyksen vakioiminen ja kertaaminen, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen
- Reaaliaikaiseen kirjaamiseen siirtyminen, kirjaamisohjeiden tarkentaminen kirjaamisen käsikirjaan, ohjeiden läpikäynti yksiköissä ja yhteistyötahojen kanssa.
- Hoitajakutsulaitteiden kirjallinen merkitseminen hoitajakutsupainikkeiksi, uloskäynnin opasteiden päivittäminen.
- Resurssien riittävyyden aktiivinen seuraaminen, työaikojen tarkastaminen ja työaikaseurannan ohjeiden läpikäynti yksiköissä.
- Kerrattu osaamisen varmistamisen ja ylläpitämisen vastuita työntekijän ja työnantajan osalta, kehitetty koulutussuunnitelmaa ja perehdytystä.
- Kotihoidon asiakkaan sairaalasta kotiutumisen yhteystietojen ja ohjeiden päivittäminen yhteistyökumppaneille.
- Kotihoidon asiakkaan lisäkäynnin luominen ainoastaan Pegasos-tietojärjestelmän kautta.
- Lepovöiden inventointi ja käyttökoulutuksen hankkiminen, 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 1.4.–31.8.2025 arviolta yhteensä:

- 666–965 tuntia, joka on
- 18–26 työviikkoa

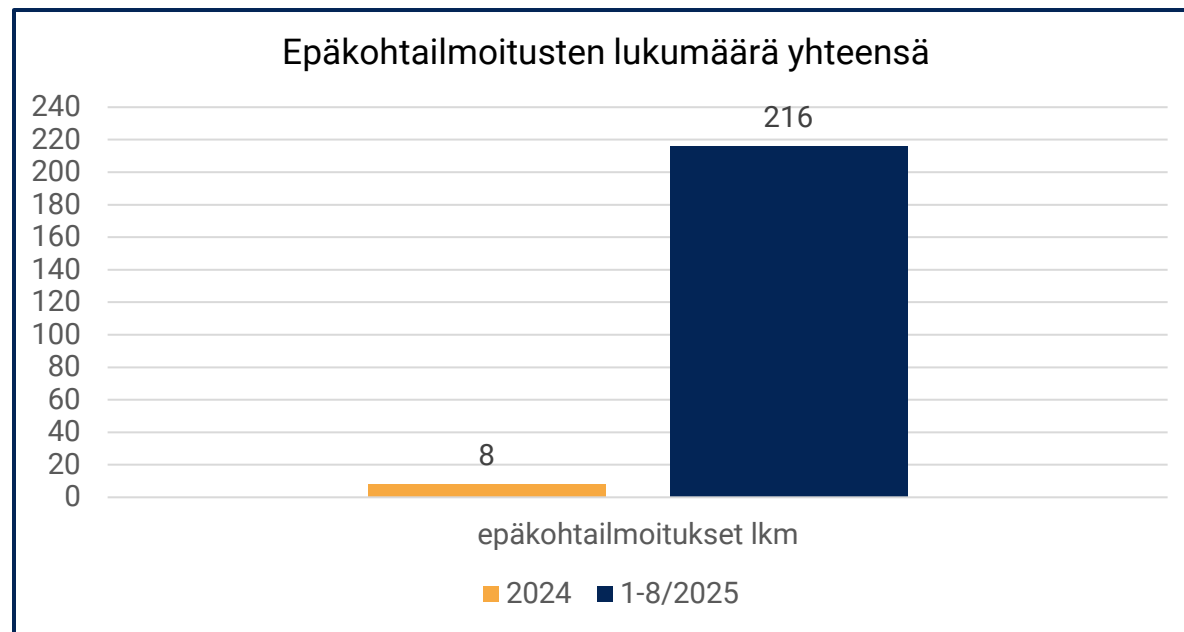


Kuva 6. Vaaratapahtuman välittömään hoitoon arviolta kulunut aika 1.4.–31.8.2025.

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. Ilmoituksia käsitellään, seurataan ja raportoidaan säännöllisesti ja niitä hyödynnetään yksiköiden toiminnan kehittämisessä.

Epäkohtailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmässä. Vuonna 2025 ilmoituksia tuli ajalla 1-8/2025 yhteensä 216 kpl. V. 2025 ilmoituksia tehtiin 8 kpl (Kuva 7). Ilmoitusmäärän kasvuun ovat vaikuttaneet tietoisuuden lisääntyminen ilmoitusvelvollisuudesta, uuden järjestelmän käyttöönotto sekä se, että henkilöstö ei aina tunnista epäkohtailmoituksen ja asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksen eroja.



Kuva 7. Epäkohtailmoitusten lukumäärät v. 2024- 1-8/2025.

Esimerkkejä toteutetuista kehittämistoimenpiteistä

- Lääkehoidon vastuita selkiytetty esim. henkilökohtaisten avustajien ja kotihoidon välillä sekä ikääntyneiden asumispalveluissa.
- 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.
- Käyty työnjohdollisia keskusteluita työpaikkakäyttäytymisestä

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 kehittämisessä ja laadun seurannassa
 - Kansallisessa vertailussa ja tutkimuksissa.
- Asiakas- ja potilasturvallisuuden arvioinnin edistäminen
 - RAI-arviointijärjestelmän käyttö on vakioitu koskemaan kaikkia ikääntyneille suunnattuja palveluja. Velvoite koskee myös yksityisiä palveluntuottajia ja heille tarjotaan mahdollisuus liittyä RAI-järjestelmään.
 - Henkilökuntaa perehdytetään ja koulutetaan säännöllisesti RAI-arviointijärjestelmien käyttöön ja arviointien tekemiseen sekä arviointiedon hyödyntämiseen asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelussa ja toteutumisen arvioinnissa.
 - Keusotessa määritellään vuosittain RAI-laatuindikaattorit ja niiden tavoitearvot. Toteutumista seurataan säännöllisesti yksikkö- ja palvelualueetasolla sekä verrataan 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

1-8/2025

Asiakaspalaute I Yhteenvedo asiakaskokemuksesta

Keusoten asiakaskokemus on parantunut.

Keusoteen on saapunut 39 221 asiakaspalautetta ajalla 1-8/2025. Nettosuositteluindeksi (NPS) on 62, 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. Tarkastelukauden parhaita tuloksia on tullut tiedon saatavuudesta 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 62
Tavoite = 60

39 221
Asiakaspalautetta

Suosittelijoiden prosenttiosuus

75 %

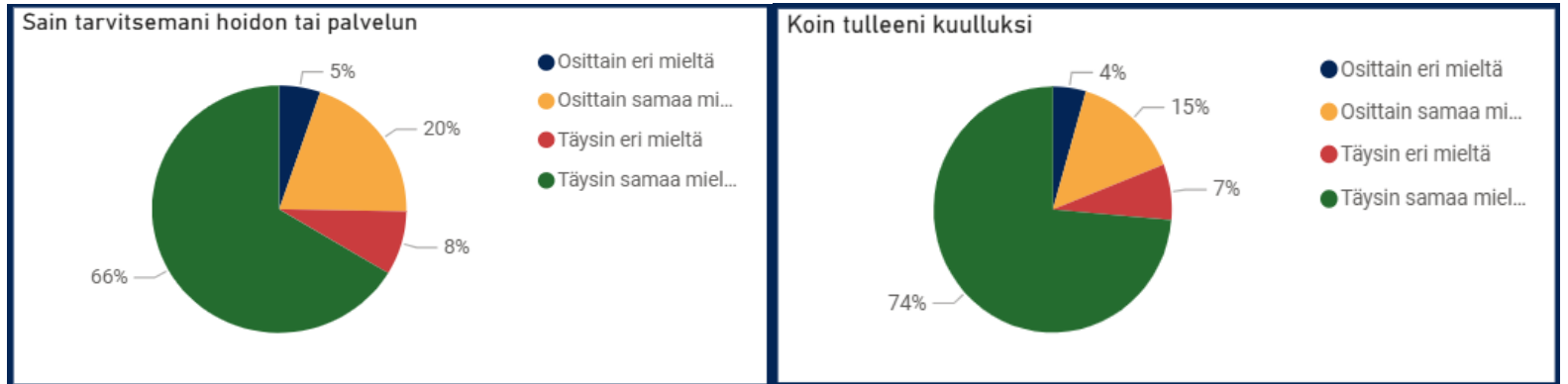
Passiivisten prosenttiosuus

11 %

Arvostelijoiden prosenttiosuus

13 %

Kuva 7: Asiakaspalautteiden määrä, NPS-arvo, tavoite ja jakauma 1-8/2025.



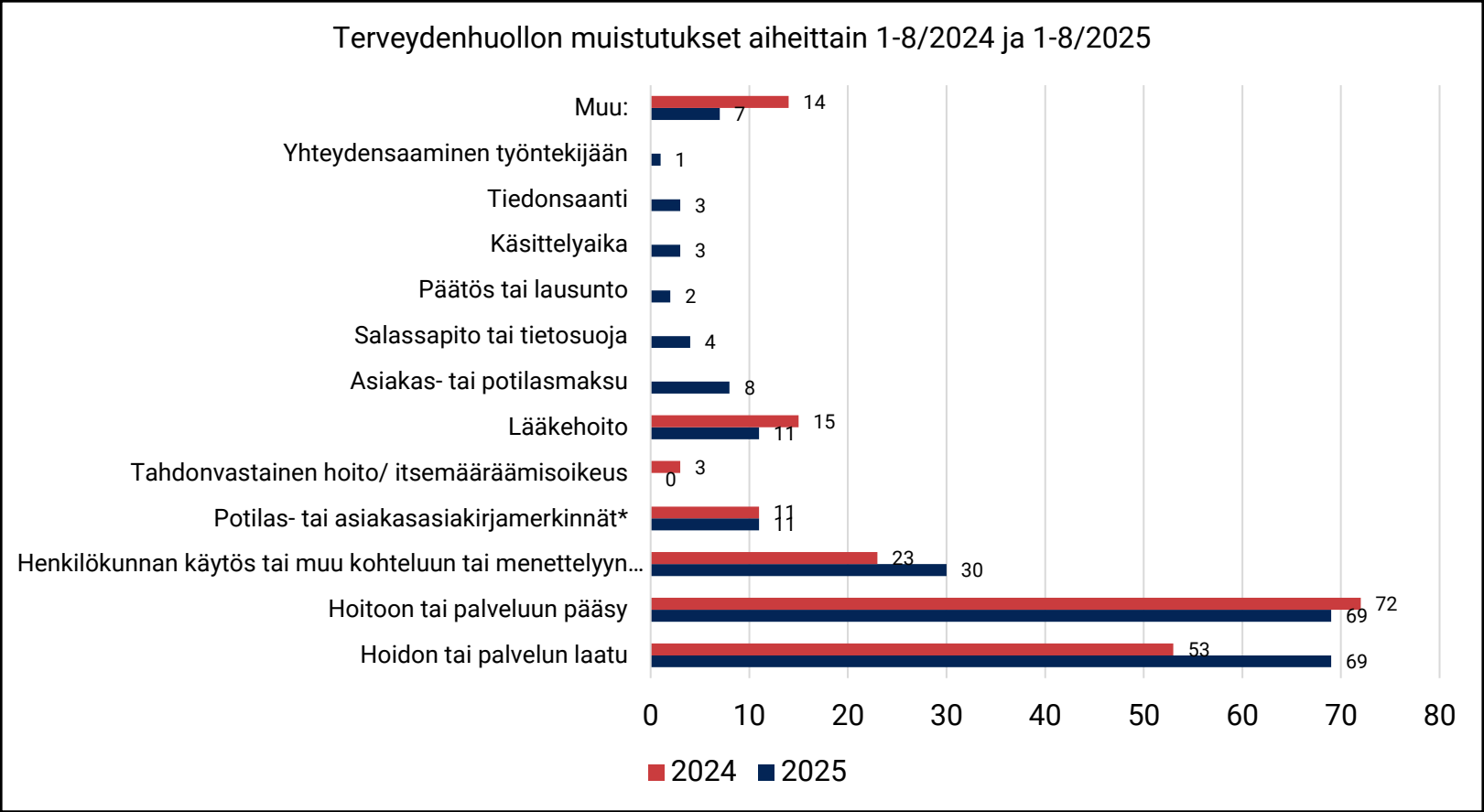
Kuva 8: Keusoten omat asiakaskokemusväittämät "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" ja "Koin tulleen kuulluksi" 1-8/2025.

Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset aiheittain

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

Ajalla 1-8/2025 terveydenhuollon muistutuksia saapui 218 kpl määrän hieman kasvaneen edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna (+27kpl).

Muistutusten aiheista suurin osa liittyi hoitoon pääsyyn (69kpl) joka oli 3kpl vähemmän ja hoidon laatuun (69kpl), joka oli puolestaan 16kpl enemmän kuin edellisenä vuotena. Käytökseen ja kohteluun liittyviä muistutuksia oli saapunut 30 kpl, joka on enemmän kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana (+7kpl). Lääkehoitoon liittyvät muistutukset ovat vähentyneet edelliseen vuoteen verrattuna (-4kpl) ja muut aiheet lisääntyneet (+7kpl).



X = aiheetta ei ollut vuonna 2024

Kaavio 6: Terveystenhuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2024 – 30.8.2024 ja 1.1.2025 – 30.8.2025

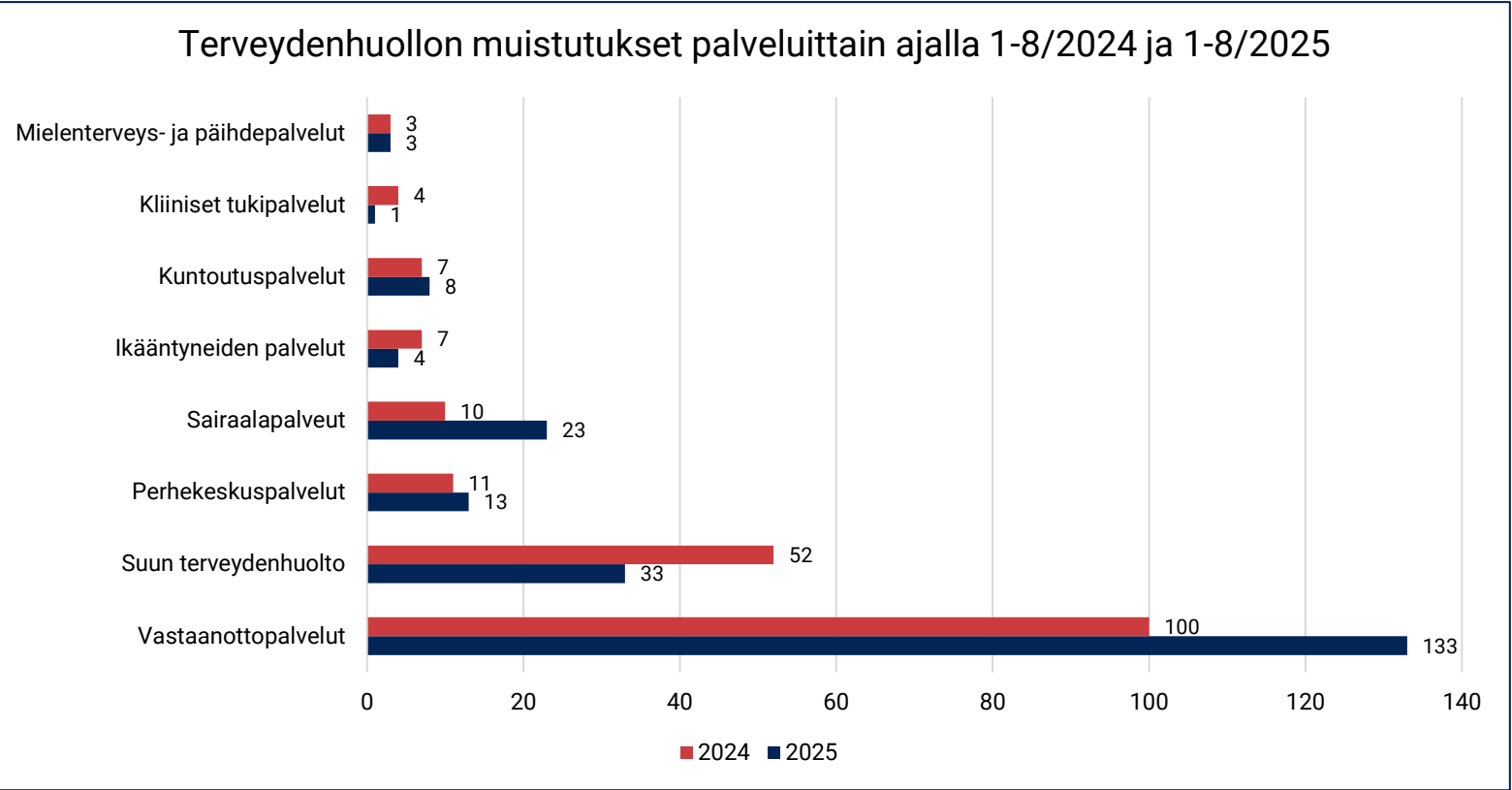
Vuosi	Hoidon laatu	Hoitoon pääsy	Käytös/kohtelu	*Potilas- tai asiakasasiakirjat (vuonna 2024 potilasasiakirjat tai tietosuojat)	Tahdonvastainen-hoito/itsemääräämisoikeus	Lääkehoito	Muu	Tiedon-saanti	Käsittely-aika	Päätös tai lausunto	Salassapit o tai tietosuojat	Yhteyden-saaminen työntekijään	Asiakas- tai potilasmaksu	Yhteensä
2025	69	69	30	11	0	11	7	3	3	2	4	1	8	218
2024	53	72	23	11	3	15	14	x	x	x	x	x	x	191

Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset palveluittain

Eniten muistutuksia kohdistui vastaanottopalveluihin (133kpl), suun terveydenhuoltoon (33kpl) ja sairaalapalveluihin (23kpl).

Vastaanottopalveluissa muistutusten määrä on kasvanut edellisen vuoden samaan ajankohtaan verrattuna (+33kpl). Samoin sairaalapalveluissa määrä on hieman kasvanut (+13kpl). Suun terveydenhuollossa määrä on puolestaan vähentynyt edelliseen vuoteen verrattuna (-19kpl).

Perhekeskuspalveluihin (13kpl) +2kpl)) ja kuntoutuspalveluihin (8kpl)+1kpl)) on saapunut muutama muistutus enemmän edelliseen vuoteen verrattuna. Ikääntyneiden palveluihin (4kpl)-3kpl)) ja klinisiin tukipalveluihin (1kpl)-3kpl)) on tullut vähemmän muistutuksia kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin on tullut kolme muistutusta (+/-0). (kaavio 7.)



Kaavio 7. Terveystenhuollon muistutukset tulosalueittain ajalla 1.1.2024 – 30.8.2024 ja 1.1.2025 – 30.8.2025

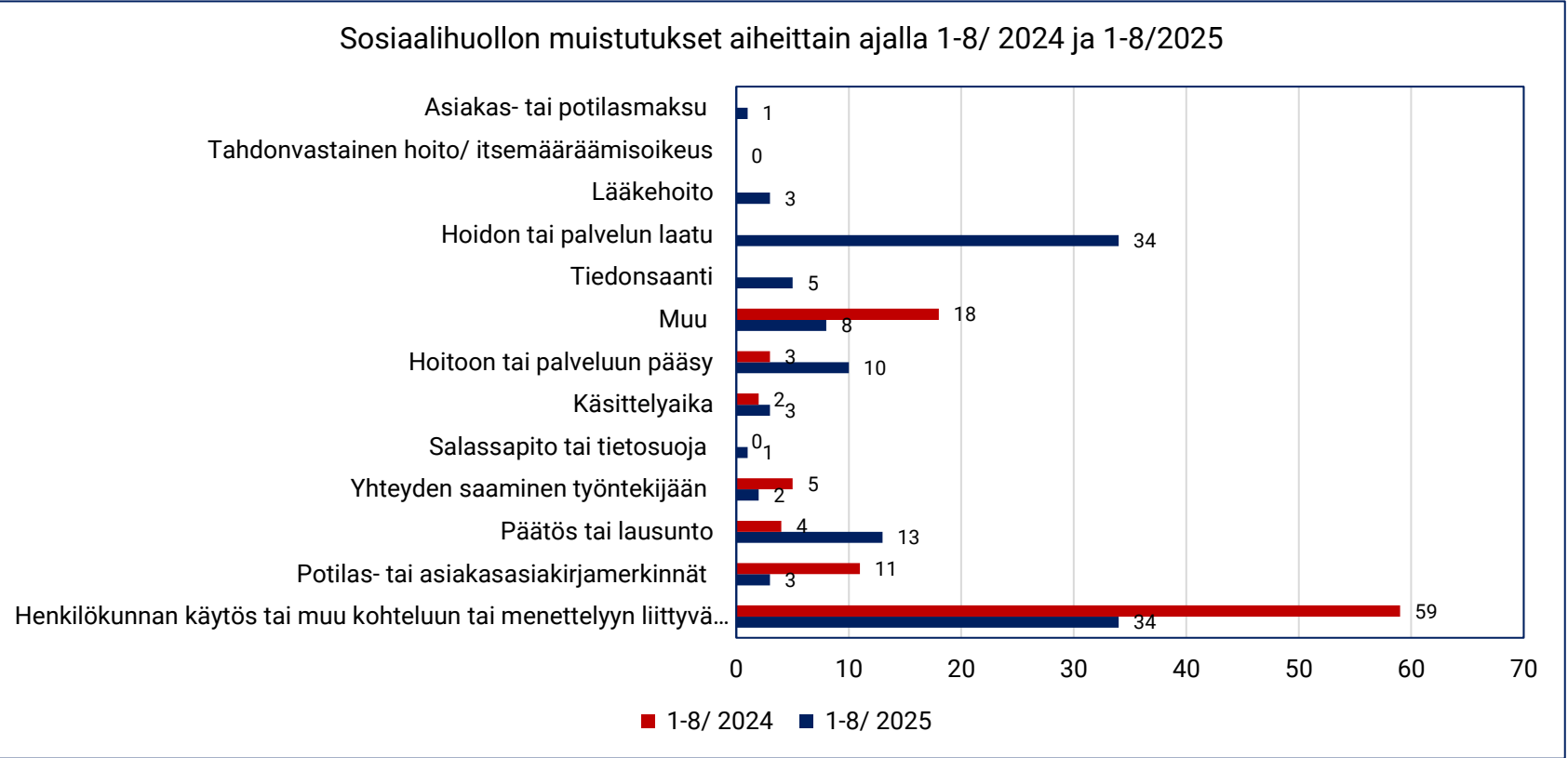
Vuosi	Vastaanotto palvelut	Suun terveydenhuolto	Perhekeskus palvelut	Sairaalapalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Kuntoutus palvelut	Kliiniset tukipalvelut	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhtensä
2025	133	33	13	23	4	8	1	3	218
2024	100	52	11	10	7	7	4	3	191

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 117 kpl, mikä on 15 muistutusta enemmän kuin edellisvuoden vastaavana ajankohtana. Näistä muistutuksista 34 kpl koski henkilökunnan käytöstä tai muuta kohteluun tai menettelyyn liittyvää asiaa. Määrä on vähentynyt jonkin verran vuoteen 2024 verrattuna (–25 kpl). Henkilökunnan käytökseen tai muuhun kohteluun tai menettelyyn liittyvistä muistutuksista 16 kpl koski lastensuojelua.

Myös yhteyden saamiseen (-3kpl) ja asiakasasiakirjamerkintöihin (-8 kpl) liittyvien muistutusten määrä on vähentynyt. Päätöksiin ja lausuntoihin (+9 kpl) sekä hoitoon tai palveluun pääsyyn (+7 kpl) liittyvät muistutukset ovat sen sijaan jonkin verran lisääntyneet. Hoidon ja palvelun laatuun liittyviä muistutuksia saapui 34 kappaletta. (ks. kaavio 8)



Kaavio 8. Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2024 – 31.8.2024 ja 1.1.2025 – 31.8.2025

Vuosi	Asiakas- tai potilasmaksu	Tahdonvastainen hoito/ itsemääräämisoikeus	Lääkehoito	Hoidon- tai palvelun laatu	Tiedonsaanti	Muu	Hoitoon tai palveluun pääsy	Käsittelyaika	Salassapito tai tietosuoja	Yhteyden saaminen työntekijään	Päätös tai lausunto	Potilas- tai asiakasasiakirja merkinnät	Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun tai menettelyyn liittyvä asia	Yhteensä
2025	1	0	3	34	5	8	10	3	1	2	13	3	34	117
2024	x	x	x	x	x	18	3	2	0	5	4	11	59	102

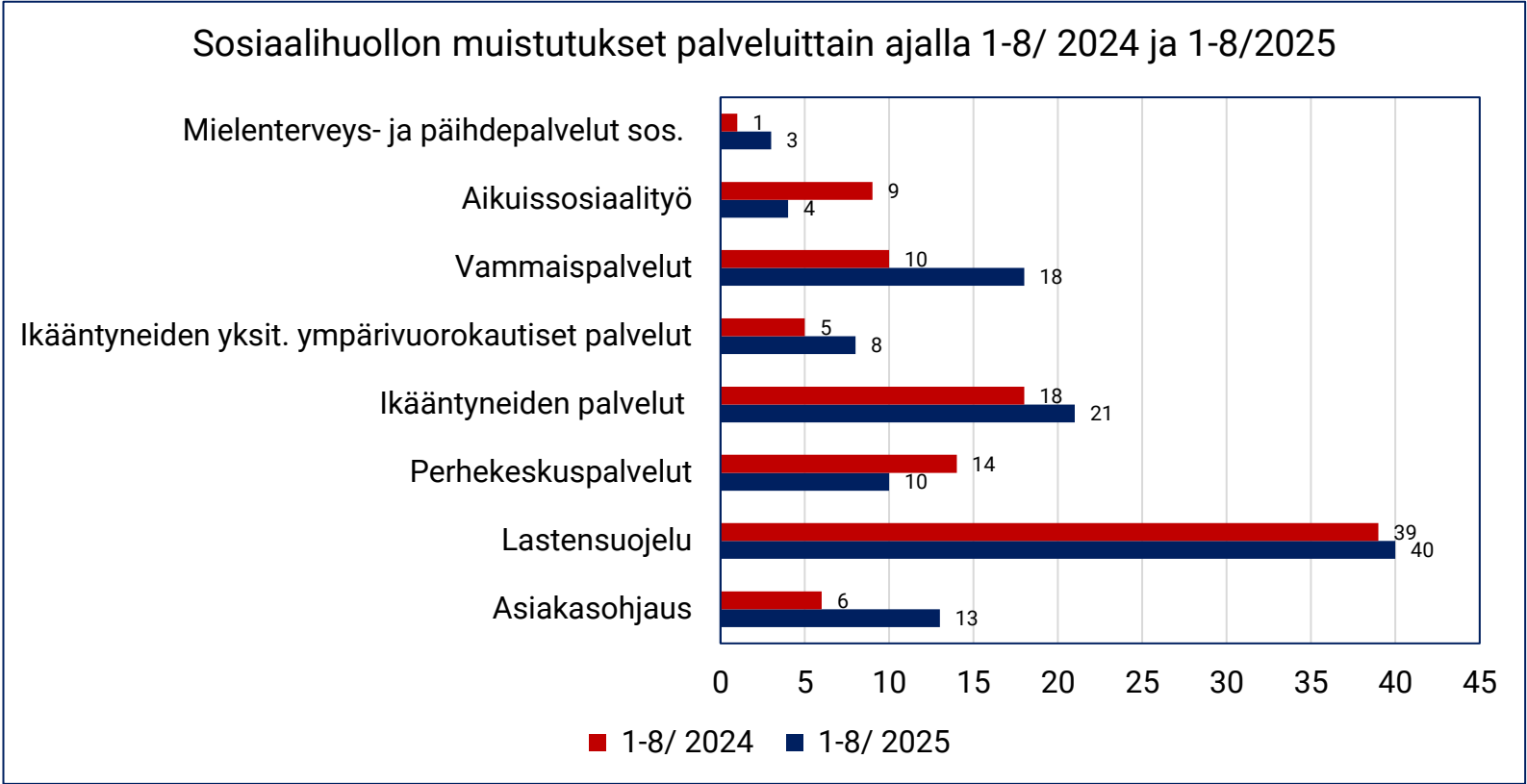
Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain

Aikuissosiaalityöhön ja perhekeskuspalveluihin kohdistuvia muistutuksia on hieman vähemmän viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna (-4 kpl).

Lastensuojeluun kohdistuvat muistutukset ovat pysyneet lähes samalla tasolla.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja liittyvät muistutukset ovat pysyneet edelleen hyvin vähäisinä (+ 2kpl).

Muistutuksia, jotka koskevat ikääntyneiden palveluita, ikääntyneiden yksityisiä ympärivuorokautisia palveluita (+3 kpl), asiakasohjausta ja vammaispalveluja (+8 kpl) , on vähän enemmän viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna.



Kaavio 9. Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain vuosina 2024-2025

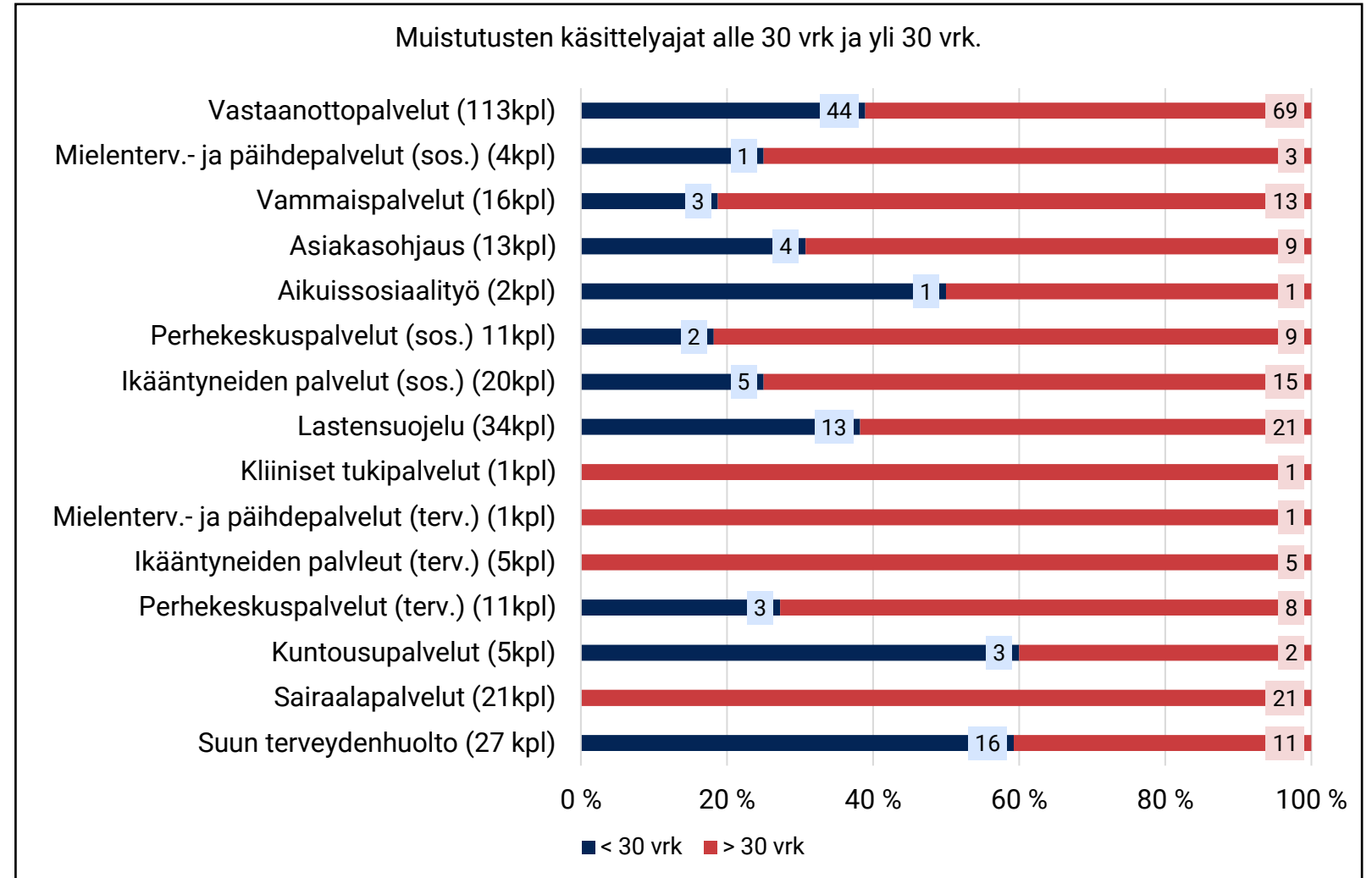
Vuosi	Asiakasohjaus	Lastensuojelu	Perhekeskuspalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Ikääntyneiden yksit. ympärivuorokautiset palvelut	Vammaispalvelut	Aikuissosiaalityö	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhteensä
2025	13	40	10	21	8	18	4	3	117
2024	6	39	14	18	5	10	9	1	102

Muistutukset I Muistutusten käsittelyajat

Kaikista muistutuksista 33% (95kpl) oli käsitelty tavoiteajassa eli alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa (tilanne 31.7.2025).

Vastaavana ajankohtana edellisenä vuonna muistutuksista tavoiteajassa oli käsitelty 36% (97kpl) eli 3% enemmän kuin kuluvana vuonna.

Kuntoutuspalvelut ovat käsitelleet 60% (3kpl), suun terveydenhuolto 59% (16kpl) ja aikuissosiaalityö 50% (1kpl) muistutuksista tavoiteajassa. Kliiniset tukipalvelut (1kpl), mielenterveys- ja päihdepalvelut (terv.) (1kpl) sekä ikääntyneiden palvelut (terv.) (5kpl) eivät ole käsitelleet yhtään muistutusta tavoiteajassa vaikka määrät ovat olleet hyvin pieniä. Muut tulosalueet olivat käsitelleet alle puolet muistutuksista tavoiteajassa. (kaavio 10).



Kaavio 10. Muistutusten käsittelyajat tulosalueittain

Kantelut ja potilasvahingot I Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteenveto

Terveydenhuollon kanteluita saapui AVI:sta kuusi, joka oli vähemmän kuin edellisenä vuonna (-7kpl) sekä Valviralta yksi ja Oikeusasiamieheltä yksi.

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

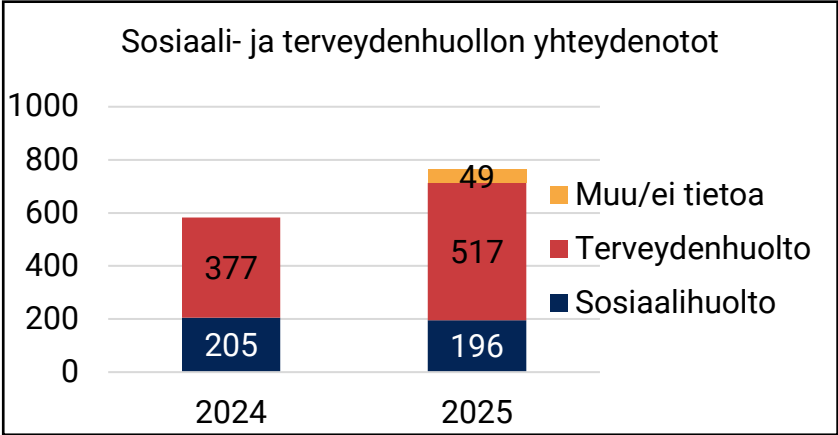
Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyyntöjä saapui 60 kpl, joka oli 17kpl enemmän kuin edellisenä vuonna.

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

Kantelut	1-8/2024 lkm	1-8/2025 lkm
Terveydenhuollon kantelut AVI	13	6
Terveydenhuollon kantelut Valvira	0	1
Terveydenhuollon kantelut Oikeusasiamies	2	1
Terveydenhuollon kantelut Oikeuskansleri	0	0
Sosiaalihuollon kantelut AVI	5	7
Sosiaalihuollon kantelut Valvira	0	1
Sosiaalihuollon kantelut Oikeusasiamies	1	2
Sosiaalihuollon kantelut Oikeuskansleri	0	0
Yhteensä	17	11

Potilasvahinkoilmoitukset	1-8/2024 lkm	1-8/2025 lkm
Potilasvahinkokeskuksen selvityspyynnöt	43	60
Korvattavat potilasvahingot	4	9
Ei korvattava potilasvahingot	22	32

Sosiaali- ja potilasasiavastaava | Yhteydenotot

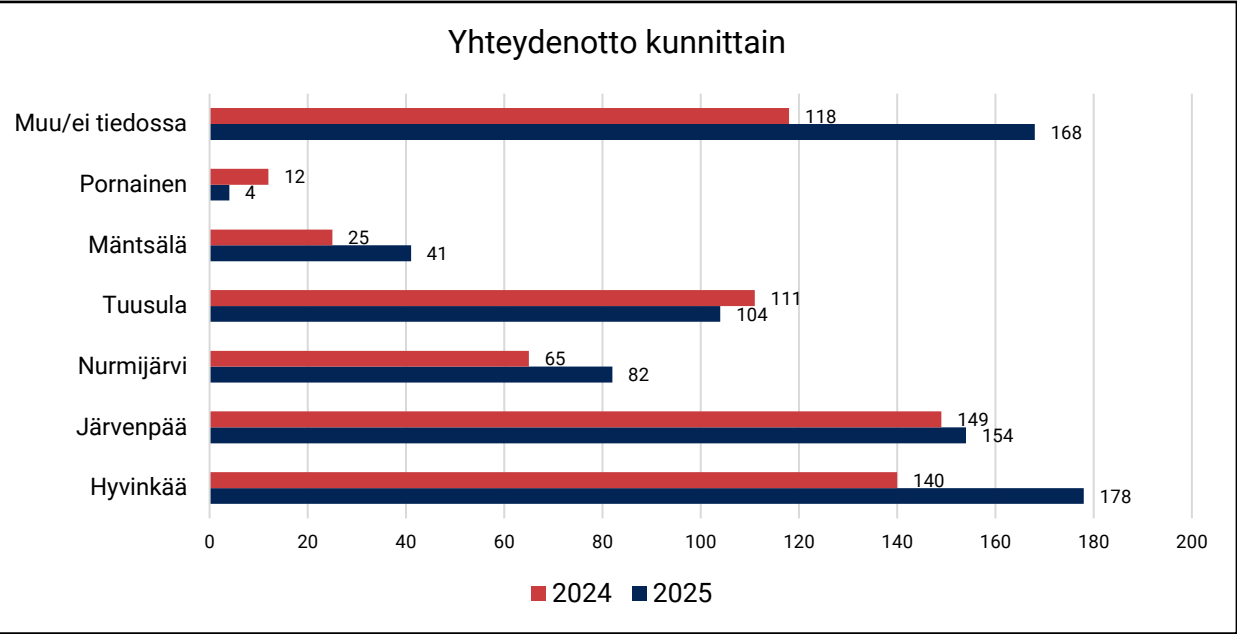


Kuva 20. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydenotot ajalla 1.1.2024 – 31.8.2024 ja 1.1.2025 – 31.8.2025

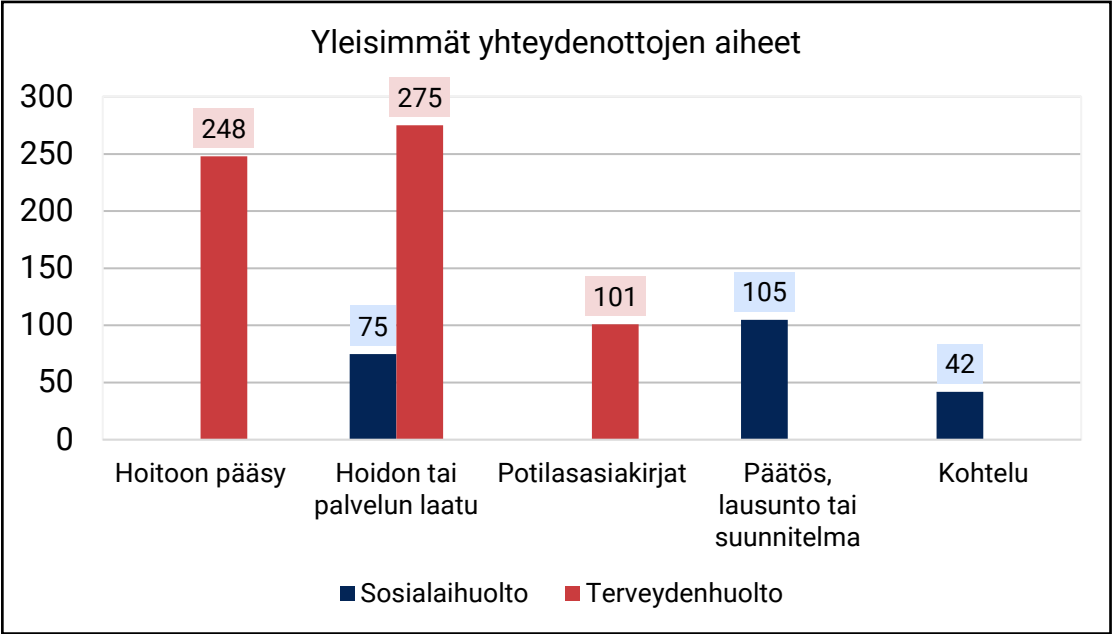
Sosiaali- ja potilasasiavastaava vastaanotti 762 yhteydenottoa, joka oli 180kpl enemmän kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana. Yhteydenotoista suurin osa koski terveydenhuoltoa (517kpl) ja pienempi osa sosiaalihuoltoa (196kpl). Kuva 20.

Eniten yhteydenotoista koski Hyvinkään (178kpl) ja Järvenpään (154kpl) palveluja kuten edellisenkin vuoden vastaavana ajankohtana. Nurmijärven (82kpl (+17)) ja Mäntsälän (41kpl (+16)) palveluja koskevat yhteydenotot ovat lisääntyneet edelliseen vuoteen verrattuna. Tuusulaa (104kpl (-7)) ja Pornaista (4kpl (-8)) koskevia yhteydenottoja on vähemmän edelliseen vuoteen verrattuna. Kuva 21.

Yleisimpiä yhteydenottojen syitä ovat hoidon tai palvelun laatu (sos. 75kpl, terv. 275kpl) hoitoon pääsy (terv. 248), kohtelu (sos. 42kpl), potilasasiakirjat (terv. 101kpl) ja päätös, lausunto tai suunnitelma (sos. 105 kpl). Kuva 22.



Kuva 21. Yhteydenotot kunnittain ajalla 1.1.2024 – 31.8.2024 ja 1.1.2025 – 31.8.2025



Kuva 22. Yleisimmät yhteydenottojen syyt ajalla 1.1.2025 – 31.8.2025

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.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaavan huomion mukaan sosiaalihuollossa yhteydenotot ovat edelleen kohdistuneet erityisesti tehtyihin päätöksiin. Tämä viittaa siihen, että asiakkaat kokevat epävarmuutta palvelujen saatavuudessa ja kokevat tarpeen ymmärtää päätösten perusteita paremmin. Useat asiakkaat ovat pyytäneet lisätietoa oikaisuvaatimuksen tekemisestä, mikä korostaa tarvetta selkeään ja saavutettavaan viestintään päätöksenteon perusteista ja muutoksenhakuoikeudesta. Palveluprosessien sujuvuuteen, päätöksenteon läpinäkyvyyteen ja asiakasviestintään olisi hyvä kiinnittää erityistä huomiota.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaava kiinnitti huomiota siihen, että muistutusten käsittelyajoissa ei ole päästy tavoitteeseen. Osa palvelualueista ei ole pystynyt käsittelemään yhtään muistutusta tavoiteajassa vaikka määrät olivat vielä suhteellisen pieniä.
- ✓ Myös muistutusvastauksissa esiintyy edelleen puutteita. Vastauksissa ei käytetä Keusoten pohjaa, päivämäärä puuttuu, eikä vastaanottajan osoitetta tai diaarinumeroa aina merkitä. Näihin tulee jatkossa kiinnittää huomiota, jotta vastaukset ovat muodollisesti ja sisällöllisesti asianmukaisia.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaava haluaa kiinnittää huomiota myös siihen, että Keusoten ohjetta *"Etätapaamisen ja etävastaanottojen sisäinen ohje"* ([ARTER@ IMS | keusote](#)) tulisi noudattaa tarkasti. Ohje edellyttää, että potilasta informoidaan maksullisuudesta, puhelun ajankohta sovitaan potilaalle sopivaksi ja potilaalle annetaan mahdollisuus keskittyä puheluun rauhassa. Näiden vaatimusten toteutuminen tulisi varmistaa myös jatkossa.

Laatutavoitteet ja mittarit

1-8/2025 yhteenveto

Laatutavoitteet ja mittarit | Laatutavoitteet 2023-2025



Asiakaskokemus

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

Asiakas

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

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



Henkilöstö

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



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

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



Valvonta ja omaavoluntöörin

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

Laatutavoitteiden toteutumista seurataan säännöllisesti johtoryhmässä, johtotiimeissä ja päivittäisjohtamisen tauluilla.

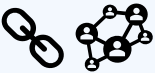
Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakaskokemus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakaskokemus			
NPS	Keski-Uudenmaan Hyvinvointialueen kumulatiivinen asiakaskokemus	> 80	Ks. Dia 33.
Asiakaskokemuksen väittämät - Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun - Koin tulleen kuulluksi		> 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	Ks. Dia 33.
Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 5 arkipäivää	Ks. Dia 33.
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 38.
Muistutukset (lkm) aiheittain -Hoidon laatu, hoitoon pääsy, käytös/kohtelu	Muistutusten aiheiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omaavoluntöä – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	Ks. Diat 34-37
Kantelut (lkm)	Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omaavoluntöä – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	Ks. Dia 39.

Laatutavoitteet ja mittarit I Henkilöstö

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö			
QWL-indeksi	Työelämän laatu	> 55	Raportoitu 1-8/2025 raportissa: 55
Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön		75 %	Raportoitu 1-8/2025 raportissa: 67%
Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusta edellytetään kaikilta ja on osa henkilöstön osaamisvaatimuksia.	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Kyllä/ei	Kyllä
Turvallisuussuunnitelmat kuuluvat osaksi henkilöstön perehdytystä	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Kyllä/ei	Kyllä
NSS (Net Safety Score)	Kansallinen henkilöstön turvallisuusindeksi Henkilöstön oma kokemus Keusoten turvallisuudesta arviointiasteikolla 1-5. "Minulla olisi turvallinen olo, jos olisin yksikössäni asiakkaana tai potilaana".	Käyttöönotto syksyllä 2023 ja lähtötilatieto +53 2024: 55 % kokee olonsa turvalliseksi 2026: 60 % kokee olonsa turvalliseksi	Raportoitu 1-8/2025 raportissa: 74%

Laatutavoitteet ja mittarit I Prosessit ja saatavuus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Prosessit ja saatavuus			
Asiakaslähtöiset palveluketjut (ydinprosessit) on segmentoitu ja asiakasprosessit kuvattu.		4 palveluketjua 16 segmentoitua asiakasprosessia	Ks. Dia 8.
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 18-19.
Lakisääteiset määräajat	Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat ja toteutumista seurataan Laapo-suunnitelman luvun 4.4 mukaisesti	100 %	Ks. Dia 6.

Laatutavoitteet ja mittarit I Valvonta ja omavalvonta

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Valvonta ja omavalvonta			
Omavalvontasuunnitelmat on laadittu ja julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla.	Sosiaali- ja terveystalvelujen laatua, turvallisuutta ja riskien ennaltaehkääsyä toteutetaan kaikissa palveluyksiköissä omavalvontasuunnitelman mukaisella omavalvonnalla.	100 %	Laadittu ja julkaistu 99% (73/74) Päivitetty vuodelle 2025 58% (43/74)
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 %	Hyvinvointialueitasoinen lääkehoitosuunnitelma voimassa. Vuoden 2025 yhteisiä ohjaavia suunnitelmia hyväksytty 9/13 kpl = valmistumisprosentti 69 . Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmia hyväksytty 29/87 kpl = valmistumisprosentti 33 . (Määräaika suunnitelmien valmistumiselle ollut 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 syys-lokakuussa.
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	345 henkilöä (v. 2024 449 hlöä) on suorittanut koulutussuunnitelman mukaiset koulutukset.

Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus 1

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee. Kyllä/ei	Ks. Dia 39.
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 24.
Lääke- ja nestehoitoon , verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 19 %	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy	Ks. Dia 25.
Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 4 %	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy	Ks. Dia 26.
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 23 %	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy	Ks. Dia 27.

Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus 2

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Vakavien vaaratapahtumien lkm, %-osuus kaikista vaaratapahtumista	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) 1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Vakavien vaaratapahtumien osuus v. 2021 oli 0,73 %	< 1 %	Ks. Dia 28
Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireagointiaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk	< 2 kk	10,2 vrk (reagointiaika) 14,2 vrk (käsittelyaika)
Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 14 vrk	Tietoa ei saatavilla.
RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä	RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä. Keusoten alueen yli 75-vuotiaat 17 823 (31.12.2022).	RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä nousee, kyllä/ei	Ks. Dia 31

Laatutavoitteet ja mittarit I Kokonaisturvallisuus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus			
Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaltuutetulle tehdään 72h sisällä		< 72 h	93 %
Julk.lain mukaiset tietopyynnot käsitellään määräajassa	JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 vk	31 %
GDPR:n mukaiset tietopyynnot käsitellään määräajassa	GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 1 kk	21 %
Lokitietopyynnot (lkm) käsitellään määräajassa	Lokipyynnot – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 kk	92 %
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 3 kpl ja poistumisturvallisuusselvityksiä 0 kpl
Turvallisuuskävelyt ja talokokoukset	Turvallisuuskävelyitä ja talokokouksia toteutetaan säännöllisesti		Turvallisuuskävelyitä 44 kpl Talokokouksia 32 kpl

**Hyvinvointia
yhdessä**

KEUSOTE.FI