



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Omavalvontaohjelman seurantaraportti 1-8/2024

Käsitelty johtoryhmässä 1.10.2024 ja aluehallituksessa x.10.2024

KEUSOTE.FI

Omavalvontaohjelman raportointi

Raportin tausta

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

Raportin sisältö

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

Keskeiset käsitteet

Omavalvonta

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

Omavalvontaohjelma

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

Työelämän laatu

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

Saatavuus

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

Jatkuvuus

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

Turvallisuus ja laatu

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

Vaikuttavuus

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

Yhdenvertaisuus

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

Asiakaskokemus ja osallisuus

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

Omavalvonta

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

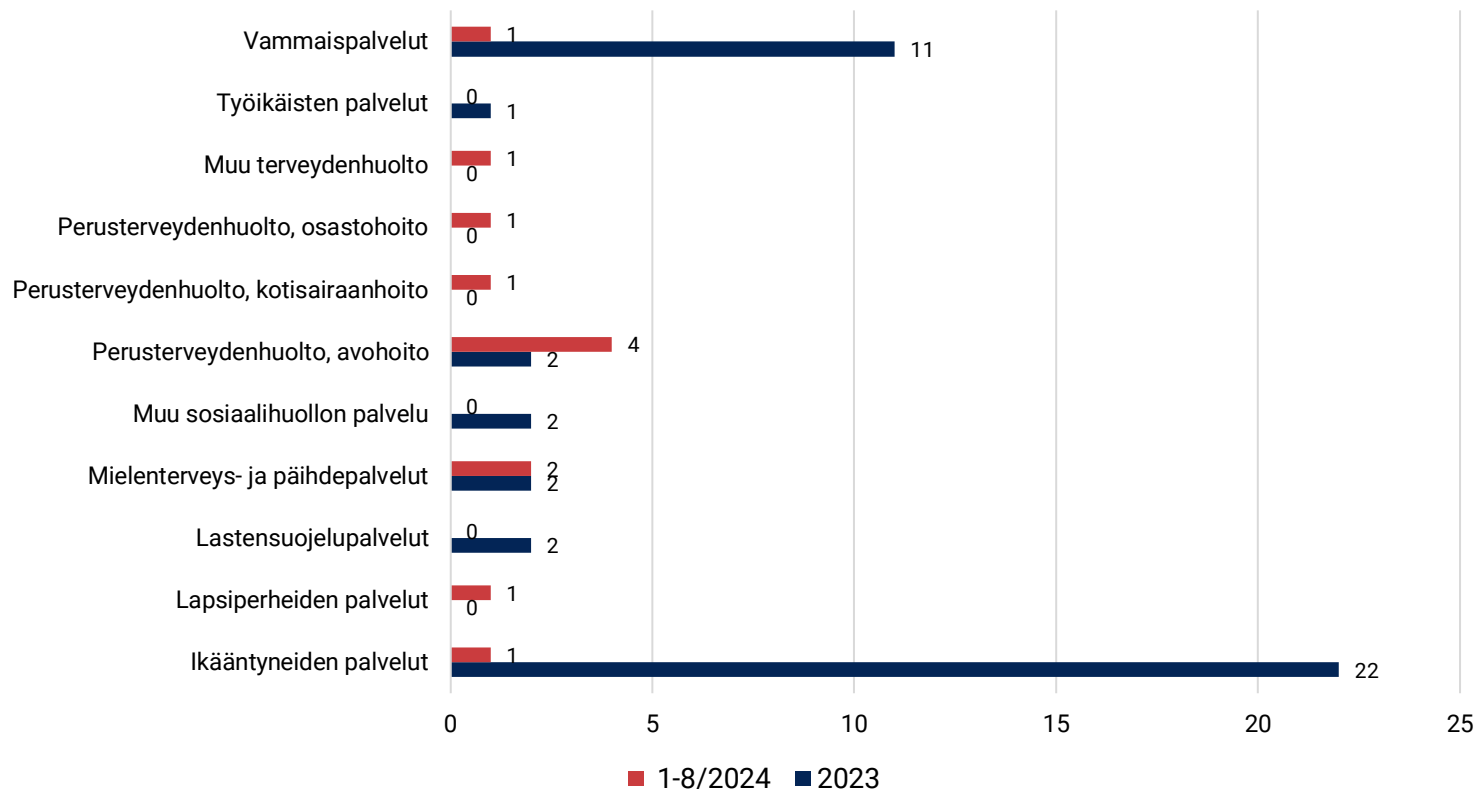
Rajattujen lääkevarastojen valvonta



- Sosiaalihuollon palveluasumisyksiköiden rajattujen lääkevarastojen tarkastuskäynnit lääkeasetuksen 31 c§:n mukaisesti on käynnistetty elokuussa 2024. Ensimmäinen tarkastuskäynti on toteutettu 27.8.2024.
- Rajattujen lääkevarastojen valvontakäynnit toteutetaan syksyn aikana suunnitelman mukaan ajalla 27.8.-19.11.2024.
- Havainnot ja mahdolliset epäkohdat sekä puutteet raportoidaan omavalvontaohjelman vuosiraportoinnin yhteydessä.

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat

Suunnitelmallisten ohjaus- ja valvontatapahtumien toteutuminen
2023 – 8/2024, Keusoten omat palvelut



Kuva 1. Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat Keusoten omiin sosiaali- ja terveystapahtumiin.

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

Vuosi 2023, Yhteensä: 42 kpl

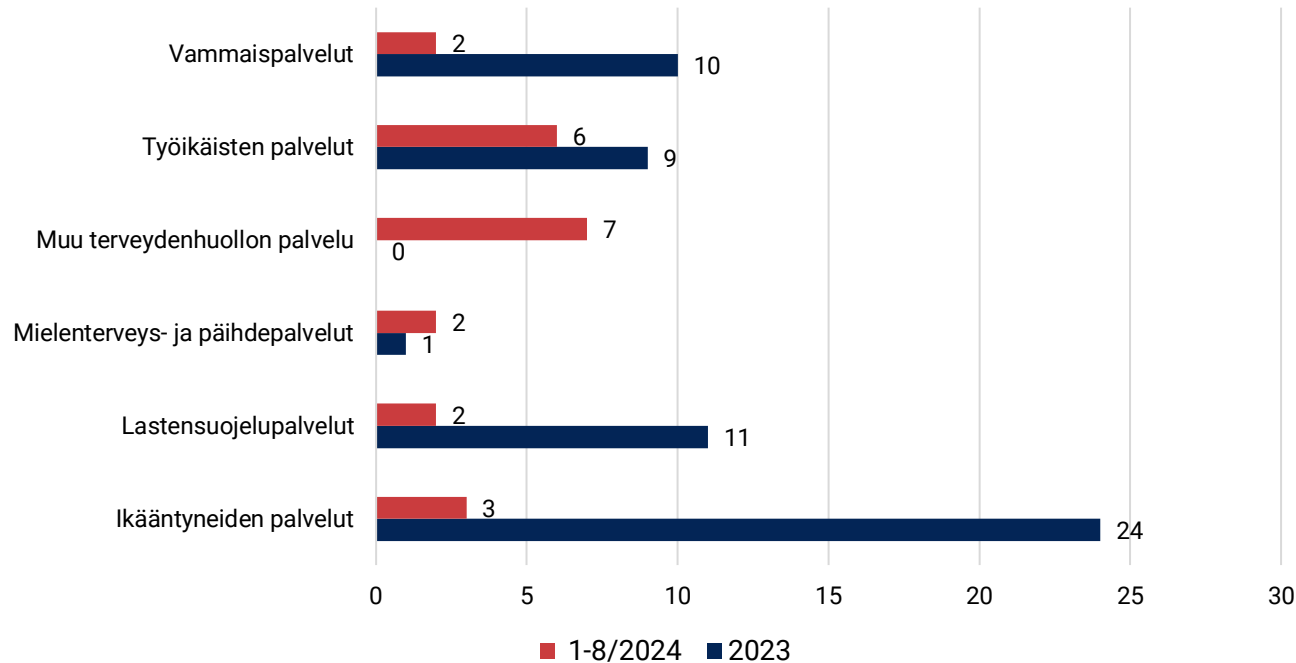
- Ikäntyneiden palvelut: 22 kpl
- Lapsiperheiden palvelut: 0 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 2 kpl
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 2 kpl
- Muu sosiaalihuollon palvelu: 2 kpl
- Perusterveydenhuolto, avohoito: 2 kpl
- Perusterveydenhuolto, kotisairaanhoido: 0 kpl
- Perusterveydenhuolto, osastohoito: 0 kpl
- Työikäisten palvelut: 1 kpl
- Vammaispalvelut: 11 kpl

Tammi-elokuu 2024, Yhteensä: 12 kpl

- Ikäntyneiden palvelut: 1 kpl
- Lapsiperheiden palvelut: 1 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 0 kpl
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 2 kpl
- Muu sosiaalihuollon palvelu: 0 kpl
- Perusterveydenhuolto, avohoito: 4 kpl
- Perusterveydenhuolto, kotisairaanhoido: 1 kpl
- Perusterveydenhuolto, osastohoito: 1 kpl
- Muu terveydenhuolto: 1 kpl
- Työikäisten palvelut: 0 kpl
- Vammaispalvelut: 1 kpl

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat

Suunnitelmallisten ohjaus- ja valvontatapahtumien toteutuminen 2023 - 1-8/2024, yksityiset palvelut



Suunnitelmallisten ohjaus- ja valvontatapahtumien toteutuminen yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin vuonna 2023 – elokuu 2024 (Kuva 2.)

Vuosi 2023:

Yhteensä: 55 kpl

- Ikäntyneiden palvelut: 24 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 11 kpl
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 1 kpl
- Muu terveydenhuollon palvelu: 0 kpl
- Työikäisten palvelut: 9 kpl
- Vammaispalvelut: 10 kpl

Tammi-elokuu 2024:

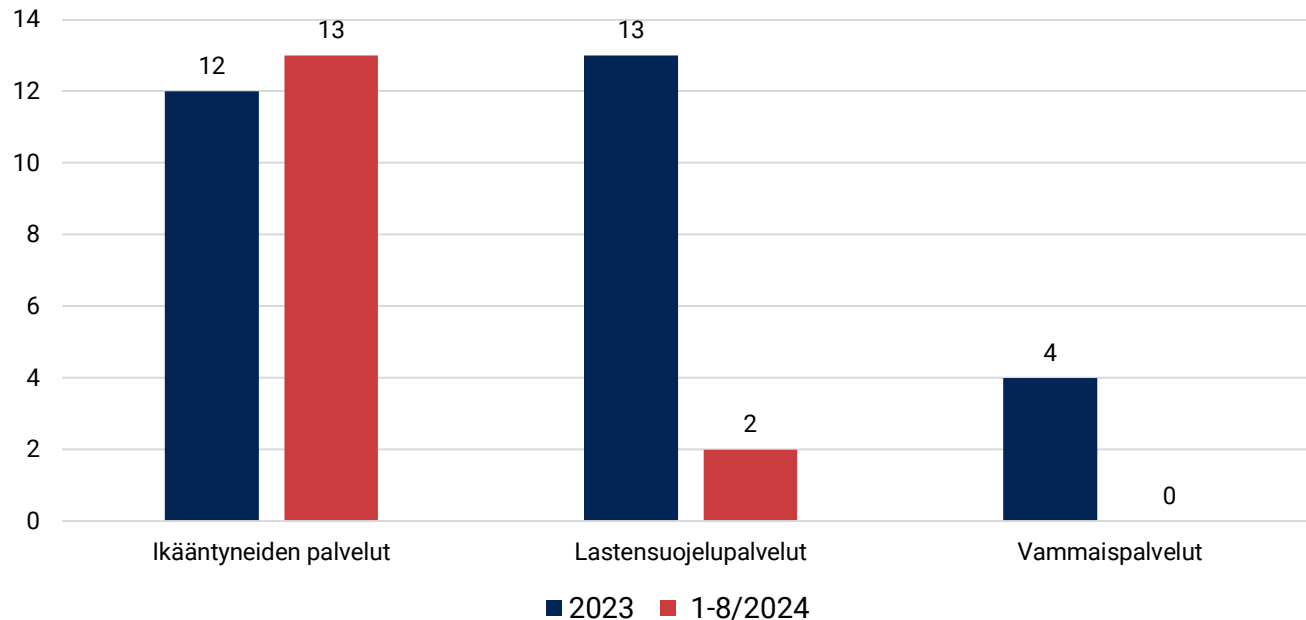
Yhteensä: 20 kpl

- Ikäntyneiden palvelut: 3 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 2 kpl
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 2 kpl
- Muu terveydenhuollon palvelu: 7 kpl
- Työikäisten palvelut: 6 kpl
- Vammaispalvelut: 2 kpl

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

Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat

Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelutuottajien yksiköihin 2023 – 1-8/2024.



Reaktiivisten ja jatkovalvonnan tapahtumien toteutuminen yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelutuottajien yksiköihin vuonna 2023 – elokuu 2024 (kuva 3.).

Vuosi 2023:

Yhteensä: 29 kpl

- Ikäntyneiden palvelut: 12 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 13 kpl
- Vammaispalvelut: 4 kpl

Tammi-elokuu 2024:

Yhteensä: 15 kpl

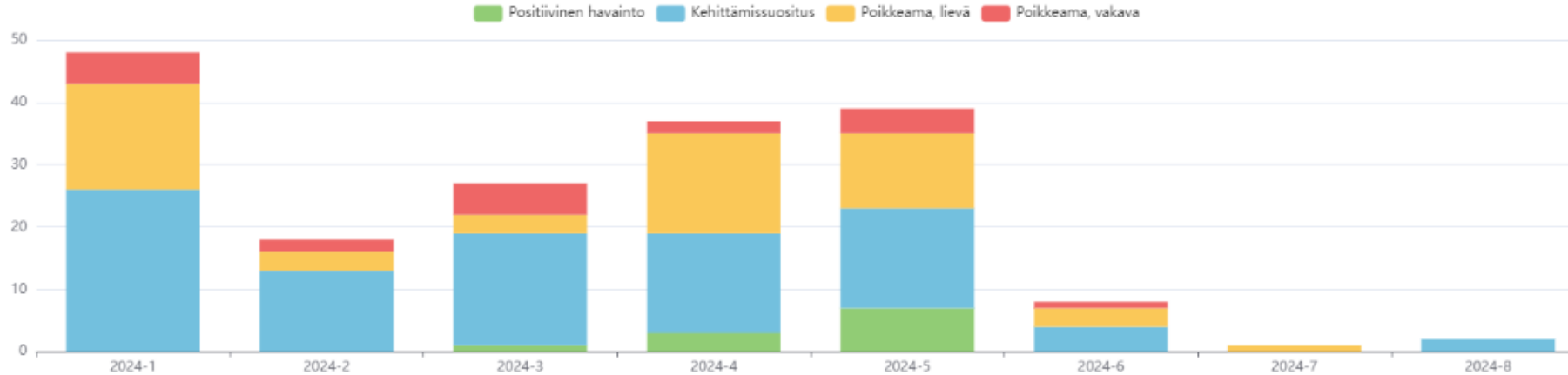
- Ikäntyneiden palvelut: 13 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 2 kpl
- Vammaispalvelut: 0 kpl

Kuva 3. Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelutuottajien yksiköihin.

Valvonnan havainnot

Valvontahavaintoja tehtiin ajalla 1.1.-31.8.2024 yhteensä 180 kpl, vuonna 2023 245 kpl.

Havaintotyytit



Kuva 4: Valvontahavaintojen havaintotyytit

Vakavia poikkeamia yhteensä 20 kpl, Lieviä poikkeamia yhteensä 54 kpl

- Yleisimmin vakavat poikkeamat koskivat viiveitä hoitoon ja palveluun pääsyssä ja muistutusten käsittelyssä taikka puutteita lääkehoitosuunnitelmassa sekä lääkehoidon lupa- ja osaamisen varmistamiskäytännöissä
- Yleisimmin lievät poikkeamat koskivat omavalvontasuunnitelman esillä oloa yksikössä. Lievissä poikkeamissa korostui myös, se ettei yksiköissä tunnettu valvontalain (741/2023) mukaista velvollisuutta epäkohtailmoittamiseen liittyen.

Kehittämissuosituksia yhteensä 95 kpl

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

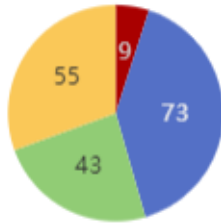
Positiivisia havaintoja yhteensä 9 kpl

- Yleisimmin positiiviset havainnot koskivat asiakaspalautteen aktiivista keräämistä, palautteen hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä sekä omavalvontasuunnitelman ja sen toteutumisen seurantaraportin konkreettisuutta (esim. asiakkaiden asianmukaisen kohtaamisen varmistaminen seuraamalla kohtamistilanteita säännöllisesti osana omavalvontaa).

Valvonnan havainnot ja toimenpiteet lukuina



Käsittelytila



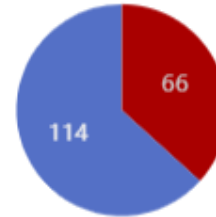
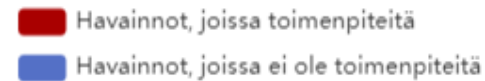
Kuva 5: Palveluyksiköiden käsittelemien valvontahavaintojen käsittelytila (kpl).

- Havaintoja on käsitelty yhteensä 98 kpl
 - Valmiita (palveluntuottaja käsitellyt): 43 kpl
 - Suljettu (valvoja hyväksynyt käsittelyn): 55 kpl
- Avattu (käsittelyssä olevia havaintoja): 73 kpl
- Muokattavana (ei vielä käsittelyssä): 9 kpl

Toimenpiteet



Toimenpiteitä yhteensä

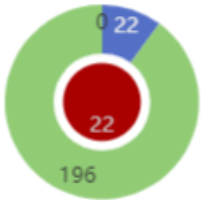


Kuva 6: Palveluyksiköiden tekemät korjaavat toimenpiteet (kpl)

Korjaavia toimenpiteitä yhteensä 240 kpl, (203 kpl v. 2023)

- Valvontahavainnot, joissa
 - on toimenpiteitä 66 kpl
 - ei ole toimenpiteitä 114 kpl.

Toimenpiteiden tila



Kuva 7: Palveluyksiköiden tekemien toimenpiteiden tila (kpl)

- Kesken 22 kpl
- Valmis 196 kpl
- Yliajalla 0 kpl
- Ei aloitettu 22 kpl

Valvonnan havainnot ja toimenpiteet



Keskeisimmät positiiviset havainnot

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

Keskeisimmät kehittämissuosituksiset ja poikkeamat

- Valvontalain (741/2023) 29 §:n mukaisen henkilökunnan ilmoitusvelvollisuuden ja organisaation/palveluyksikön menettelytapojen tunteminen puutteellista.
- Palvelujen saatavuus ei toteudu lainsäädännön mukaisesti ja oikea-aikaisesti useissa eri palveluissa (lastensuojelu, työikäisten asiakasohjaus, ikääntyneiden asiakasohjaus, vastaanottopalvelujen välitön yhteydenaanti, kiireettömään hoitoon pääsy ja hoitoon pääsyn ajankohdan ilmoittaminen).
- Lääkehoidon lupa- ja osaamisen varmistamiskäytännöt eivät toteudu organisaatiotason lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.
- Henkilöstön määrän riittävyys: sijaisten käyttö ja saatavuus poissaolotilanteissa.
- Muistutuksiin vastaaminen ei kaikilta osin toteudu lain mukaisessa kohtuullisessa määräajassa.
- Tietojärjestelmissä toistuvia toimintahäiriöitä.
- Omavalvontasuunnitelma ei ole ollut julkisesti nähtävänä yksikössä
- Omavalvontasuunnitelman laatimisprosessin ja sisällön kehittämistarpeet

Keskeisimmät toteutetut korjaavat toimenpiteet

- Laatu- ja valvontapalvelut ovat käyneet asiaa läpi Keusoten omien yksiköiden esihenkilöiden kanssa huhtikuun esihenkilöaamussa. Esihenkilöt ovat käyneet henkilökunnan kanssa läpi ilmoitusvelvollisuutta koskevia asioita ja organisaation/yksikön menettelyohjeet.
- Palvelutuotanto on tehnyt rakenteellisia muutoksia ja palvelupolkujen kehittämistä sekä lisännyt uusia vakansseja ja myöntänyt palvelusetelipalvelua palvelun saatavuuden parantamiseksi. Yhteydenottojonojen purkamiseen on tehty suunnitelmia. Korjaavat toimenpiteet kesken.
- Valvontaa tekevät ovat ohjanneet varmistamaan käytännöt Keusoten farmasian asiantuntijapalveluilta. Korjaavat toimenpiteet kesken.
- Valvontaa tekevät ovat edellyttäneet, että palveluntuottajalla tulee olla riittävästi toiminnan edellyttämää henkilöstöä. Korjaavat toimenpiteet kesken.
- Valvontaa tekevät ovat edellyttäneet yksiköitä huolehtimaan muistutusten käsittelystä lain mukaisessa ajassa. Korjaavat toimenpiteet kesken.
- Palveluyksiköt ovat ilmoittaneet ongelmista välittömästi sovellus-/tekniseen tukeen.
- Yksiköt ovat jo valvontakäynnin aikana laittaneet omavalvontasuunnitelman julkisesti esille yksikössä
- Yksiköt ovat kehittäneet laatimisprosessia huomioimalla henkilöstön osallistumisen suunnitelman laadintaan. Omavalvontasuunnitelmaa päivittäessään yksiköt ovat huomioineet valvontakäynnillä esiin tulleet kehittämistarpeet sisältöön.

SHQS itsearviointien toteuma ja havainnot

SHQS-itsearviointien tilannekuva 2024

Arviointiteema (sisältää useita arvioitavia kriteereitä)	Keskiarvo*
1. Strateginen ohjaus	3,14
2. Johtamisjärjestelmä	3,45
3. Tietojohtaminen	3,25
4. Ennakoiva laadunhallinta	3,12
5. Organisaation turvallisuus	3,18
6. Voimavarojen hallinta	3,28
7. Prosessien hallinta	3,28

*SHQS-itsearviointien arviointiasteikko

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

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

Itsearviointeja tehtiin 1-8/2024 yhteensä 42 kpl (2023 59 kpl)

Kehittämistoimenpiteiden tilanne

- Kesken: 320 kpl
- Valmis: 96 kpl
- Myöhässä: 4 kpl

Kehittämistoimenpiteitä yhteensä: 420 kpl

SHQS-itsearviointien kehittämistoimenpiteet liittyivät yleisimmin:

1. Tiedolla johtamiseen: keskeisten tietolähteiden määrittelyyn, tietotarpeiden tunnistamiseen sekä ajantasaiseen tietoon perustuvaa päätöksentekoon (18 kpl)
2. Keskeisten prosessien määrittelyyn (17 kpl) ja yhdenmukaiseen kuvaamiseen (13 kpl)
3. Henkilöstön perehdytyksen toimintamalleihin ja arviointiin (12 kpl)
4. Lääkinnällistenlaitteiden / mittaus -ja seurantalaitteiden toimivuuden luotettavuuteen ja niihin liittyvien epäkohtien ilmoittamiseen (11 kpl)
5. Digi- ja etäpalvelujen toiminnan varmistamiseen (10 kpl)

Ulkoisten auditointien tulosten yhteenveto

Ensimmäiset ulkoiset auditoinnit toteutettiin maaliskuussa 2024 ikääntyneiden palveluihin ja tila- ja tukipalvelujen sekä hallintopalveluihin toukokuussa 2024. Ulkoisen auditoinnin tavoitteena oli saada näyttöä SHQS-standardin hyödyntämisen vaikuttavuudesta suhteessa toiminnan ja laadun johtamisen rakenteista ja menettelyistä sekä laadun jalkautumisesta yksiköiden ja toimintojen arkeen.



Asiakaskeskeisyys

toteutuu vahvana toiminnassa. Asiakkaiden itsemääräämisoikeus on huomioitu ja sitä kunnioitetaan. Asumispalveluissa järjestetään suunnitelmallisesti virikkeellistä ja aktivoivaa toimintaa, joihin asukkaat voivat osallistua oman kiinnostuksensa mukaan. Asiakas on osallisena hoitoneuvotteluissa, asiakaspalautejärjestelmän ja asukaskokousten kautta saatavaa asiakaspalautetta hyödynnetään toiminnassa.



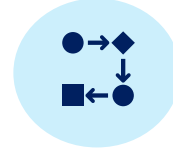
Jatkuva parantaminen

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



Riskiperusteinen ajattelu

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



Moniammatillinen prosessin johtaminen

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



Tietoon perustuva päätöksenteko

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



Henkilöstön osallisuus

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

Ulkoisten auditointien toteuma ja havainnot 1/4



Ikääntyneiden palveluiden ulkoisissa auditoinneissa havaitut vahvuudet ja hyvät käytännöt:

1. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys nähdään vahvuutena ja näitä kunnioitetaan.
2. Keusotessa toteutuvat sisäisenä koulutuksena koulutusvarit, joissa on monipuoliset aiheet. Oiva-koulutusjärjestelmään tuodut koulutukset ovat hyödynnettävissä.
3. Henkilöstön saatavuus on parantunut ja vuokratyövoiman käytöstä on voitu luopua mm. Tuusulan Riihikodossa.
4. Laatu- ja valvontapalveluiden järjestämällä omavalvonnan koulutuksilla on vahvistettu myös esihenkilöiden omavalvonnan osaamista ja koulutettu uudet esihenkilöt hyvinvointialueen toimintatapaan omavalvontasuunnitelmien laadinnassa.
5. Asiakaskohtainen valvonta on valvontakäyntien lisäksi jatkuvaa, kuukausikirje toimitetaan palvelun tuottajille ja tapaamisia on neljä kertaa vuodessa. Yhteinen Teams-kanava on käytössä palvelun tuottajien kanssa.
6. Omavalvonnan mukaiset tilannekuvaraportit raportoidaan säännöllisesti johdolle.
7. Strategia on jalkautunut tarkastelluissa toiminnoissa. Toiminnalle on asetettu strategialähtöisesti tavoitteita, joiden seuranta tehdään säännöllisesti. Seurannan vastuista ja raportoinnista on sovittu. Yksiköissä on käytössä päivittäisjohtamisen tauluja, joilla viestitään sovittujen tunnuslukujen toteumasta.
8. Huoli-ilmoituskäytäntö tunnetaan ja ilmoituksia on tehty aktiivisesti. Ilmoitusten käsittelystä on sovittu käytäntö. Ilmoitukset käydään läpi mm. ikääntyneiden asiakasohjauksessa päivittäin.
9. Sisäisten auditointien tuloksia hyödynnetään osana jatkuvaa parantamista.
10. Itsearvioinneissa on nostettu hyvin kehittämiskohteita, joihin liittyen on tehty kehittämistoimenpiteitä.
11. Ostolääkäripalveluiden laadun ja yhdenvertaisuuden toteutumista seurataan PowerBI-raportoinnin kautta.
12. Arvoista on käyty keskustelua yksiköissä mm. Järvenpään Vaahterakodissa arvoja on käsitelty säännöllisesti henkilöstökokouksissa ja keskusteltu siitä, miten arvot näkyvät käytännön työssä.
13. Neuvonta- ja palvelutarpeen arviointityössä on hiottu neuvonnan ja palvelutarpeen arvioinnin työkäytäntöjä ja yhteistyötä tehdään myös palvelualueen kanssa. Iso osa yhteydenotoista voidaan hoitaa neuvontatyössä ja sosiaalipäivystyksessä. Erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat on huomioitu palveluissa ja työparityöskentelyä käytetään näiden asiakkaiden kohdalla.
14. Järvenpään Vaahterakoti ja Tuusulan Riihikoto: Talokohtaisia eettisiä ohjeita on työstetty yhdessä henkilökunnan kanssa, ja ne ovat nähtävillä yksiköissä. Ikääntyneiden asiakasohjauksessa eettisistä asioista käydään jatkuvaa keskustelua tiimissä.

Ulkoisten auditointien toteuma ja havainnot 2/4



Ikääntyneiden palveluiden ulkoisissa auditoinneissa havaitut parantamismahdollisuudet:

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

Ulkoisten auditointien toteuma ja havainnot 3/4



Tila- ja tukipalvelujen sekä hallintopalvelujen ulkoisissa auditoinneissa havaitut vahvuudet ja hyvät käytännöt:

1. Hankintaprosessit toteutetaan organisaation hankintaperiaatteiden ja menettelytapojen mukaisesti. Hankintapalvelut jalkautuvat tarvittaessa myös suoraan palvelualueille hankintoihin liittyvissä asioissa, joka parhaimmillaan lisää kaikkien tietoisuutta hankintoihin liittyvästä tarpeesta sekä vaatimuksista.
2. Poikkeamien tunnistamiseen, seurantaan, käsittelyyn ja ennaltaehkäisyyn on sovittu menettelytavat. Tietoturvan ja -suojan parissa työskentelevät työntekijät tekevät myös itse poikkeamailmoituksia, joka kertoo hyvän laatukulttuurin olemassa olost.

Tila- ja tukipalvelujen sekä demokratia- ja hallintopalvelujen ulkoisissa auditoinneissa toimenpiteitä 3.9.2024 mennessä vaativat lisänäyttöpöyynöt::



1. Organisaatiomuutoksen (organisaatiokaavion) päivittäminen ja kuvaaminen uuden päätöksenteko- ja ohjausrakenteen mukaiseksi ja julkaista henkilöstön saataville.
2. Hankintoihin liittyvien dokumenttien säilyttämisessä Teams-kanavilla tulee varmistaa kaikilta osin henkilötietojen säilyttäminen siten, että tietosuoja ja tietoturvan vaatimukset toteutuvat.
3. Potilastietojen säilyttämisessä (arkistoinnissa) tulee varmistaa, että potilastietojen säilytys on kaikilta osin tietosuoja ja tietoturvan vaatimusten mukaista.
4. Toiminnassa todettujen ja havaittujen poikkeamien tunnistamisessa, seuraamisessa ja kirjaamisessa tulee varmistaa, että tarvittavat menettelytavat ja ohjeet ovat henkilöstön tiedossa ja toiminta on sovitun menettelytavan mukaista.
5. Henkilöstön perehdytyksen sisältö ja menettelyt tulee kuvata riittävän kattavasti. Perehdytyksen dokumentointi tulee varmistaa organisaatiossa sovitulla tavalla.

Ulkoisten auditointien toteuma ja havainnot 4/4



Ikääntyneiden palveluiden ulkoisissa auditoinneissa toimenpiteitä 19.6.2024 mennessä vaativat lisänäyttöpyyntö:

1. Tehtäväkuvia ei ole vielä kattavasti päivitetty ja hyväksytty. Vastaavien sairaanhoitajien osalta on laadittu viitetehtäväkuva, joka on tulossa käsittelyyn. Valvontayksikössä tehtäväkuvien todetaan myös vaativan päivittämistä. Mukautetut tehtäväkuvat on auki kirjattu, mutta ne eivät ole vielä virallisella pohjalla. Riihikodossa esihenkilöiden tehtäväkuvat ovat kuntayhtymä aikaiset ja niiden osalta tunnistetaan olevan päivittämisen tarvetta. Pyydetty lisänäyttö: Selvitys siitä, miten tehtäväkuvat saatetaan valmiiksi ja henkilöstön tietoon soveltuvin osin.
2. Laitepassien käyttöönotto on valmistelussa, kilpailutus asian osalta on tehty. Pyydetty lisänäyttö: Suunnitelma aikatauluineen siitä, miten laitepassien käyttöönotto tullaan tekemään.
3. Vaahterakoti ja Riihikoto: Käytössä on talokohtaisia verensokerimittareita. Näiden luotettavuuden arvioinnista (= mittanormaalien varmistamisesta) ei ole sovittu. Pyydetty lisänäyttö: Selvitys siitä, miten verensokerimittareiden luotettavuuden arviointi on tehty ja tullaan jatkossa varmistamaan.
4. Otannan mukaan terveydenhuollon laitteiden laitetietojen vienti laiterekisteriin on osin vielä kesken. Havainto tehtiin Tuusulan Riihikodossa. Pyydetty lisänäyttö: Selvitys siitä, miten on varmistettu yksiköissä terveydenhuollon laitetietojen vienti kattavasti laiterekisteriin.
5. Rikosrekisteriotteen tarkistamiseen ja tietojen merkitsemiseen liittyvä käytäntö on ohjeistettu hyvinvointialueella 1.1.2024 voimaan tulleen säädöksen mukaisesti. Yksikössä rikosrekisteriotteen tarkistamiseen liittyvä ohjeistus ei ollut otantana tarkastellen kattavasti tuttu- rikosrekisteriotteiden käsittely ja tarkistamisen merkitseminen ei ole toteutunut ohjeistuksen mukaisesti. Havainto tehtiin Tuusulan Riihikodossa. Pyydetty lisänäyttö: Selvitys siitä, miten organisaation ohjeistus asiasta on huomioitu toiminnassa.
6. Otantana tarkastellen poistumisturvallisuusselvityksiä ei ole laadittu täysin kattavasti ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä. Järvenpään Vaahterakodissa tämä on suunnitteilla laatia keväällä paloviranomaisen käynnin yhteydessä tai tähän mennessä. Pyydetty lisänäyttö: Selvitys siitä, miten varmistetaan poistumisturvallisuusselvityksien laadinta vaadittavin määrävälein. Vaahterakodin poistumisturvallisuusselvitys.
7. Auditoinnin otannassa tuli esille lyhytaikaishoidon yksikön Teams-työtilaan liittyvä tietosuojariski. Riski on tunnistettu ja korjaaviin toimenpiteisiin on ryhdytty. Havainto tuli esille Riihikodossa, Lyhytaikaishoito Helmessä. Pyydetty lisänäyttö: selvitys siitä, miten asia on hoidettu suunnitellusti, ja jatkoa ajatellen ennaltaehkäisevästi käsitelty yksiköissä.
8. Otantana tarkastellen jääkaappien elintarvikehygienian omanvalvonnan mukaisen lämpötilaseurannan kirjaaminen ei toteudu kattavana ja aukottomasti ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Havainto tehtiin Järvenpään Vaahterakodissa. Pyydetty lisänäyttö: Selvitys siitä, miten lämpötilaseurannan tuloksien kirjaaminen jatkossa varmistetaan ajantasaisesti.

Saatavuus ja jatkuvuus

- Palvelujen saatavuuden varmistaminen
- Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Palvelujen saatavuuden varmistaminen 1/2

Palvelujen saatavuuden varmistaminen

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

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

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

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2024

Järjestäjän tilannekuvan seuranta käyttöönotossa hyvinvointialueen operatiivisessa johtoryhmässä kuukausittain, käyttöönotto käynnistyi 4/2024.
Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein strategisten avainmittarien kautta.

Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

- **Vastaanottopalveluissa** yhteydensaannin viiveet ovat vähentyneet keskimääräisestä 95 tunnin vasteajasta 31 tuntiin ajalla 1-6/24, verrattuna edellisvuoden vastaavaan aikaan. Vastaavasti hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen yhteydenottopäivänä on vertailujaksoilla noussut 64 %:sta 73 %:n.
- **Suun terveydenhuollon** palvelujen saatavuus on heikentynyt alkuvuonna. 4 kk:n hoitotakuun odottaneita asiakkaita oli jonossa kesän jälkeen reilu 10 000. Jonopurusta on laadittu kattava suunnitelma ja toimenpiteitä edistetään talouden mahdollistamassa raamissa.
- **Palvelutarpeen arviointi** on aloitettu keskimäärin 15 arkipäivän päästä asian vireille tulosta kaikille 75-vuotta täyttäneille sekä ylintä hoitotukea saaville yli 65-vuotiaille.
- **Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen** jonotusaika oli ajalla 1-6/24 keskimäärin 47 vrk (vaihteluväli 39–53 vrk). Jonotusajat ovat selkeästi lyhentyneet 2024 alkuvuoden aikana. Yhteisölliseen asumiseen keskimääräinen jonotusaika oli 52 vrk (vaihteluväli 27–73 vrk).

Palvelujen saatavuuden varmistaminen 2/2

Palvelujen saatavuuden varmistaminen

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

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2024

Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

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

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

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

Väittämään on vastannut 55 062 asiakasta, joista 36 693 (66,6%) on ollut täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

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

Tuotantotapa-analyysit toteutettu päätöksenteon tueksi johdon vuosikellon mukaisesti.

Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

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

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2024	Havaittujen puutteiden/ poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Yhtenäinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön kaikissa palveluissa 100 %	Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotto on edennyt osittain suunnitellusti. Sosiaalihuollon palveluyksiköiden osalta käyttöönotto on kesken. Viimeiset sosiaalihuollon palveluyksiköiden käyttöönotot on toteutettu 31.8.2024 mennessä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän vaatimusluettelon toteutumisen osalta merkittäviä puutteita ja huonosta käytettävyydestä aiheutuu merkittävää haittaa asiakastyössä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttökatkot ja häiriötilanteet ovat aiheuttaneet tietosuoja- ja tietoturvan kannalta useita vaaratilanteita.	Toimintahäiriötilanteet, haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset on käsitelty kokonaisturvallisuuden työryhmässä. Ongelmia ratkaistaan yhteistyössä järjestelmän toimittajan kanssa. Asiakastietojärjestelmään liittyvien poikkeamien toimenpidesuunnitelma laaditaan lokakuun 2024 aikana.
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia yht. 635 kpl (12,9 % kaikista vaaratapahtumista)	Näistä potilas-/asiakastietojen tiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyviä ilmoituksia oli 219 kpl (34,4 %) Kirjaamiskäytäntöjä, ohjeita ja perehdytystä on yhdenmukaistettu.
Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)	Hyvinvointialuetasosta tilastotietoa ei ole tällä hetkellä saatavilla. Omatyöntekijän ja muun palveluvastaavan nimeäminen ohjeistettu kirjaamisen käsikirjassa, ohje hyväksytty 25.4.2024.	Ohjeen jalkauttaminen ja tilannekuvan rakentaminen käynnistetty.
Palveluketjuille ja asiakasprosesseille asetetut tavoitteet toteutuu suunnitellusti	Osana hyvinvointialueohjelman toimeenpanoa luodaan palveluketjujen ja asiakasprosessien johtamismalli, pilotointi käynnistetty 10/ 2024 –2/2025	Pilotoinnissa testataan johtamisrakenteita, roolituksia, vastuita sekä rakennetaan tietopohjaa palveluketjujen johtamista tukevaksi
Vaikuttavuusperustaista ohjausta tukevaa tietopohjaa kehitetään osana palveluketjujen mittariston kehittämistä vaiheittain, pilottina diabetes ja ikääntyneet asiakassegmentit.	Diabetes-, Alueellinen painehaava-, ikäihmisten ja mielenterveyspilottien suunnittelu ja toteutus käynnissä alkuvuoteen 2025 saakka.	Edennyt suunnitellusti

Turvallisuus ja laatu

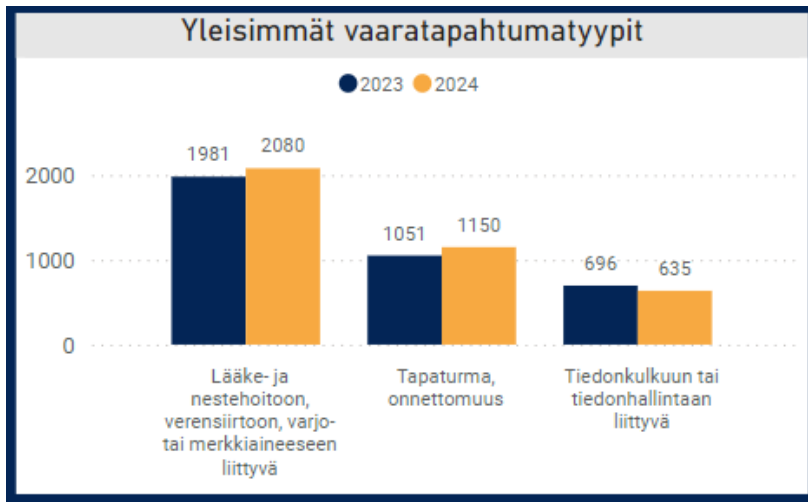
- Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat
- Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi tehdyt toimenpiteet

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

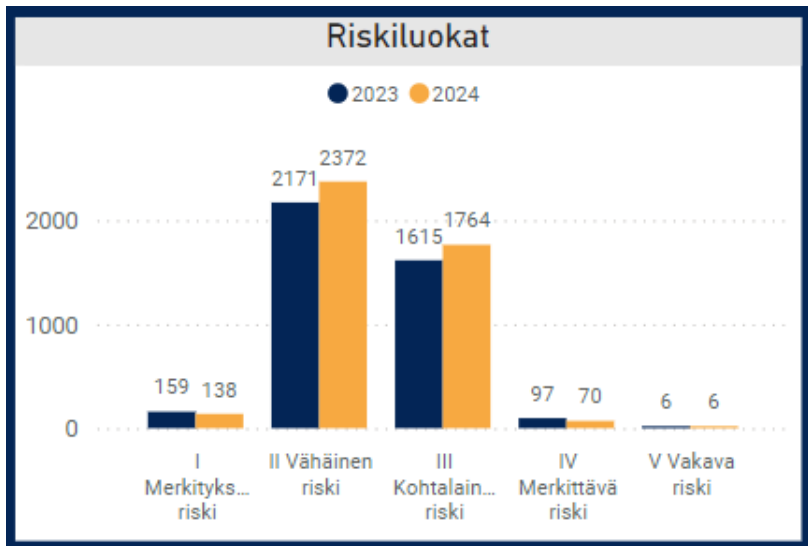


Kuva 8: Kansallisesti seurattavat asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat ja tilannekuvan kehittyminen yleiskatsaus 1-8/2024 ja 1-8/2023.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 1/5



Kuva 9: Yleisimmät vaaratapahtumatyyppit 1-8/2023 ja 1-8/2024



Kuva 10: Riskiluokat 1-8/2023 ja 1-8/2024.

Tarkastelujaksolla 1.1.-31.8.2024 vaaratapahtumailmoitusten yleisimmät tapahtumatyyppit olivat lääke- ja nestehoitoon (2080 kpl), tapaturmiin ja onnettomuuksiin (1150 kpl) sekä tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan (635 kpl) liittyviä tilanteita (kuva 9).

Muutokset edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna jakautuivat tapahtumatyyppien osalta seuraavasti:

- Lääke- ja nestehoitoon liittyvien vaaratapahtumien osuus kasvoi +5 % (+99 kpl)
- Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien vaaratapahtumien osuus kasvoi 9,4 % (+99 kpl)
- Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvien vaaratapahtumien osuus väheni -8,5 % (-59 kpl)

Yleisimpiin vaaratapahtumatyypppeihin liittyvät poikkeamat ja niihin liittyvät kehittämistoimenpiteet on kuvattu tarkemmin dioilla 24-26.

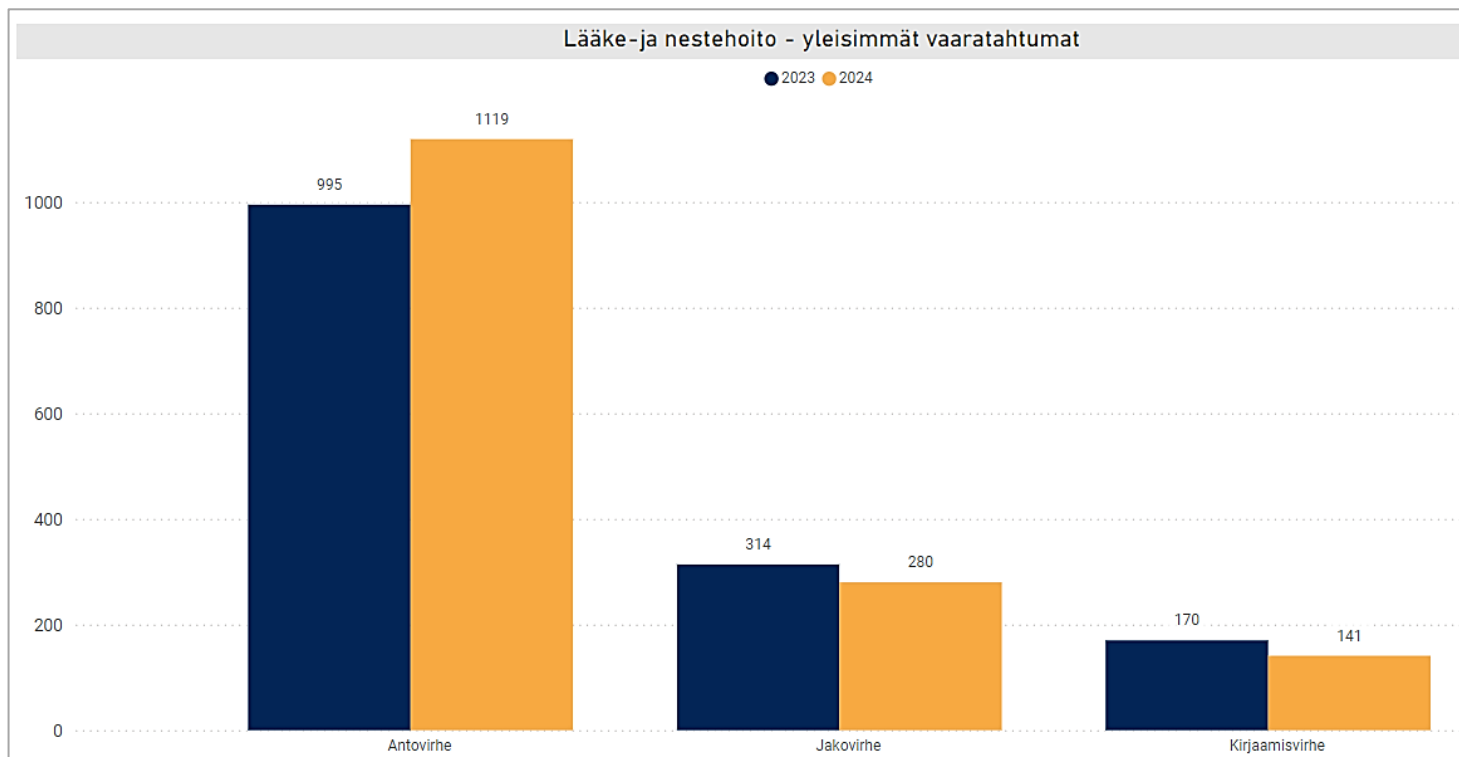
Vaaratapahtumailmoitukset luokitellaan riskiluokkiin I–V (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen, merkittävät, vakava). Ajalla 1.1.-31.8.2024 riskiluokat jakautuivat seuraavasti (kuva 10):

- I Merkityksetön: 138 kpl
- II Vähäinen riski: 2382 kpl
- III Kohtalainen riski: 1764 kpl
- IV Merkittävä riski: 70 kpl
- V Vakava riski: 6 kpl

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 2/5

Lääke- ja nestehoito, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 11: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-8/2023 ja 1-8/2024.

Antovirheet: Antovirheiden määrä on kasvanut (+118 kpl). Antovirheistä suurin osa kohdistui seuraaviin poikkeamiin:

- Lääke, neste tai verituote antamatta 429 kpl
- Muu syy 234 kpl
- Väärä ajankohta 153 kpl

Jakovirheet: jakovirheiden määrä on laskenut hiukan (-35 kpl). Jakovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Lääke jakamatta 117 kpl
- Väärä annos tai vahvuus 51 kpl
- Muu syy 38 kpl

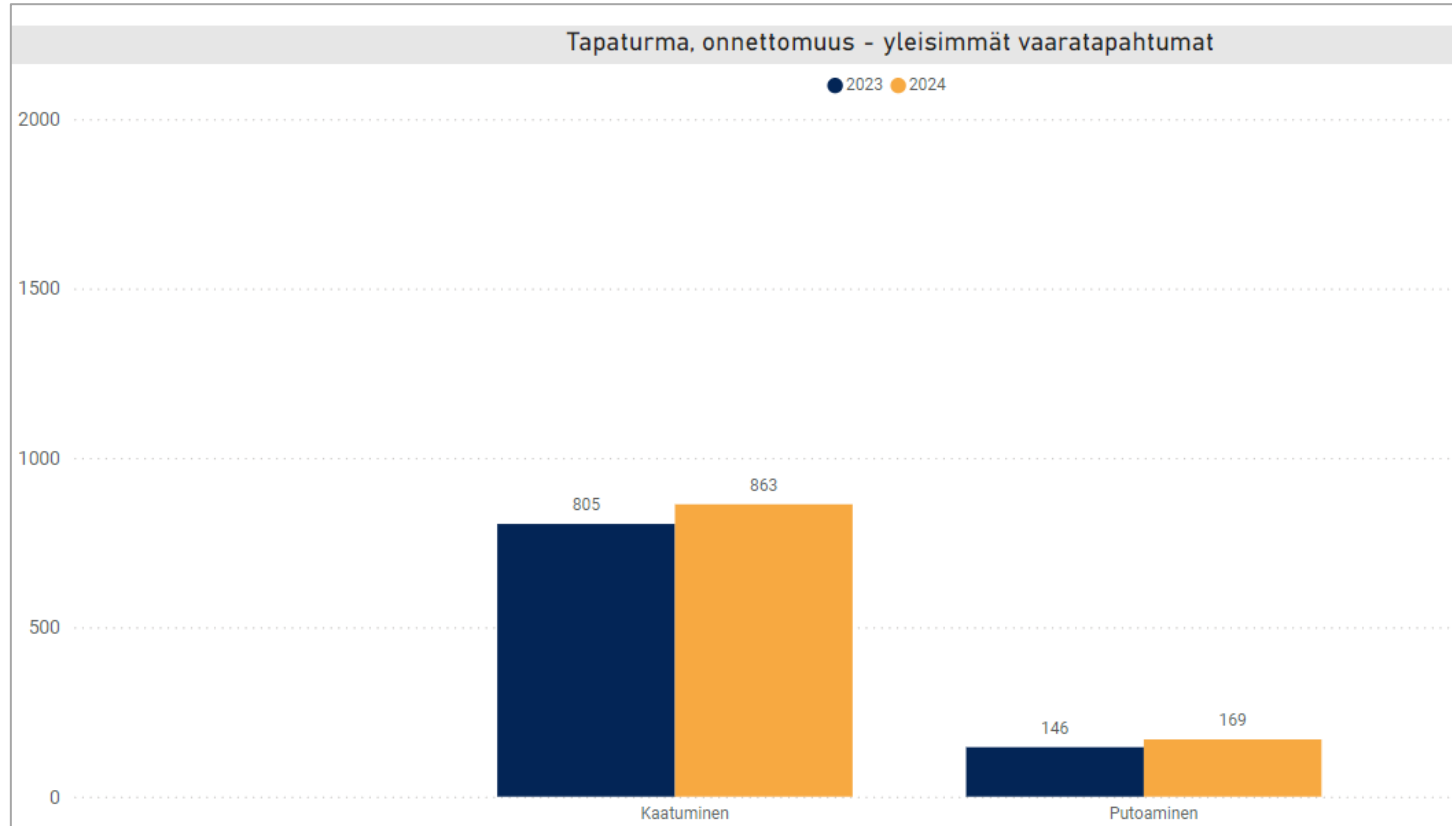
Kirjaamisvirheet: kirjaamisvirheiden määrät ovat pysyneet ennallaan. Kirjaamisvirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Muu syy 51 kpl
- Lääke kirjaamatta 43 kpl

Kehittämistoimenpiteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen käsikirjaan kuvattu yhtenäiset lääkehoidon tarkistamisen ja kirjaamisen ohjeet. Toimintatapoja yhtenäistetty. Lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan ja lääkehoidon osaamiseen varmistamista, koulutusta ja perehdytystä kehitetty ja toteutettu havaittujen poikkeamien pohjalta. Kaksoistarkastuksen auditointi valmistelussa, lääkehoitoon liittyviä ohjeita päivitetään. Ks. muut kehittämistoimenpiteet dialta 30.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 3/5

Tapaturmat ja onnettomuudet, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 12: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-8/2023 ja 1-8/2024.

Kaatumiset: Kaatumiseen liittyvät vaaratapahtumat ovat kasvaneet + 57 kpl. Ilmoitetuissa kaatumiseen liittyvissä vaaratapahtumissa ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä on tehty seuraavasti:

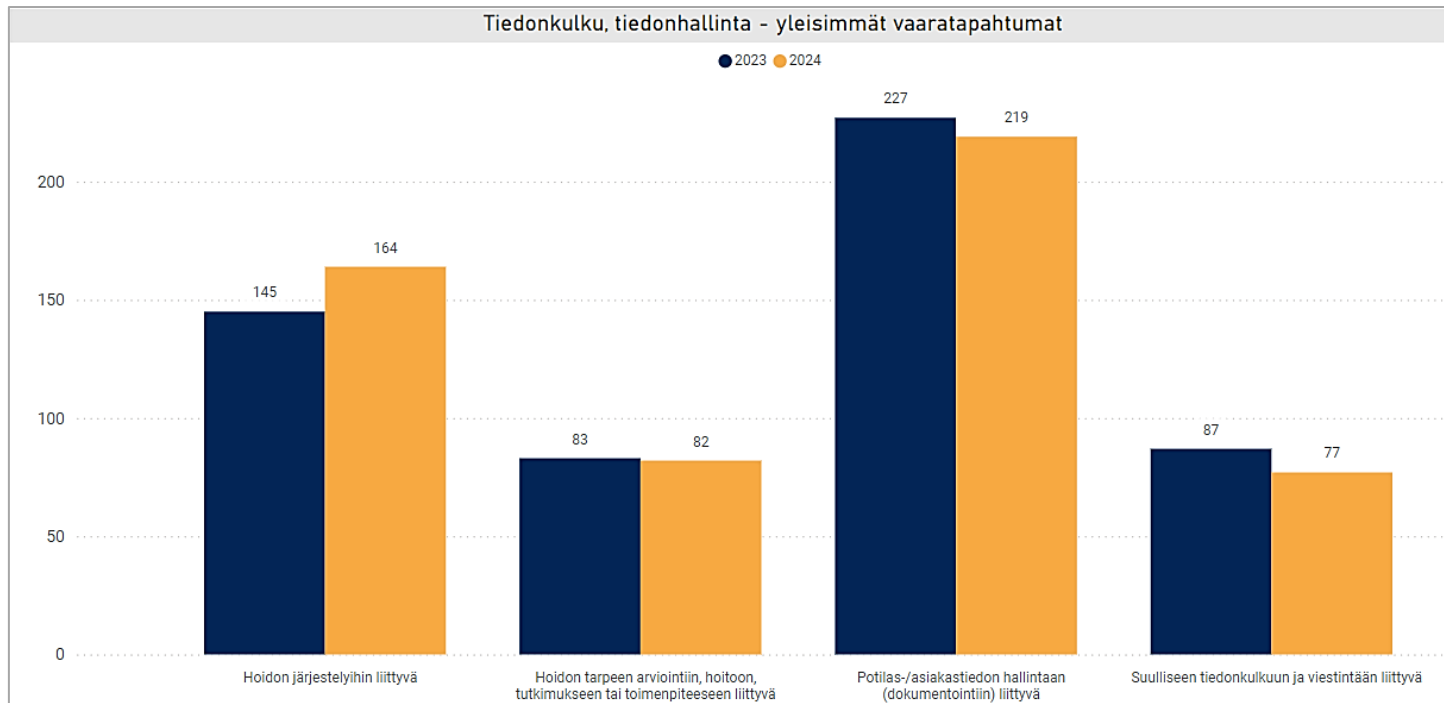
- kaatumisriskin arvio oli tehty 239 potilaalle/asiakkaalle
 - erittäin korkea kaatumisvaaran riski oli tunnistettu 117 asiakkaan/potilaan kohdalla
- kaatumisriskin arviointia ei oltu tehty 509 potilaalle/asiakkaalle

Putoamiset: Putoamiseen liittyvät vaaratapahtumat ovat hiukan kasvaneet +23 kpl

Kehittämistoimenpiteet: Kaatumisten ennaltaehkäisyn toimintamalli on valmistunut ja pilotointi käynnistyy 10/2024.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 4/5

Tiedonkulku ja tiedonhallinta, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 13: Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-8/2023 ja 1-8/2024.

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

- Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilas-/asiakastieto 92 kpl
- Muu syy 60 kpl
- Tietojen haku järjestelmästä tai syöttö järjestelmään estynyt 23 kpl

Hoidon järjestelyt: hoidon järjestelyihin liittyvät vaaratapahtumat ovat hieman kasvaneet (+19 kpl). Hoidon järjestelyihin liittyvistä vaaratapahtumista suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Syy ei tiedossa 51 kpl
- Väärä, virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohje 44 kpl
- Lähetete hoitoon tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 33 kpl

Hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteisiin liittyvät vaaratapahtumat oli 1 kpl vähemmän edellisvuoteen verrattuna.

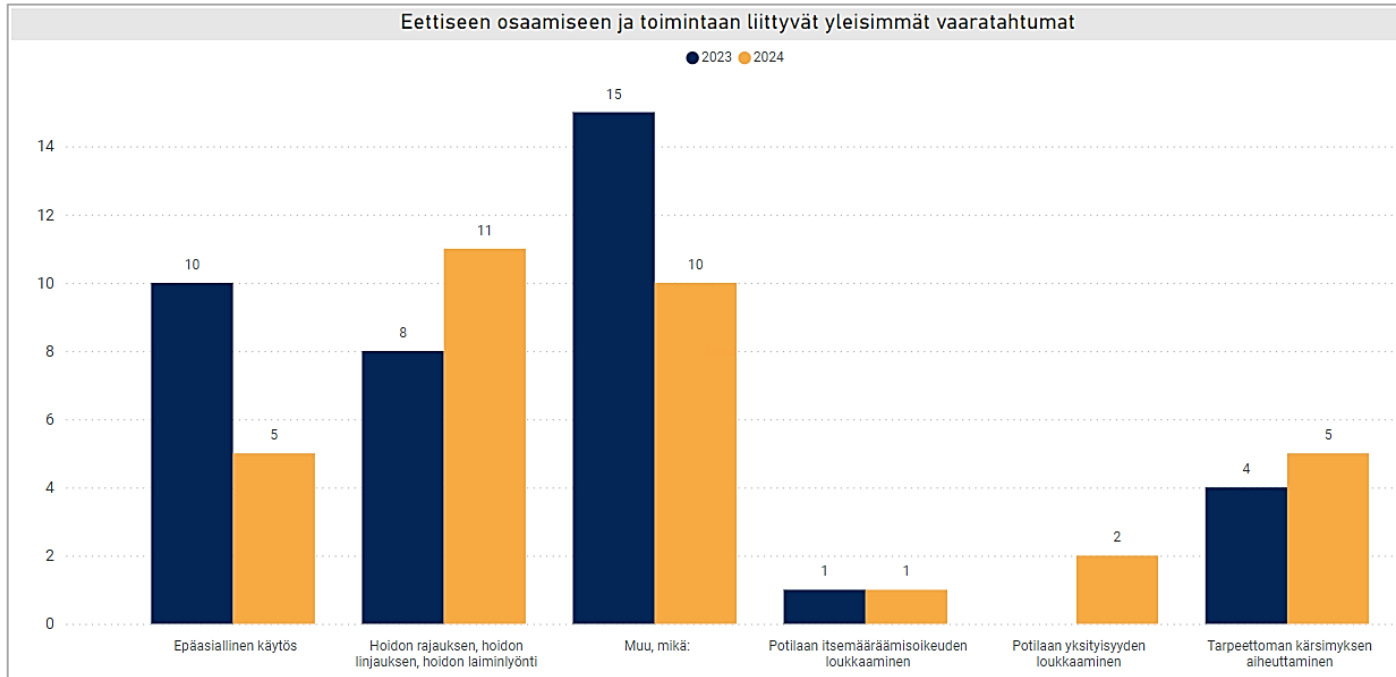
Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvät vaaratapahtumat vähentyivät hiukan, 14 kpl. Yleisimmät poikkeamien syyt ovat:

- Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 35 kpl
- Muu syy 17 kpl
- Väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto 9 kpl
- Välitetty väärä, epätarkka tai puutteellinen tieto 9 kpl

Kehittämistoimenpiteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon käsikirjan vaiheittainen laadinta ja käyttöönotto käynnissä. Kirjaamisvalmennukset käynnissä. Yhtenäinen hoitosuunnitelmapohja laadittu tiedonkulun ja laadukkaan kirjaamisen parantamiseksi.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 5/5

Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat



Vaaratapahtumien tyyppiluokittelussa käytettävä eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvä tapahtumatyyppi oli valittuna tarkastelujaksolla 1.1.-31.8.2024 34:ssä ilmoituksessa ja jakautui tarkemmin seuraavanlaisesti (kuva 14):

- epäasiallinen käytös 5 kpl (-5 kpl)
- hoidon rajaus/hoidon linjaus/hoidon laiminlyönti 11 kpl (+3 kpl),
- muu 10 kpl (-5 kpl)
- potilaan itsemääräämisoikeuden loukkaaminen 1 kpl (+/- 0)
- tarpeettoman kärsimyksen aiheuttaminen 5 kpl (+1 kpl)

Kuva 14: Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-8/2023 ja 1-8/2024.

Laadun, omavalvonnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet 1/3

- **Laadunhallinnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden osaamisen varmistaminen**
 - Henkilöstölle on järjestetty koulutussuunnitelman mukaisesti täydennyskoulutusta sekä ohjausta ja neuvontaa tilauspalveluna mm. SHQS-laatuohjelman, dokumenttien ja prosessien hallinnan osalta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden verkkokoulutuksia.
- **Omavalvonnan ja valvonnan kehittäminen**
 - palveluntuottajan valvonnan työkalun valvontalomakkeet ja prosessi päivitetty lainsäädännön muutosten mukaan ja vastaamaan paremmin valvonnan tarpeisiin. Työkalun käyttäjille järjestetty keväällä 2024 yhteiset palaverit 2 kk:n välein järjestelmän käyttöönoton ja yhdenmukaisen käytön edistämiseksi.
 - Rajattujen lääkevarastojen valvontalomakepohja viety palveluntuottajan valvonnan työkaluun.
 - Omavalvontasuunnitelman seurantaraportin lomakepohja laadittu Forms-lomakepohjalle keväällä 2024. Seurantaraportit julkaistu Power BI raporttina Keusoten verkkosivuilla.
 - Omavalvontasuunnitelman seurantaan ja raportointiin suunniteltu koulutukset esihenkilöille, toteutettu 4/2024.
- **Asiakas- ja potilasturvallisuuden arvioinnin edistäminen**
 - RAI-arviointijärjestelmän avulla arvioidaan sosiaali- ja terveyspalveluiden ikääntyneiden palvelutarpeita ja toimintakykyä.
 - RAI-arviointijärjestelmän käyttö on vakioitu koskemaan kaikkia ikääntyneille suunnattuja palveluja. Yksityisille palveluntuottajille tarjotaan mahdollisuus liittyä RAI-järjestelmään.
 - Henkilökuntaa on perehdytetty ja koulutettu säännöllisesti RAI-arviointijärjestelmien käyttöön ja arviointien tekemiseen.
 - Laatu- ja vaikuttavuusmittaristo on otettu käyttöön ikääntyneiden kotihoidossa ja asumispalveluissa: laadun ja vaikuttavuuden kokonaiskuva sekä onnistumisten ja kehityskohteiden tunnistaminen.
- **Turvallisuuskävelyitä ja talokokouksia toteutettu strategisen johtoryhmän linjauksen mukaisesti**
 - Dokumentointia ja raportointia on kehitetty sekä vakioitu (IMS-järjestelmä)
 - Turvallisuuskävelyitä on toteutettu kyseisellä ajanjaksolla 34 kertaa
 - Talokokouksia on toteutettu kyseisellä ajanjaksolla 36 kertaa.

Laadun, omavalvonnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet 2/3

- **Terveydenhuollon laiteturvallisuuden käytäntöjen kehittäminen ja varmistaminen:**
 - Laiteturvallisuuden kehittämissuunnitelman 2023-2025 toimenpiteet ovat käynnissä.
 - Lääkintälaittevastuuhenkilöt on nimetty ja tehtävänkuva valmis.
 - Laittevastuuhenkilöverkosto kokoontuu kerran kuukaudessa.
 - Väliaikainen lääkinnällisten laitteiden rekisteri, 3stepIT -ohjelma otettiin käyttöön lääkinnällisten laitteiden osalta syksyllä 2023, joka käytössä 30.4.2025 saakka. Esiselvityksessä on asiakkaille jaettavien laitteiden rekisteri, johon liitetään myös toimintayksiköiden laiterekisteri.
 - Lääkinnällisten laitteiden osaamisen varmistamiseen liittyvä laitteiden riskiluokitus on valmis ja laitekohtainen osaamisen varmistamisen prosessi aloitettu. Tavoitteena on sen valmistuminen 30.9.2024 mennessä.
 - Laitteiden huoltojen ja korjausten esiselvitys aloitettu yhdessä Länsi-Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa.
- **Turvallisen lääkehoidon kehittäminen ja varmistaminen:**
 - Lääkehoidon perehdytyslomakkeen päivitys- ja jalkautustyö jatkunut, Keusoten yleiseen perehdytyslomakkeeseen lisätty lääkehoidonperehdytys ja palveluihin räätälöity aluekohtaisia perehdytysmalleja
 - Lääkevastaavien verkosto aloittanut toimintansa
 - Lääkehoidon verkkokoulutuksiakoulutuksia on tehty Oivaan 7 kpl
 - Lääkehoidon osaamisen varmistamisen prosessia on kehitetty toimivuuden ja sisältöjen näkökulmasta
 - Perusosaamisen varmistamisen prosessia päivitetty
 - Opiskelijoiden ja lääkehoitoon kouluttamattomien työntekijöiden lupien sisältöjä päivitetty
 - Käytännön osaamisen varmistamiseen liittyvä näyttöpajatoiminta käynnistetty ja pajoja järjestetty kotihoidossa ja vammaistenpalvelussa

Laadun, omavalvonnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet 3/3

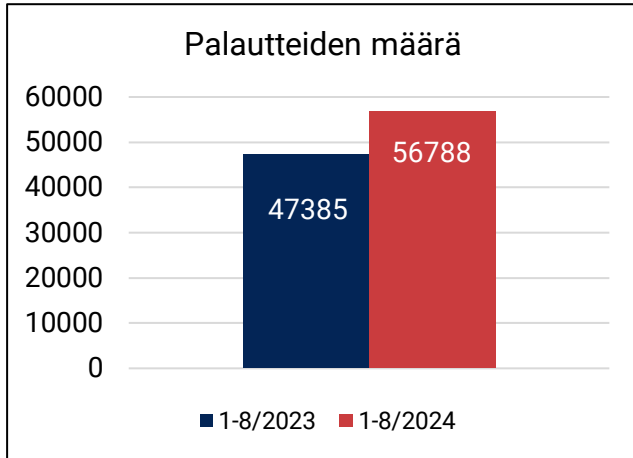
- **Vakavien vaaratapahtumien systemaattinen seuranta ja toimenpiteet**
 - Vakavia vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty n. 2 viikon välein
 - Käynnistetty yhteensä 6 tutkintaa, jotka kohdistuivat lääkehoitoon, potilaan hoidon tarpeen arviointiin ja tapaturmaan.
 - Vakavien vaaratapahtumien tutkinnoista nousseet kehittämistoimenpiteet kohdistuivat
 - lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan vahvistamiseen yksiköissä,
 - kriittisten toimintaohjeiden päivittämiseen ja ajantasaisten ohjeiden saatavuuteen, toimintaohjeiden kertaaminen henkilöstön kanssa sekä , Keusoten ja HUS:n toimintaohjeiden päivittäminen yhteistyössä
 - potilastietojen ajantasainen kirjaaminen
 - yksiköiden lääkinnällisten laitteiden hallinnan parantaminen
 - hoidon tarpeen arviointiin liittyvän osaamisen vahvistamiseen akuuttitilanteissa,
 - tilojen fyysisen turvallisuuden katselmoinnit
 - toimintamalli yhteystietojen päivittämiseen,
 - ISBAR-menetelmän käyttö ja kouluttaminen.
 - 11 vakavaa vaaratapahtumailmoitusta on palautettu normaaliin käsittelyprosessiin ja annettu kehittämissuosituksia sekä jatkotoimenpiteet.
- **Hoitokäytänteiden kehittäminen ja varmistaminen:**
 - Hoitokäytänteitä yhtenäistetty ja dokumentoitu IMS-järjestelmään, jossa varmistetaan ohjeiden ajantasainen ylläpito
 - Hoitokäytäntöihin liittyviä työnkuluja/prosessikuvauksia on mallinnettu IMS-järjestelmään
 - Turvallisten ja ajantasaisten hoitokäytäntöjen toteutumista ja osaamista on vahvistettu koulutussuunnitelmien mukaisilla eri aihealueisiin painottuvilla koulutuksilla (mm. käsi- ja käsinehygienian, tunnistamista epidemia, hoitoympäristön - ja hoitotarvikkeiden puhtaus ja infektioiden torjunnan perusteet kesätyöntekijöille)
- **Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta:**
 - Toimintaohjeita päivitetty, mm. käsi- ja käsinehygienian osalta sekä tartuntatautilakiin perustuvaa rajoittamista akuuttiosastoilla ja ikääntyneiden asumispalveluissa.
 - Hygieniavastuuhenkilöiden perehdyttäminen käsihuuhderakennekartoituksen tekemiseen on käynnistetty.
 - Uudet käsihygieniajulisteet otettu käyttöön yksiköissä.

Asiakaskokemus ja osallisuus

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

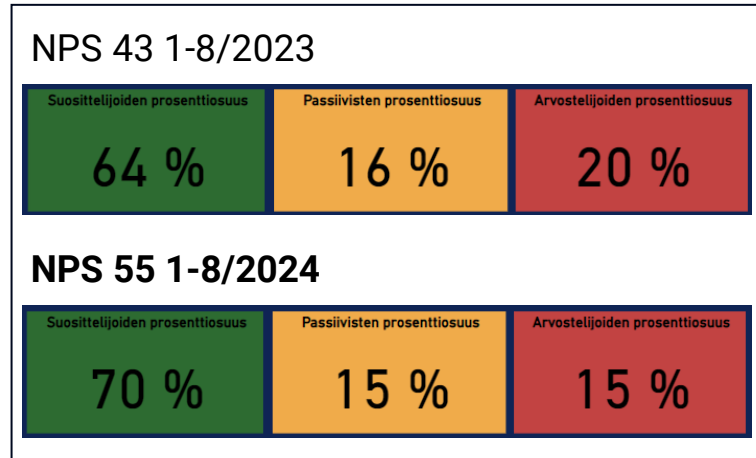
Asiakaskokemus ja asiakaspalautteet

Ajalla 1-8/2023 palautteita saapui 47 385 kpl.
Ajalla 1-8/2024 palautteita saapui 56 788 kpl.
Kasvua palautevolyymissä 20 %.



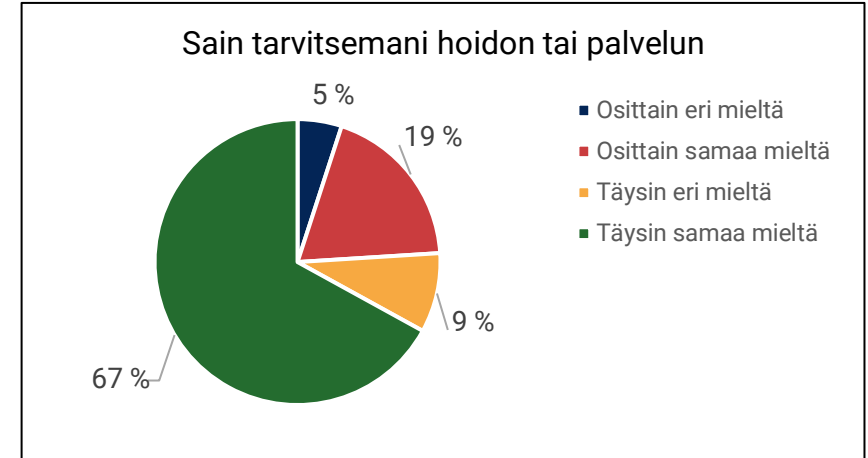
Kuva 15: Palauteiden määrä 1-8/2023 ja 1-8/2024.

Keusoten NPS ajalla 1-8/2024 oli 55.
Vuonna 2023 vastaavana aikana NPS oli 43.
NPS parani +12. Suosittelijoiden prosenttiosuus vastaajista parani kuusi prosenttiyksikköä.



Kuva 16: Keusoten NPS (nettosuositteluindeksi).

Ajalla 1-8/2024 yhteensä 67 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän: "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" kanssa.
Ajalla 1-8/2023 yhteensä 62 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajien prosenttiosuus parani viisi prosenttiyksikköä.



Kuva 17: Vastaajien mielipiteen jakautuminen kysymykseen "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun"

Kiitosta saimme

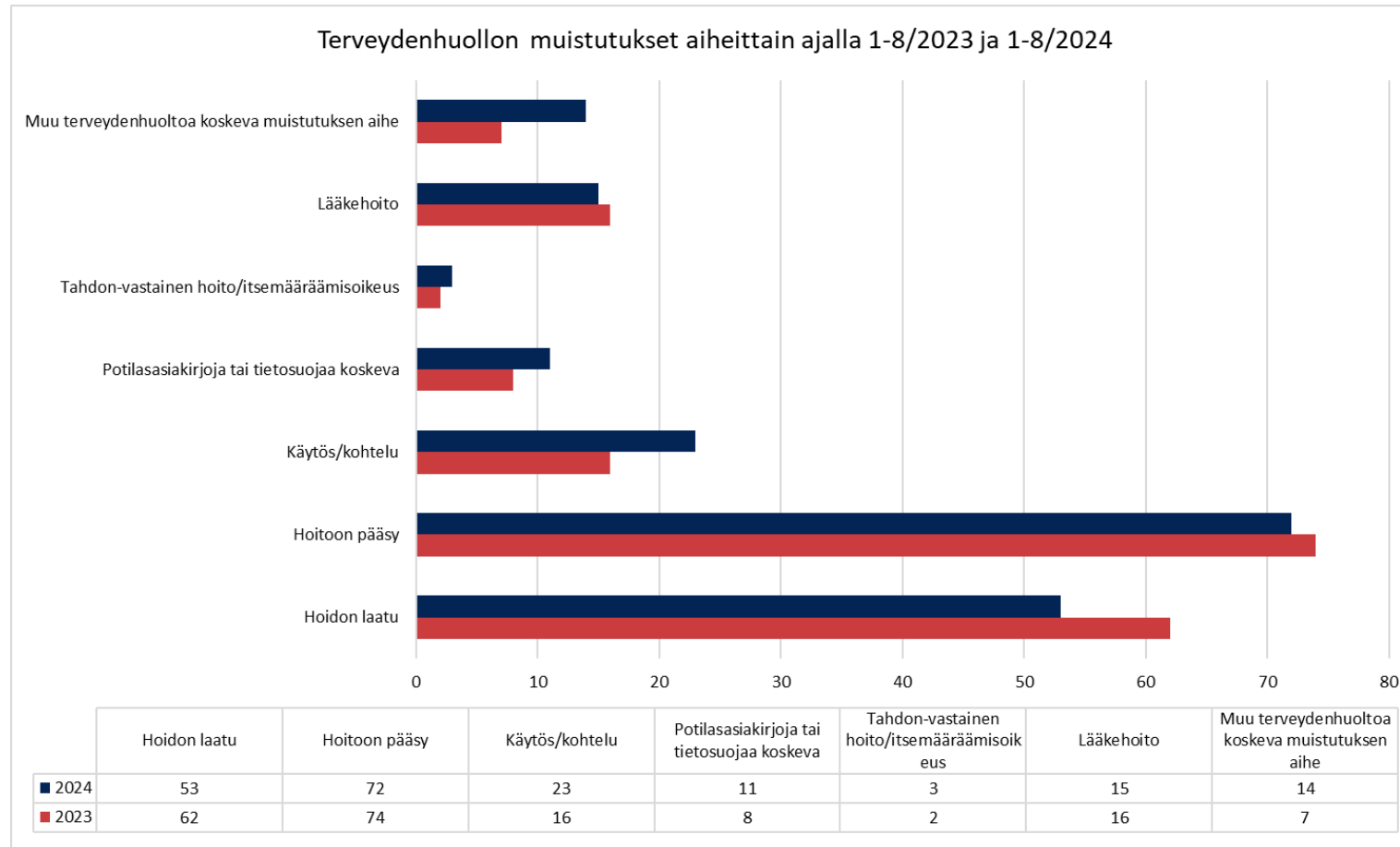
- Palvelu on koettu hyväksi, asiantuntevaksi ja osaavaksi.
- Kohtaaminen on ollut hyvää ja kunnioittavaa.
- Yksittäiset työntekijät saaneet myös runsaasti kiitoksia ja kannustuksia.

Kritiikkiä saimme

- Hoitoon pääsy ja vasteajat
- Digitaalisten palveluiden toimimattomuus
- Epäasiallisesta kohtelu tai huono kohtaaminen

Terveydenhuollon muistutukset aiheittain

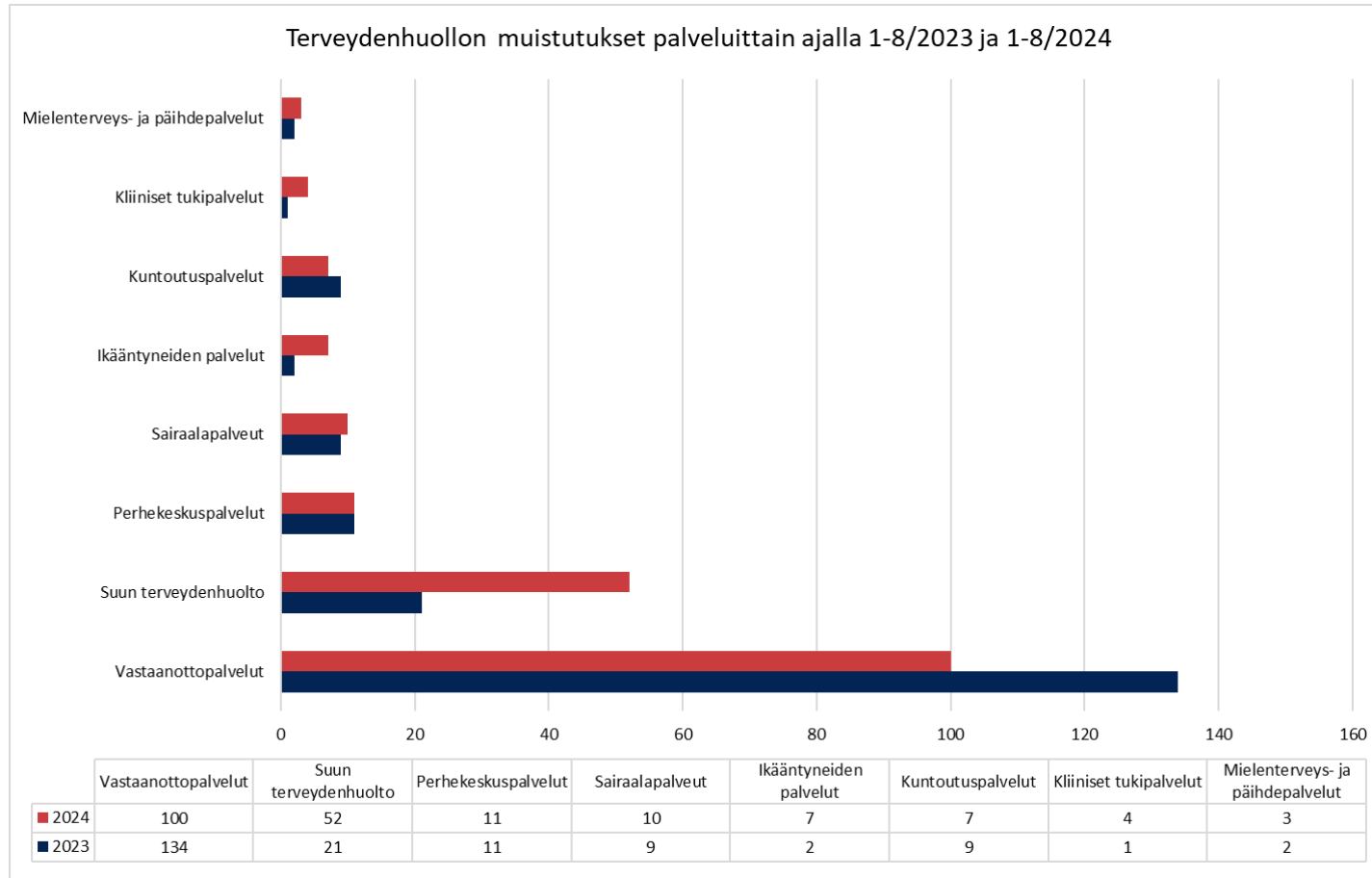
Ajalla 1-8/2024 terveydenhuollon muistutuksia saapui 194 kpl. Muistutusten aiheista suurin osa liittyi hoitoon pääsyyn (72kpl) joka oli 2kpl vähemmän kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana ja hoidon laatuun (53kpl) joka oli 9kpl vähemmän kuin edellisenä vuotena. Käyttöön ja kohteluun liittyviä muistutuksia oli saapunut 23 kpl joka on puolestaan enemmän kuin edellisenä vuotena vastaavana ajankohtana (+7kpl). Myös potilasasiakirjoihin liittyvien muistutusten määrä oli hieman kasvanut (+3kpl).



Kuva 18. Terveydenhuollon muistutukset aiheittain

Terveydenhuollon muistutukset palveluittain

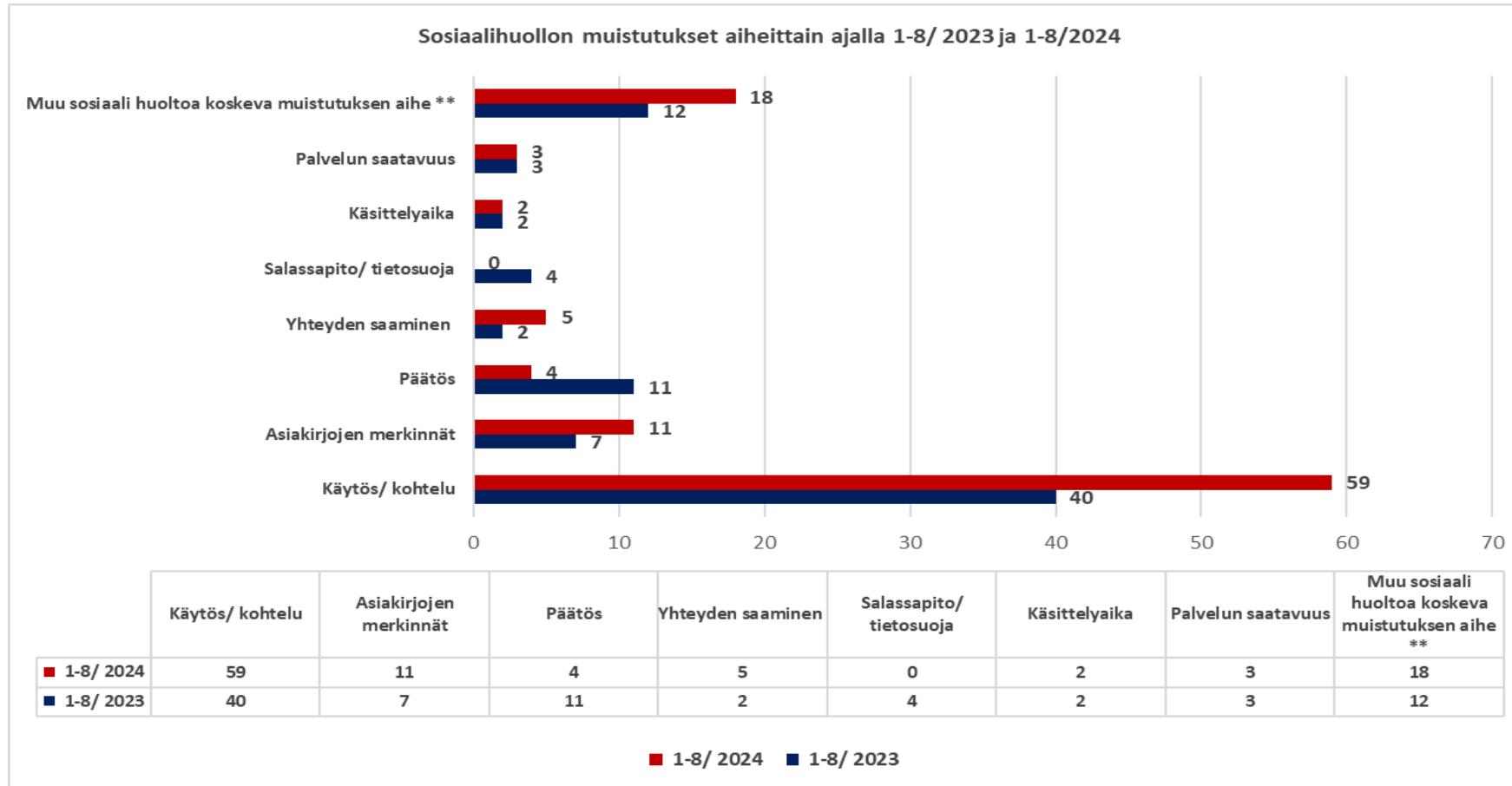
Suun terveydenhuollossa muistutusten määrä on kasvanut edellisen vuoden samaan ajankohtaan verrattuna (+31kpl). Samoin ikääntyneiden palveluissa määrä on hieman kasvanut (+5kpl). Myös sairaalapalveluissa (+1kpl), ikääntyneiden palveluissa (+5kpl), kliinisissä tukipalveluissa (+ 3kpl) ja mielenterveys- ja päihdepalveluissa (+1kpl) määrät ovat hieman kasvaneet. Vastaanottopalveluissa määrä on vähentynyt (-34kpl) kuten myös kuntoutuspalveluissa (-2kpl). (kuva 22.)



Kuva 19. Terveydenhuollon muistutukset tulosalueittain

Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain

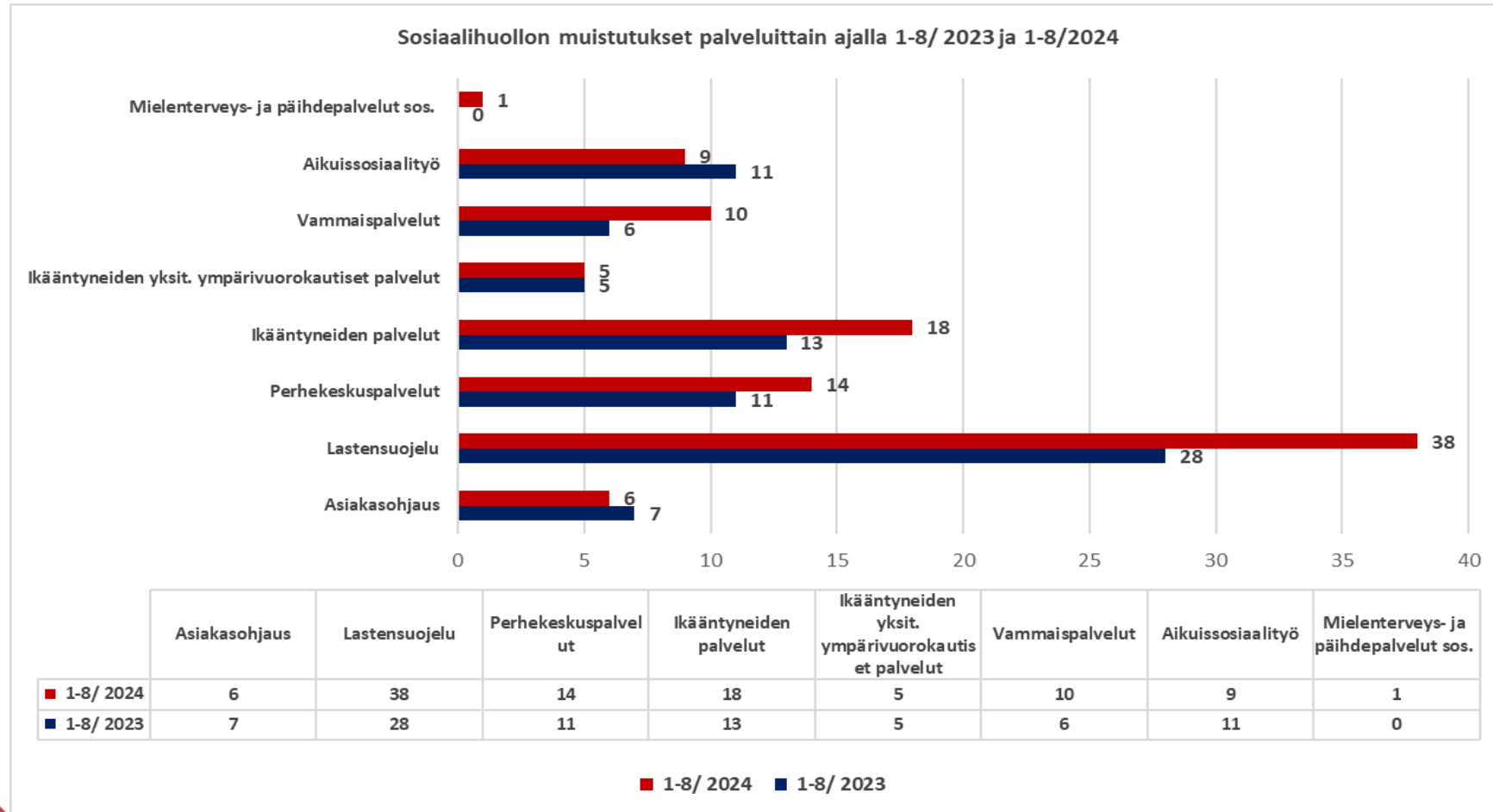
Sosiaalihuollon muistutuksia saapui yhteensä 101 kpl joka on (20kpl) enemmän kuin edellis- vuoden vastaavana ajankohtana. (59kpl) muistutuksista koski käytöstä/kohtelua. Määrä on jonkin verran enemmän (19kpl) vuoteen 2023 verrattuna. Käytökseen ja kohteluun liittyvät muistutukset koskivat pääosin lastensuojelua (27 kpl) ja perhekeskuspalveluja (9 kpl). Päätöksiin liittyvät muistutukset olivat vähentyneet merkittävästi (11-> 4 kpl). Yhteyden saamiseen ja asiakirjojen merkintöihin liittyvät muistutukset olivat sen sijaan hieman lisääntyneet (kuva 23).



Kuva 20. Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain

Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain

Päihde- ja mielenterveyspalveluihin liittyvät muistutukset ovat pysyneet hyvin vähäisenä. Ikääntyneiden ympärivuorokautisiin palveluihin liittyvien muistutusten määrä on pysynyt myös samana (5 kpl), kuin viime vuonna. Aikuissosiaalityöhön liittyvät muistutukset ovat vähentyneet hieman. Muissa palveluissa muistutusten määrä on sitä vastoin lisääntynyt verrattuna viime vuoden vastaavaan ajankohtaan (kuva 24).



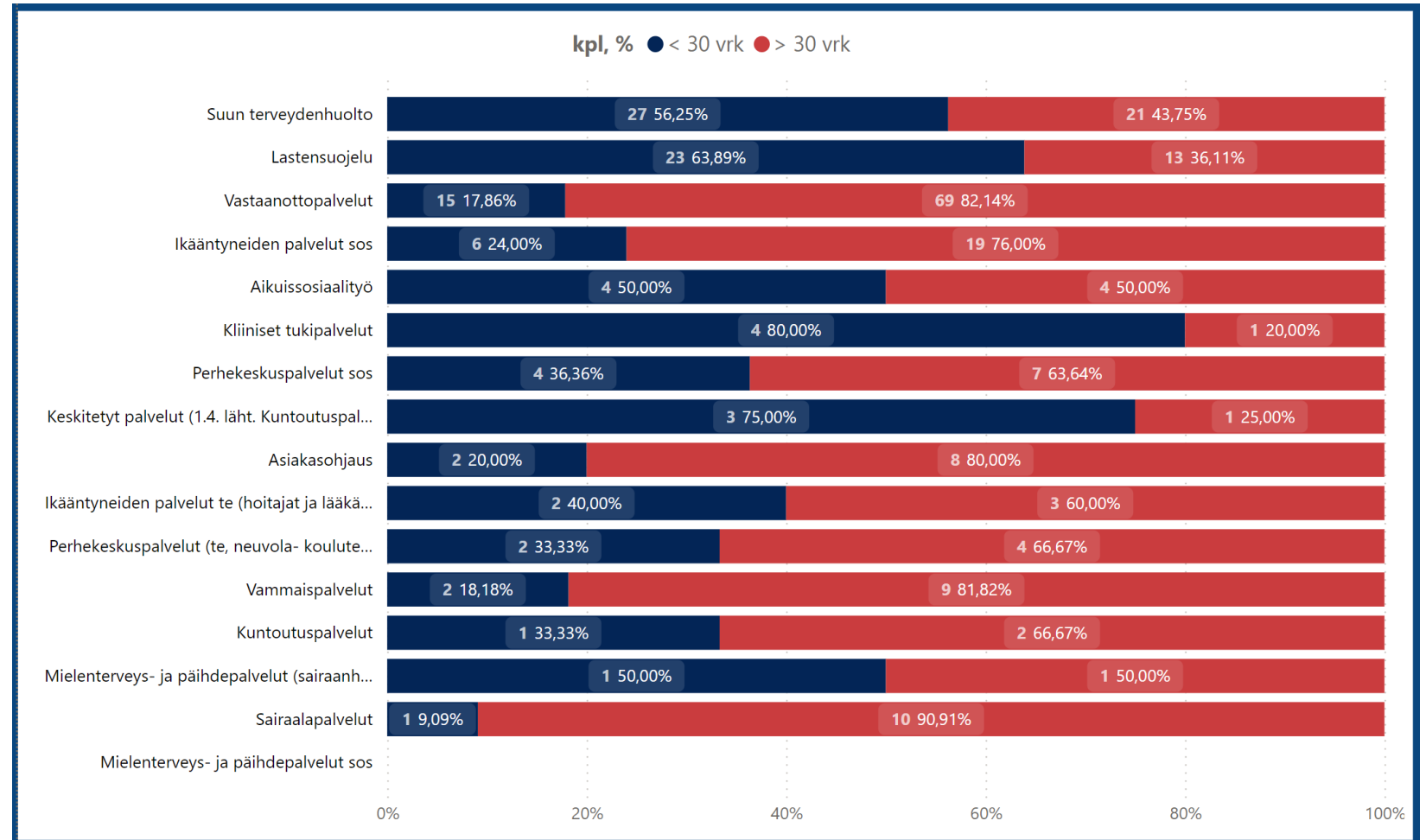
Kuva 21. Sosiaalihuollon muistutukset tulosalueittain

Muistutusten käsittelyajat

Kaikista muistutuksista 36% (97kpl) oli käsitelty tavoiteajassa eli alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa (tilanne 31.7.2024).

Kliiniset tukipalvelut olivat käsitelleet 80% (4kpl) muistutuksista alle 30 vuorokaudessa, kuntoutuspalvelut 75%, (3kpl), lastensuojelu 69% (23kpl), suun terveydenhuolto 56% (27kpl), mielenterveys- ja päihdepalvelut 50% (1kpl) ja aikuissosiaalityö 50% (4kpl).

Muut palvelualueet olivat käsitelleet alle puolet muistutuksista tavoiteajassa. (kuva 22).



Kuva 22. Muistutusten käsittelyajat tulosalueittain

Kantelut

Kanteluita saapui AVI:sta 17kpl ja oikeusasiamieheltä kaksi. Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnöitä saapui 43kpl, korvattavia vahinkoja on tilastoitu neljä ja ei korvattavia vahinkoja 22 kpl. (Kuva 23).

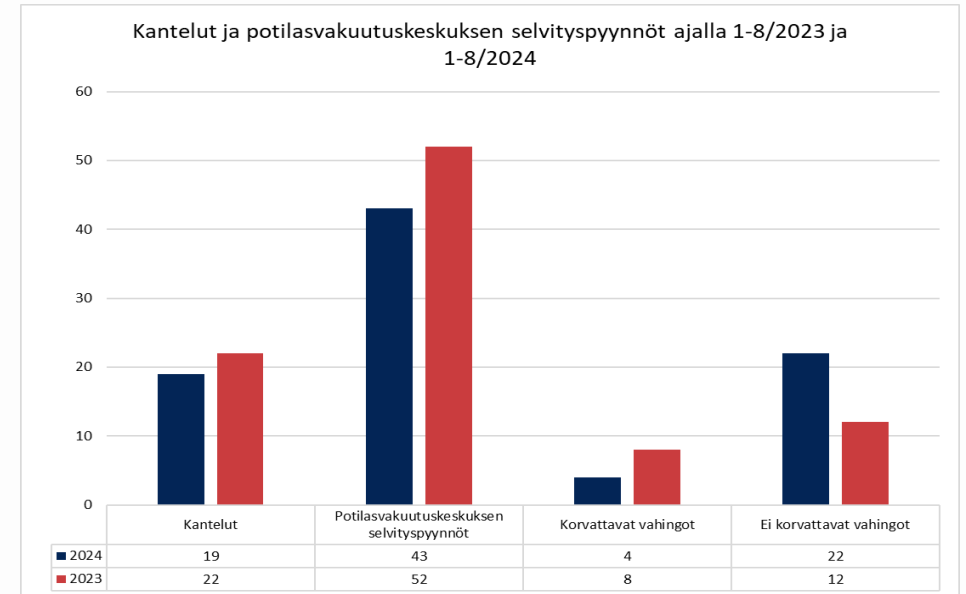
Kuva 26. AVI:lta saapuneita kanteluja saapui eniten helmikuussa ja heinäkuussa. Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnöiden määrät ovat tammikuun jälkeen laskusuunnassa. Kanteluiden ja potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnöiden määrät ovat hieman laskeneet edellisen vuoden vastaavaa ajankohtaan verrattuna. Samoin korvattavien vahinkojen määrä on laskenut ja toisaalta ei korvattavien vahinkojen määrä noussut. (kuva 24).

AVI:n kanteluista kohdistuivat vastaanottopalveluihin (6kpl), perhekeskuspalveluihin (2kpl), lastensuojeluun (2kpl) ja suun terveydenhuoltoon (5kpl).

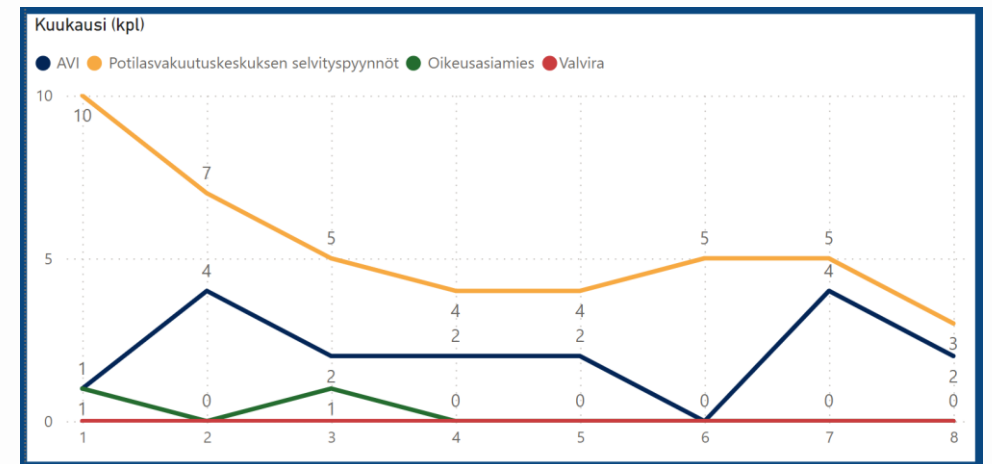
Oikeusasiamiehen kantelut kohdistuivat vammaispalveluihin (1kpl) ja kuntoutuspalveluihin (keskitetyt palvelut) (1kpl).

Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnöt kohdistuivat vastaanottopalveluihin (23kpl), suun terveydenhuoltoon (15kpl), neuvolapalveluihin (3kpl) ja sairaalapalveluihin (2kpl).

Korvattavia potilasvahinkoja tilastoitiin yksi vastaanottopalveluihin ja kaksi suun terveydenhuoltoon sekä kolme neuvolapalveluihin. Ei korvattavia vahinkoja tilastoitiin 16 vastaanottopalveluihin, viisi suun terveydenhuoltoon ja yksi kuntoutuspalveluihin (keskitetyt palvelut).



Kuva 23. Kantelut, potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnöt sekä korvattavat ja ei korvattava vahingot ajalla 1-8/2023 ja 1-8/2024



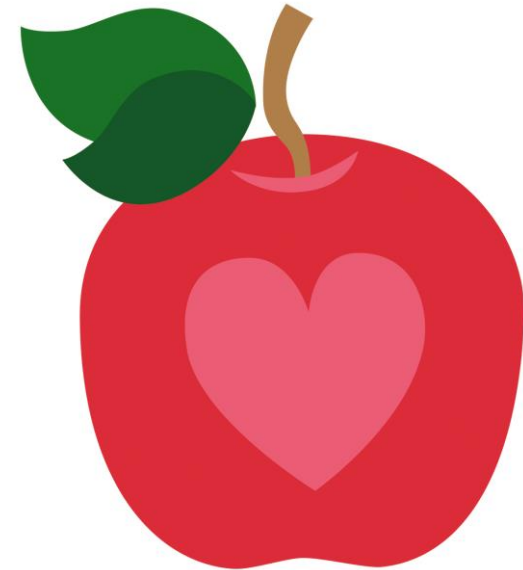
Kuva 24. kantelut ja vakuutuskeskuksen selvityspyynnöt kuukausittain

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot

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

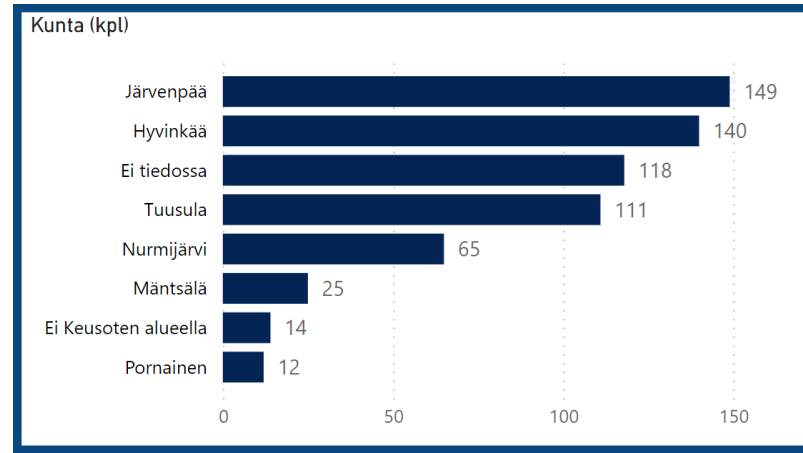
On tärkeää huomioida, että sosiaali- ja potilasasiavastaavat ovat puolueettomia henkilöitä, jotka eivät voi ottaa kantaa lääketieteelliseen hoitoon tai ammattihenkilöiden toimintaan. Vaikka joissakin tilanteissa sosiaali- ja potilasasiavastaava saattaisikin ymmärtää taustasyitä sille, miksi muistutusta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

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



Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot 1/2

Sosiaali- ja potilasasiavastaava vastaanotti 695 yhteydenottoa, joista 634 koski Keusoten tuottamia palveluja. Asiakkaita oli yhteensä 430 kpl ja uusia asioita 472 kpl. 163 yhteydenottoa koski siis samassa asiassa uudelleen asiointia. Eniten yhteydenotoista kohdistui Järvenpäähän ja Hyvinkäälle. 119 yhteydenotossa kunta ei ollut tiedossa (kuva 28.).

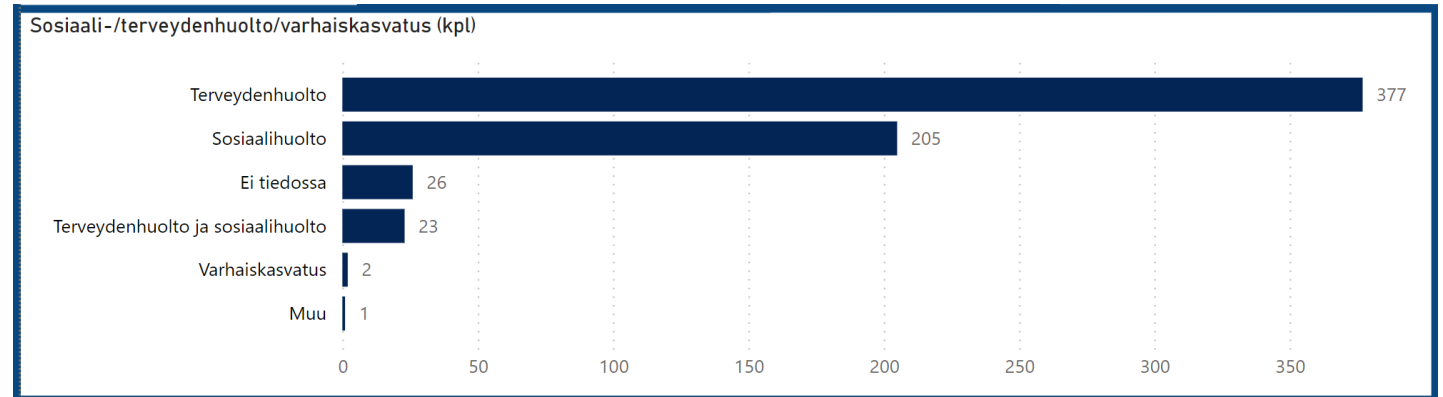


Kuva 25. Yhteydenotot kunnittain



Keusoten palveluja koskevista yhteydenotoista terveydenhuollon palveluihin kohdistui 377 yhteydenottoa ja sosiaalihuoltoon 205 yhteydenottoa. Varhaiskasvatuksen asioita oli 2 kpl. (kuva 29).

88,81% yhteydenotoista koski julkisia palveluja. 5,16% koski yksityisiä palveluja ja alle kaksi prosenttia ostopalveluyksiköitä.



Kuva 26. Yhteydenottojen jakautuminen terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja varhaiskasvatuksen asiakkaiden mukaan

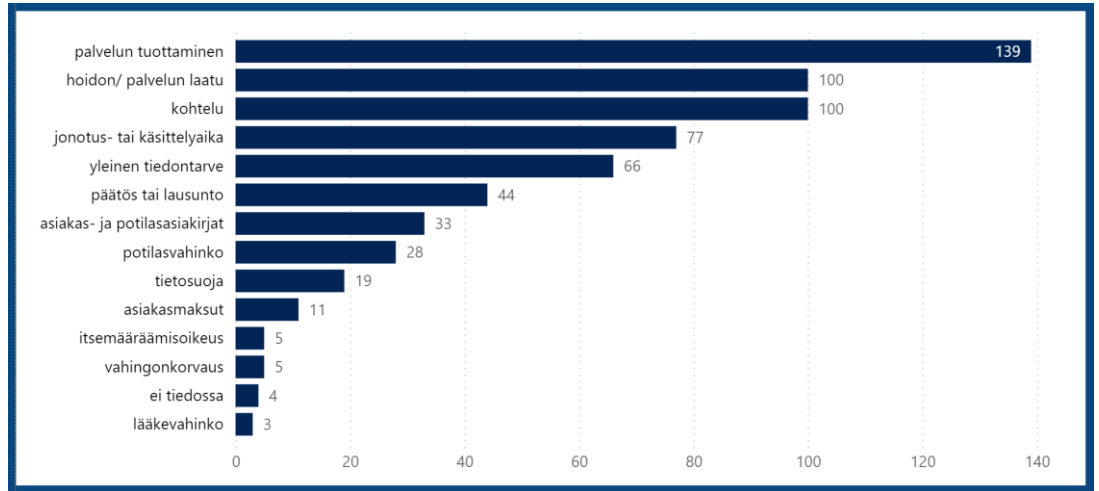
Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot 2/2

Keusoten palveluita koskevista yhteydenotoissa kolme eniten esiintyvää syytä olivat palvelun tuottaminen (139 kpl) , hoidon tai palvelun laatu (100 kpl) ja kohtelu (100 kpl) (kuva 27).

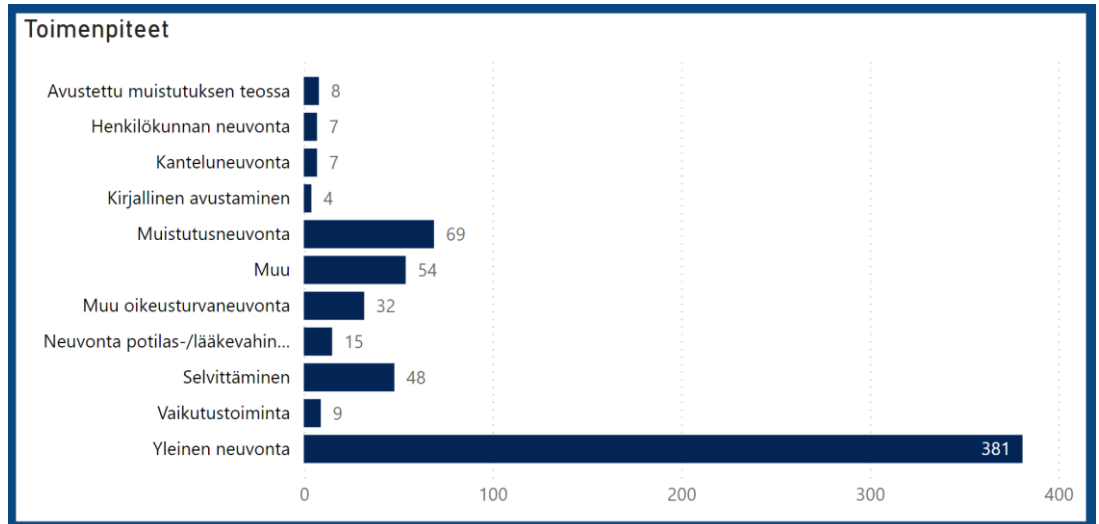
Sosiaalihuollon yhteydenotot painottuivat palvelun tuottamiseen (48kpl), kohteluun (46kpl) ja yleiseen tiedontarpeeseen (36kpl). Terveydenhuollon yhteydenotot painottuivat myös palvelun tuottamiseen (82kpl) sekä hoidon laatuun (72kpl) ja jonotus- ja käsittelyaikoihin (72kpl).

Sosiaalihuollon yhteydenotot koskivat eniten ikääntyneiden palveluja (54kpl), lastensuojelua (51kpl) ja aikuissosiaalityötä (42kpl) ja terveydenhuollon yhteydenotot vastaanottopalveluja (197kpl), suun terveydenhuoltoa (52kpl) ja sairaalapalveluja (53kpl).

Sosiaali- ja potilasasiavastaan toimenpiteistä 381kpl oli yleistä neuvontaa. Muistutusneuvontaa annettiin 69 kertaa johon on sisältynyt myös muistutusvastineiden tiedusteluja. Muu toimenpide (54kpl) sisältää tapaamisten sopimisia, asioiden ohjaamista oikealle taholle sekä asiakkaan tilannepäivityksiä. Vaikuttamistoimintaan (9kpl) on sisältynyt mm. yhteydenottoja esimiehiin sekä kirjaamoon (kuva 28.).



Kuva 27. Yhteydenotot aiheittain



Kuva 28. Sosiaali- ja potilasasiavastaavien toimenpiteet

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan huomiot



Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyyn liittyvissä yhteydenotoissa on noussut esille terveydenhuoltolain (1326/2010) vastaisia toimenpiteitä. Asiakkaita on esimerkiksi pyydetty soittamaan takaisin myöhemmin tai asiakkaita on asetettu jonoon määrittelemättömäksi ajaksi. Hoitoon pääsyn ongelmat nousevat esille myös muistutuksissa, jotka ovat suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn osalta lisääntyneet verrattuna viime vuoteen (2023/1-8>7 kpl, 2024/1-8>30 kpl). Samoin kanteluiden määrä on lisääntynyt edelliseen vuoteen verrattuna (vuosi 2023>2 kpl, vuosi 2024> 7 kpl). Vuonna 2024 kaikki suun terveydenhuollon kantelut ovat koskeneet hoitoon pääsyä.

Kokonaisuutta tarkastellessa potilasasiavastaavalle välittyy kuva, että vaikka epäkohdat on tunnistettu ja niiden korjaamiseksi on suunniteltu toimenpiteitä, ei viestintä asiakkaille/potilaille ole ollut riittävää. Asiakkailta voi olla myös osin vanhentuneet käsitykset suun terveydenhuollon hoitosuosituksista, joka on osaltaan saattanut lisätä hoitoon hakeutumista. Potilasasiavastaava korostaakin viestinnän merkitystä palveluja suunniteltaessa sekä sellaisissa poikkeustilanteissa, jotka vaikuttavat asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien ja aseman toteutumiseen lain edellyttämällä tavalla.

Valvira ohjeistaa toimintayksiköitä käsittelemään muistutukset asianmukaisesti ilman viivytyksiä. Vastauksen tulee lisäksi olla perusteltu ja käsittelyssä tulee huomioida asian ratkaisun merkitys asianosaisen jokapäiväisen elämän kannalta. Muistutuksista saatavaa tietoa olisi myös hyvä hyödyntää omavalvonnan kehittämisessä. (Valvira.)

Potilaiden ja asiakkaiden tekemien muistutusten käsittelyssä on kuitenkin havaittu puutteita erityisesti annettujen vastausten sisällössä. Lisäksi muistutuksiin vastaamisen käsittelyajat ovat olleet huomattavan pitkiä ja tavoiteaika (1 kk) ei ole toteutunut asianmukaisesti viimeisen kolmen vuoden aikana. Raportoitavalla ajalla vastineita on annettu jopa yli vuoden takaisiin muistutuksiin. Pitkittänyt käsittelyaika vaatisi toimenpiteitä tilanteen parantamiseksi. Selitys pitkittyneille käsittelyajoille voisi olla vastauspyyntöjen ohjautuminen väärään paikkaan, mikä viivästyttää prosessia. Tähän tilanteeseen pitäisi puuttua ja varmistaa, että prosessit ovat selkeitä ja sujuvia, jotta muistutuksiin vastaaminen tapahtuisi oikea-aikaisesti ja muistutuksista saatavaa tietoa pysyttäisiin hyödyntämään omavalvonnan kehittämisessä.

Asiakkaiden yhdenvertaisuus

Asiakkaiden yhdenvertaisuuden varmistaminen

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-8/2024

Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

Yhtenäiset palvelukuvaukset on laadittu ja palvelusisällöt yhtenäistetty hyvinvointialueen palvelukatalogiin.

Palvelukatalogi julkaistiin verkkosivuilla huhtikuussa.

Palvelukatalogista kerättyä palautetta hyödynnetään palvelukatalogin päivityksen yhteydessä syksyllä 2024.

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.

Laatutavoitteiden toteutuminen

- Laatutavoitteet ja yhteenveto laatutavoitteiden toteutumisesta
 - Asiakaskokemus
 - Henkilöstö
 - Asiakas- ja potilasturvallisuus
 - Kokonaisturvallisuus/Tietosuoja- ja tietoturvallisuus
 - Prosessit ja saatavuus
 - Omavalvonta ja valvonta

Strateginen johtaminen

Ihmislähtöisyys – yhteistyö - vaikuttavuus



Omavalvonta ja valvonta

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



Asiakaskokemus

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

Asiakas

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

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



Henkilöstö

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



Prosessit ja saatavuus


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



Asiakas- ja potilasturvallisuus – kokonaisturvallisuus – Keusoten laadun kivijalka

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

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 1/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakaskokemus			
NPS	Keski-Uudenmaan Hyvinvointialueen kumulatiivinen asiakaskokemus	> 80	55
Asiakaskokemuksen väittämät - Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun - Koin tulleen kuulluksi		> 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun 67 % Koin tulleen kuulluksi 73 %
Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 5 arkipäivää	1-8/2024 = 182/665 (27 %)
Muistutukset (lkm) käsitellään määräajassa	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja Valviran ohjeistus selvityksen antamisesta kohtuullisessa ajassa (1-4 vko)	< 30 vrk	36%
Muistutukset (lkm) aiheittain -Hoidon laatu, hoitoon pääsy, käytös/kohtelu	Muistutusten aiheiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	206kpl (+7%)
Kantelut (lkm)	Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	19kpl (-14%)


Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 2/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö			
QWL-indeksi	Työelämän laatu	> 55	58 %
Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön		75 %	71 %
Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusta edellytetään kaikilta ja on osa henkilöstön osaamisvaatimuksia.	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Kyllä/ei	Kyllä
Turvallisuussuunnitelmat kuuluvat osaksi henkilöstön perehdytystä	Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Kyllä/ei	Kyllä
NSS (Net Safety Score)	Kansallinen henkilöstön turvallisuusindeksi Henkilöstön oma kokemus Keusoten turvallisuudesta arviointiasteikolla 1-5. "Minulla olisi turvallinen olo, jos olisin yksikössäni asiakkaana tai potilaana".	Käyttöönotto syksyllä 2023 ja lähtötilatieto +53 2024: 55 % kokee olonsa turvalliseksi 2026: 60 % kokee olonsa turvalliseksi	Kyllä/NSS = +54

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 3/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee kyllä/ei	Kyllä. 1-8/2023 korvattiin 15% (8kpl) kaikista potilasvahinkoilmoituksista (52kpl). 1-8/2024 korvattiin 9% (4kpl) kaikista ilmoituksista (43Kpl). Korvattavien potilasvahinkojen määrä väheni 40%.
Vaaratapahtumailmoitusten lkm, joista Läheltä piti -tilanteiden %-osuus kaikista vaaratapahtumista kasvaa	Tavoite lisätä ilmoitusaktiivisuutta ja kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi	Ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3 %, läheltä piti -tapahtumien osuus yli 50 %	Läheltä piti ilmoitusten prosentuaalinen osuus kaikista tehdyistä ilmoituksista kasvoi edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna. Keskiarvo läheltä piti-ilmoitusten prosenttiosuudesta oli 19,7 % (1.1.-31.8.2023 18,7 %).
Lääke- ja nestehoitoon , verensiirtoon, varjotai merkkiaineeseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 19 %	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy	Läheltä piti -tapahtumia 23,5%
Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 4 %	Läheltä piti- tapahtumien osuus lisääntyy	Läheltä piti -tapahtumia 6,5 %
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 23 %	Läheltä piti-tapahtumien osuus lisääntyy	Läheltä piti -tapahtumia 23,0 %


Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 4/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Vakavien vaaratapahtumien lkm, %-osuus kaikista vaaratapahtumista	Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) 1.1.2023 alk. täsmennetty tavoite v. 2021 raporttiin pohjautuen Vakavien vaaratapahtumien osuus v. 2021 oli 0,73 %	< 1 %	Vakavia vaaratapahtumia 0,08 % (32 kpl) kaikista vaaratapahtumista.
Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määrääjassa	Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireagointiaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk	< 2 kk	Ensireagointi keskimäärin 20 pvää ja käsittelyaika 27 pvää (kokonaan valmiiksi käsiteltyjen ilmoitusten keskimääräinen käsittelyaika)
Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määrääjassa	Palvelulupaus	< 14 vrk	19 vrk
RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä	RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä. Keusoten alueen yli 75-vuotiaat 17 823 (31.12.2022).	RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä nousee kyllä/ei	Kyllä, RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä on noussut. 2468 RAI-arvioitua asiakasta (14 %)


Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto 5/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus			
Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaltuutetulle tehdään 72h sisällä		< 72 h	96 %
Julk.lain mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 vk	26,96 % (toteuma 1-7 / 2024 koska elokuun läpimenoajat saadaan vasta lokakuussa)
GDPR:n mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 1 kk	23,69 % (toteuma 1-7 / 2024 koska elokuun läpimenoajat saadaan vasta lokakuussa)
Lokitietopyynnöt (lkm) käsitellään määräajassa	Lokipyynnöt – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 kk	80,71 % (toteuma 1-7 / 2024 koska elokuun läpimenoajat saadaan vasta lokakuussa)
Vakavat tietoturvahäiriöt (MIM)	Vakavien tietoturvahäiriöiden tavoite lkm vuositasolla	0	0
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Varautuminen ja jatkuvuuden hallinta			
KUJA-arviointimallia toteutetaan vuosittain hyvinvointialueen varautumisen ja palveluiden jatkuvuudenhallinnan kehittämiseen.		Taso 3	Ei toteutunut.
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Palo- ja pelastusturvallisuus			
Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat on laadittu, katselmoitu ja henkilöstön saatavilla	Pelastussuunnitelma sisältää 3 dokumenttia 1) pelastussuunnitelma, 2) pelastussuunnitelman riskien arviointi ja 3) tarvittaessa suunnitelma kiinteistön väestönsuojan tyhjentämisestä Poistumisturvallisuusselvitykset sisältävät kaksi dokumenttia A ja B osat.	100 %	Hyväksytyjä pelastussuunnitelmia yhteensä 26 kpl ja poistumisturvallisuusselvityksiä 32 kpl (Prosenttiosuudet ei tiedossa)

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 6/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Prosessit ja saatavuus			
Asiakaslähtöiset palveluketjut (ydinprosessit) on segmentoitu ja asiakasprosessit kuvattu.		4 palveluketjua 16 segmentoitua asiakasprosessia	Toteutettu 2022-2023. Jatkokehittämisen raportointi toteutuu osana käyttösuunnitelman seurantaa.
Päivittäisjohtamisen toimintamalli toteutuu kaikissa yksiköissä	Lean	100 %	Toimipisteessä on käytössä päivittäisjohtamisen taulu: <ul style="list-style-type: none">- Käytössä kaikissa toimipisteissä: 58 vastausta.- Käytössä, mutta ei kaikissa toimipisteissä: 21 vastausta.- Ei ole käytössä: 43 vastausta.
SHQS-laatuohjelman mukaiset itsearviointitoteutuvat kaikissa yksiköissä	Kaikissa palveluissa on SHQS-laatuohjelma. SHQS-laatuohjelman toteuttamisella arvioidaan palveluiden laadunhallinnan tilannetta verraten sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin ja hyviin käytäntöihin sekä hyvinvointialueen omiin ohjeistuksiin.	100 %	Itsearviointitoteutuksen on aloittanut palvelukokonaisuuksista 90 %. Itsearviointitoteutettu laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti.
Lakisääteiset määräajat	Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat ja toteutumista seurataan Laapo-suunnitelman luvun 4.4 mukaisesti	100 %	Toteutuu osittain. Raportoidaan osana käyttötalouden toteutumisen raportointia.

Laatutavoitteiden toteutuminen – yhteenveto 7/7

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma 1-8/2024
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Valvonta ja omavalvonta			
Omavalvontasuunnitelmat on laadittu ja julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla.	Sosiaali- ja terveystalvotujen laatua, turvallisuutta ja riskien ennaltaehkaisyyta toteutetaan kaikissa palveluyksiköissä omavalvontasuunnitelman mukaisella omavalvonnalla.	100 %	97 % (74/76)
Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma on jalkautettu palvelutuotannon yksiköihin.	Asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä hyvinvointialueen Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti.	100 %	Jalkauttamisen työkalu laadittu ja tiedotettu esihenkilöitä.
Lääkehoito toteutetaan turvallisesti laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	Lääkehoitosuunnitelmat laadittu 100 %	Kyllä, hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelma laadittu. Ei, yksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelmien tilanteesta ei saatavilla kattavaa tietoa.
SHQS sisäiset auditoinnit toteutetaan säännöllisesti vuosisuunnitelman mukaisesti.	SHQS sisäisillä auditoinneilla arvioidaan palvelujärjestelmän toimivuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta; arvioimalla laadunhallintajärjestelmän, standardin, lainsaadannon, tavoitteiden, asiakas- ja potilas- sekä viranomaisvaatimusten mukaisuutta.	100 %	Sisäiset auditoinnit toteutetaan aikataulun mukaisesti syys-marraskuussa 2024.
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	449 henkilöä (v. 2023 276 hlöä) on suorittanut koulutussuunnitelman mukaiset koulutukset.

Hyvinvointia yhdessä

KEUSOTE.FI