



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Omavalvontaohjelman seurantaraportti 1-4/2024

Käsitelty johtoryhmässä 28.5.2024 ja aluehallituksessa 4.6.2024

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.

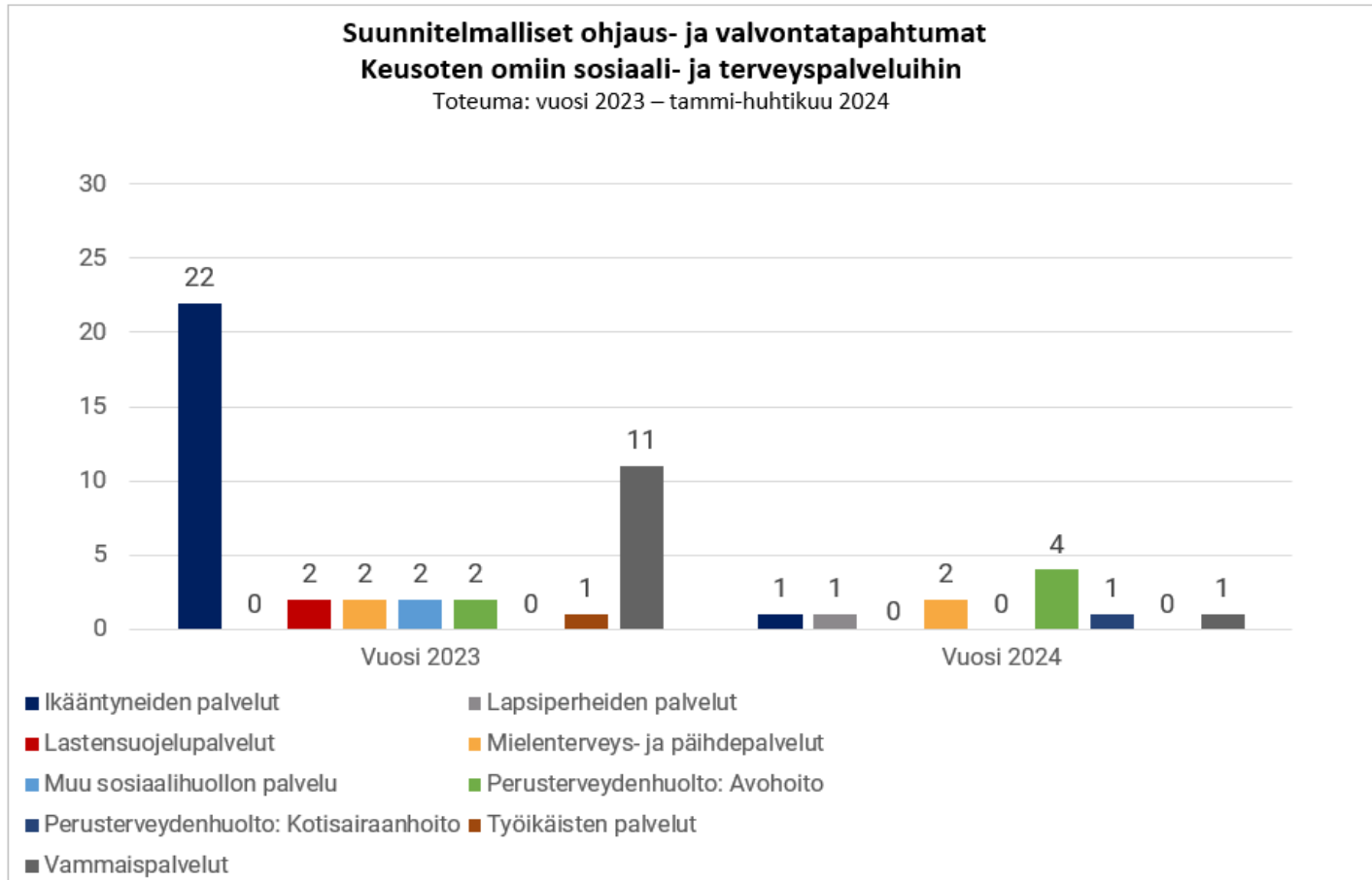
Asiakaskokemus ja osallisuus

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

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat



Kuva 1. Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat Keusoten omiin sosiaali- ja terveystapahtumiin. Toteuma vuosi 2023 - tammi-huhtikuu 2024.

Vuosi 2023:

Yhteensä: 42 kpl

- Ikääntyneiden 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
- Työikäisten palvelut: 1 kpl
- Vammaispalvelut: 11 kpl

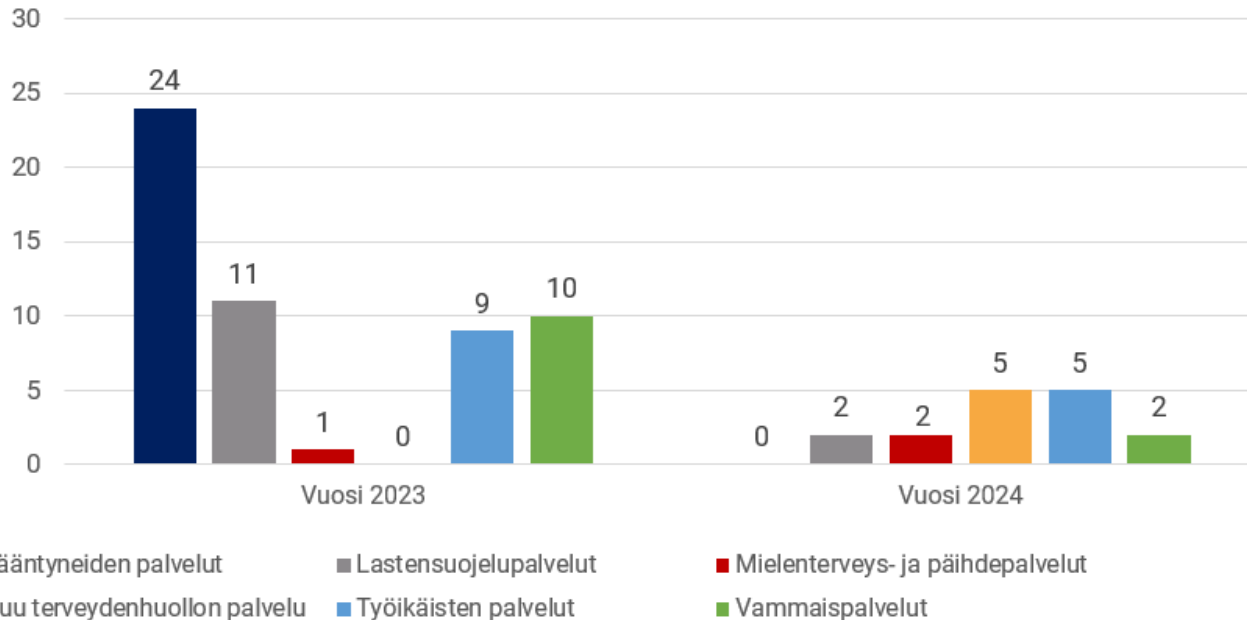
Tammi-huhtikuu 2024:

Yhteensä: 10 kpl

- Ikääntyneiden 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
- Työikäisten palvelut: 0 kpl
- Vammaispalvelut: 1 kpl

Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat

**Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat
yksityisten sosiaali- ja terveystalvelutuottajien yksiköihin**
Toteuma: vuosi 2023 – tammi-huhtikuu 2024



Kuva 2. Suunnitelmalliset ohjaus- ja valvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveystalvelutuottajien yksiköihin. Toteuma vuosi 2023 – tammi-huhtikuu 2024.

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-huhtikuu 2024:

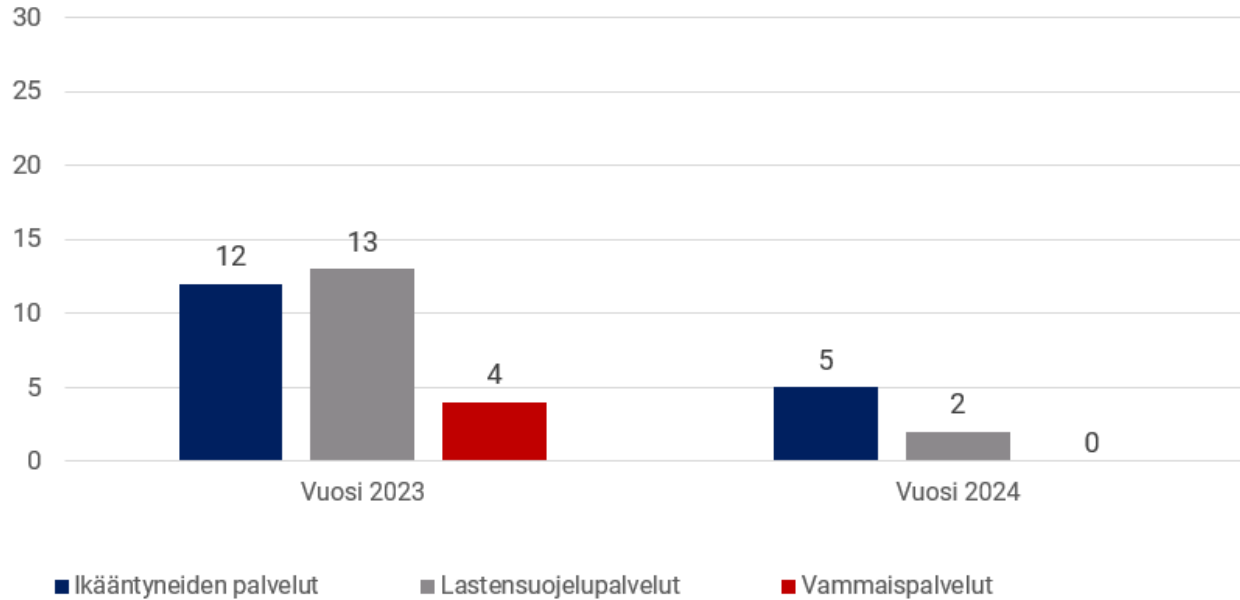
Yhteensä: 16 kpl

- Ikäntyneiden palvelut: 0 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 2 kpl
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut: 2 kpl
- Muu terveydenhuollon palvelu: 5 kpl
- Työikäisten palvelut: 5 kpl
- Vammaispalvelut: 2 kpl

Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat

Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin

Toteuma: vuosi 2023 – tammi-huhtikuu 2024



Kuva 3. Reaktiiviset ja jatkovalvontatapahtumat yksityisten sosiaali- ja terveystuottajien yksiköihin. Toteuma vuosi 2023 – tammi - huhtikuu 2024.

Vuosi 2023:

Yhteensä: 29 kpl

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

Tammi-huhtikuu 2024:

Yhteensä: 8 kpl

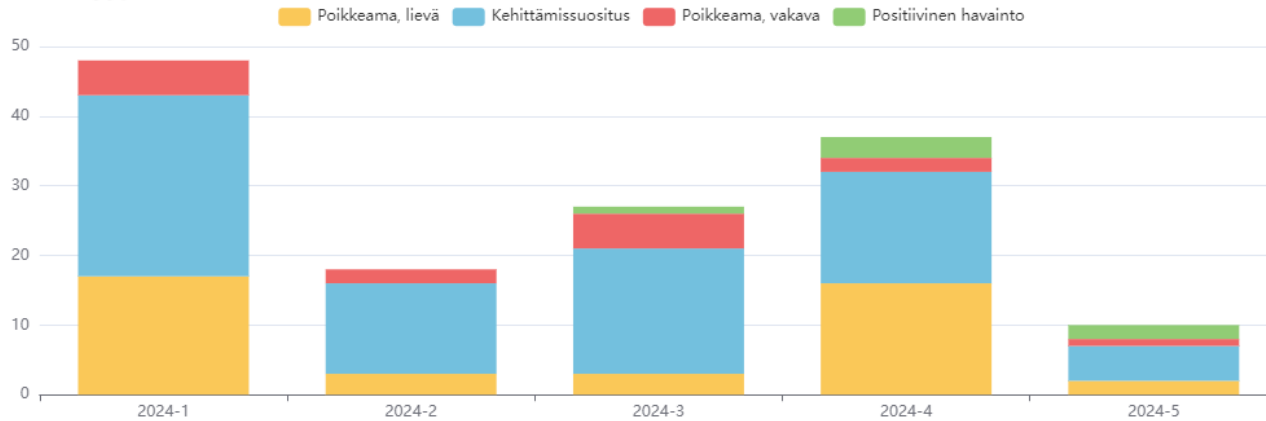
- Ikäntyneiden palvelut: 5 kpl
- Lastensuojelupalvelut: 3 kpl
- Vammaispalvelut: 0 kpl

Valvonnan havainnot

Havainnot

 140
havaintoja yhteensä

Havaintotyytit



Kuva 4: Ajalla 1.1.-15.5.2024 tehtyjen valvontahavaintojen lukumäärä yhteensä 140 kpl (vuonna 2023 452 kpl). Eri valvontahavaintotyyppien lukumäärät kuukausittain:

- Tammikuu 2024: poikkeama vakava 5 kpl, kehittämissuositus 26 kpl, poikkeama lievä 17 kpl, positiivinen havainto 0 kpl
- Helmikuu 2024: poikkeama vakava 2 kpl, kehittämissuositus 13 kpl, poikkeama lievä 3 kpl, positiivinen havainto 0 kpl
- Maaliskuu 2024: poikkeama vakava 5 kpl, kehittämissuositus 18 kpl, poikkeama lievä 3 kpl, positiivinen havainto 1 kpl
- Huhtikuu 2024: poikkeama vakava 2 kpl, kehittämissuositus 16 kpl, poikkeama lievä 16 kpl, positiivinen havainto 3 kpl
- Toukokuu 2024 (1.-15.5.2024): poikkeama vakava 1 kpl, kehittämissuositus 5 kpl, poikkeama lievä 2 kpl, positiivinen havainto 2 kpl

- Vakavia poikkeamia yhteensä 15 kpl
- Lieviä poikkeamia yhteensä 41 kpl
- Kehittämissuosituksia yhteensä 78 kpl
- Positiivisia havaintoja yhteensä 6 kpl

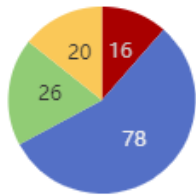
Valvonnan havainnot ja toimenpiteet

Havaintojen käsittely



Käsittelytila

- Muokattavana
- Avattu
- Suljettu
- Valmis



Kuva 5: Palveluyksiköiden käsittelemien valvontahavaintojen määrä ja käsittelytila.

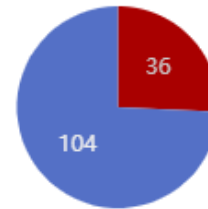
- Havaintoja on käsitelty yhteensä 46 kpl
 - Valmiita (palveluntuottaja käsitelty): 20 kpl
 - Suljettu (valvoja hyväksynyt käsittelyn): 26 kpl
- Avattu (käsittelyssä olevia havaintoja): 78 kpl
- Muokattavana (ei vielä käsittelyssä): 16 kpl

Toimenpiteet



Toimenpiteitä yhteensä

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

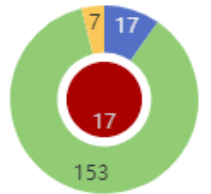


Kuva 6: Palveluyksiköiden tekemiä korjaavia toimenpiteitä yhteensä 194 kpl, (toimenpiteitä 203 kpl v. 2023)

- Valvontahavainnot, joissa toimenpiteitä 104 kpl.
- Valvontahavainnot, joissa ei ole toimenpiteitä 36 kpl.

Toimenpiteiden tila

- Kesken
- Valmis
- Yliajalla
- Ei aloitettu



Kuva 7: Palveluyksiköiden tekemien toimenpiteiden tila.

- Kesken 17 kpl
- Valmis 153 kpl
- Yliajalla 7 kpl
- Ei aloitettu 17 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.
- 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 poissaolutilanteissa.
- Muistutuksiin vastaaminen ei kaikilta osin toteudu lain mukaisessa kohtuullisessa määräajassa.
- Tietojärjestelmissä toistuvia toimintahäiriöitä.

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.

SHQS itsearviointien toteuma ja havainnot

SHQS-itsearviointien tilannekuva

| Arviointiteema (arviointiteema sisältää useita arvioitavia kriteereitä) | keskiarvo 2024 |
|---|-------------------|
| 1. Strateginen ohjaus | 3.22 |
| 2. Johtamisjärjestelmä | 3.53 |
| 3. Tietojohtaminen | 3.3 |
| 4. Ennakoiva laadunhallinta | 3.12 |
| 5. Organisaation turvallisuus | 3.17 |
| 6. Voimavarojen hallinta | 3.27 |
| 7. Prosessien hallinta | 3.24 |

SHQS-itsearviointien arviointiasteikko

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

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

Itsearvioinneissa tunnistettujen kehittämistoimenpiteiden tilanne

- Kesken: 265 kpl
- Valmis: 25 kpl
- Myöhässä: 19 kpl
- Kehittämistoimenpiteitä yhteensä: 290 kpl

SHQS-itsearviointien pohjalta kehittämisessä nousee vahvasti:

1. Omavalvonta, joka koskettaa mm. omavalvontasuunnitelmien osalta terveyspalveluita uutena asiana.
2. Etäpalvelu on lisääntynyt ja toiminnan varmistamiseen liittyen nousee kehittämistehtäviä useiden palveluiden osalta
3. Tiedolla johtamisen osalla on kehittämisessä keskitytty siihen, että sataisiin ajantasaista tietoa, pystyttäisiin mittaamaan palveluiden toiminnan vaikuttavuutta sekä tiedon dokumentointiin, tallentamiseen ja jakamiseen.
4. Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisen osalta nousee esiin lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten mittaus- ja seurantalaitteiden toimivuuden luotettavuus ja niihin liittyvien epäkohtien ilmoittaminen

Ulkoisten auditointien tulosten yhteenveto

Ensimmäiset ulkoiset auditoinnit toteutettiin maaliskuussa 2024 ikääntyneiden palveluihin. 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.



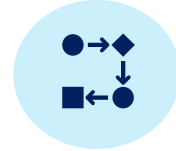
Jatkuva parantaminen

on juurtunut hyvin osaksi toimintaa. Toimintaa kehitetään mm. poikkeamatietoa, saatua asiakaspalautetta ja sisäisten auditointien sekä valvontakäyntien tuloksia hyödyntäen. Jatkuvan parantamisen tauluja on osin käytössä.



Riskiperusteinen ajattelu

Johtamisessa on huomioitu riskiperusteinen ajattelu. Riskejä tunnistetaan, niille on määritelty hallintakeinoja ja riskit on huomioitu toiminnan kehittämisessä. Valvontasuunnitelman laadinnassa on huomioitu riskiperusteisuus.



Moniammatillinen prosessin johtaminen

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



Tietoon perustuva päätöksenteko

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



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



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. Ilmoituksien käsittelystä on sovittu käytäntö. Ilmoitukset käydään läpi mm. ikääntyneiden asiakasohjauksessa päivittäin.
9. Sisäisten auditointien tuloksia hyödynnetään osana jatkuvaa parantamista.
10. Itsearviointeissa 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



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 ensiapuvälineistöissä 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



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

| Palvelujen saatavuuden varmistaminen | | |
|---|---|---|
| Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu | | |
| Keskeiset indikaattorit seurantamittarit | Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-4/2024 | Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus |
| Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat 100 % Tarkempi kuvaus Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelmassa 2023-2024 luku 4.4 | Järjestäjän tilannekuvan seurannan vakiointi hyvinvointialueen johtoryhmässä kuukausittain, käyttöönotto käynnistetty 4/2024. Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein. | Havaitut poikkeamat ja niiden korjaamistoimenpiteet dokumentoitu johtoryhmän kokousmuistioihin. |
| Palveluverkko on suunniteltu siten, että palvelut ovat saatavilla asukkaiden palvelutarpeen mukaisesti | Hyvinvointialueen palvelujen verkostosuunnitteluun 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 30 118 asiakasta, joista 19 830 (66%) 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

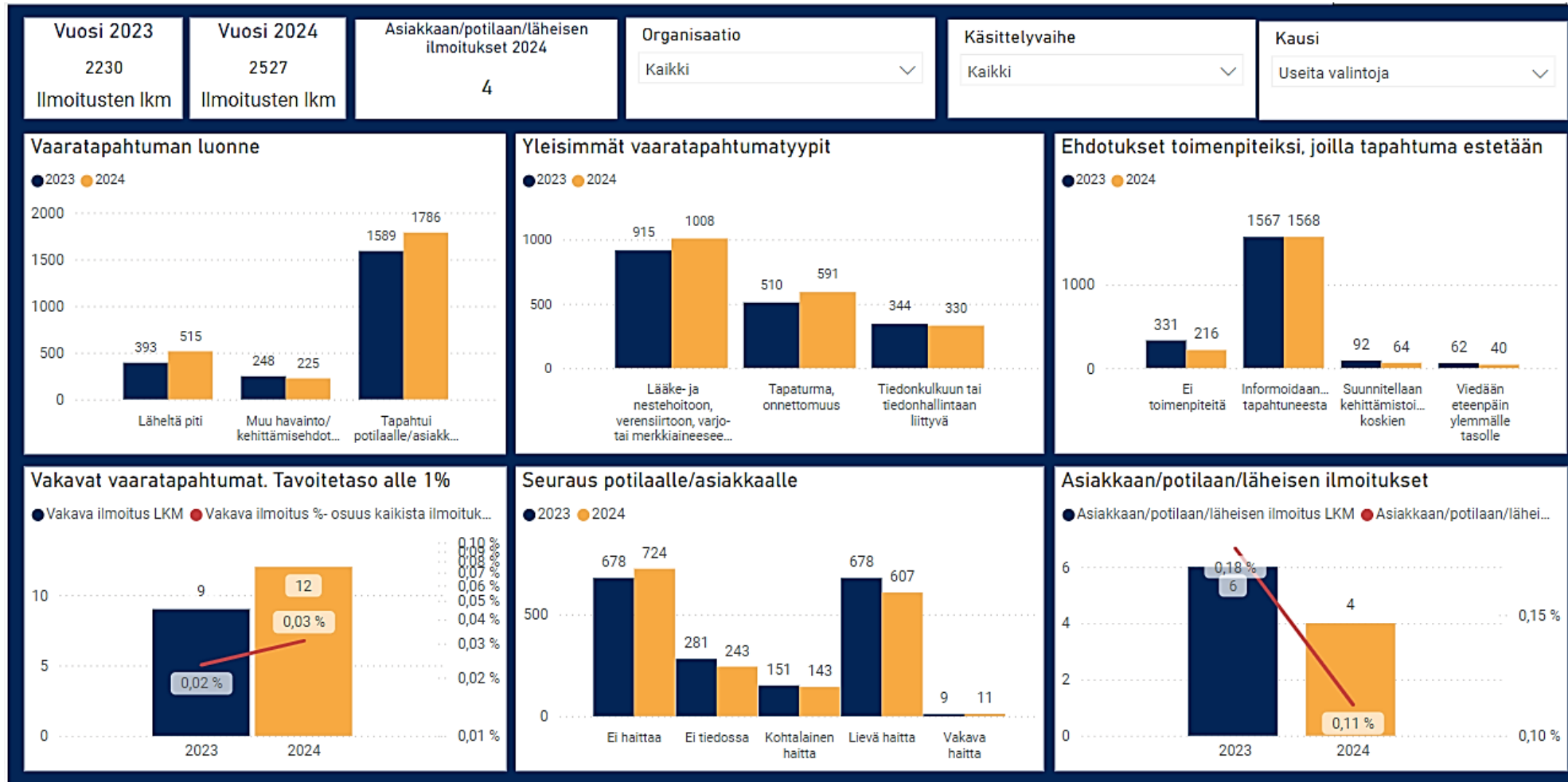
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu

| Keskeiset indikaattorit seurantamittarit | Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-4/2024 | 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 toteutuvat 8/2024 aikana. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän vaatimusluettelon toteutumisen osalta merkittäviä puutteita ja huonosta käytettävyydestä aiheutuu merkittävää haittaa asiakastyössä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttökätkot ja häiriötilanteet ovat aiheuttaneet tietosuojan ja tietoturvan kannalta useita vaaratilanteita. | Toimintahäiriötilanteet, haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset on käsitelty kokonaisturvallisuuden työryhmässä. Ongelmia ratkaistaan yhteistyössä järjestelmän toimittajan kanssa. |
| Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset | Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia yht. 357 kpl (13,8 % kaikista vaaratapahtumista) | Niistä potilas-/asiakastietojen tiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyviä ilmoituksia oli 126 kpl (35,29 %) Kirjaamiskäytäntöjä, ohjeita ja perehdytystä kehitetty. |
| 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 syksyllä 2024. | |
| 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. | |

Turvallisuus ja laatu

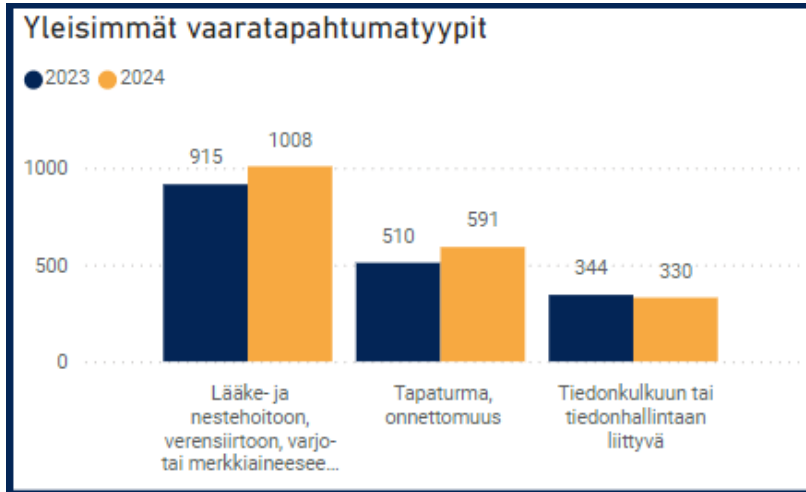
- Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat
- Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi tehdyt toimenpiteet

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

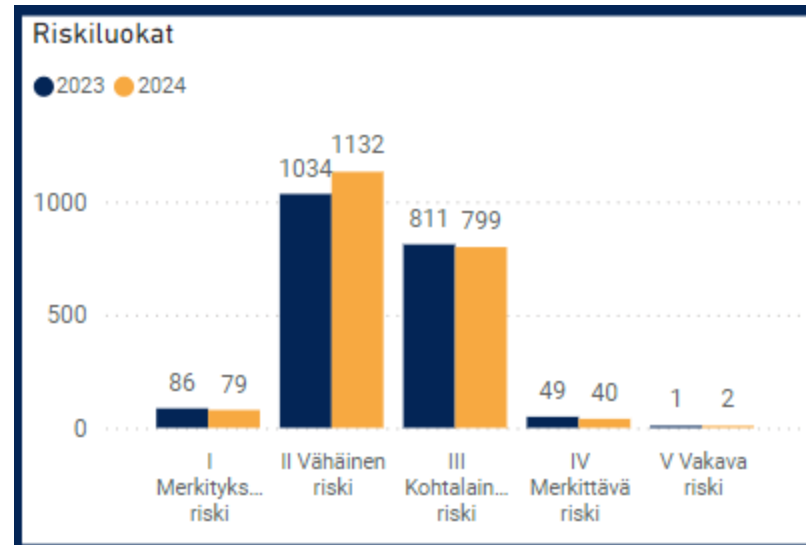


Kuva 8: Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat 1-4/2024

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat



Kuva 9: Yleisimmät vaaratapahtumatyytit 1-4/2023 ja 1-4/2024



Kuva 10: Riskiluokat 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Tarkastelujaksolla 1.1.-30.4.2024 vaaratapahtumailmoitusten yleisimmät tapahtumatyytit olivat lääke- ja nestehoitoon (1008 kpl), tapaturmiin ja onnettomuuksiin (591 kpl) sekä tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan (330 kpl) liittyviä tilanteita (kuva 9).

Muutokset edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna jakoutuivat tapahtumatyyppien osalta seuraavasti:

- Lääke- ja nestehoitoon liittyvien vaaratapahtumien osuus kasvoi 10,1 % (+93 kpl)
- Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien vaaratapahtumien osuus kasvoi 15,9 % (+81 kpl)
- Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvien vaaratapahtumien osuus väheni – 4,1 % (-14 kpl)

Yleisimpiin vaaratapahtumatyyppihin liittyvät poikkeamat ja niihin liittyvät kehittämistoimenpiteet on kuvattu tarkemmin dioilla 22-24.

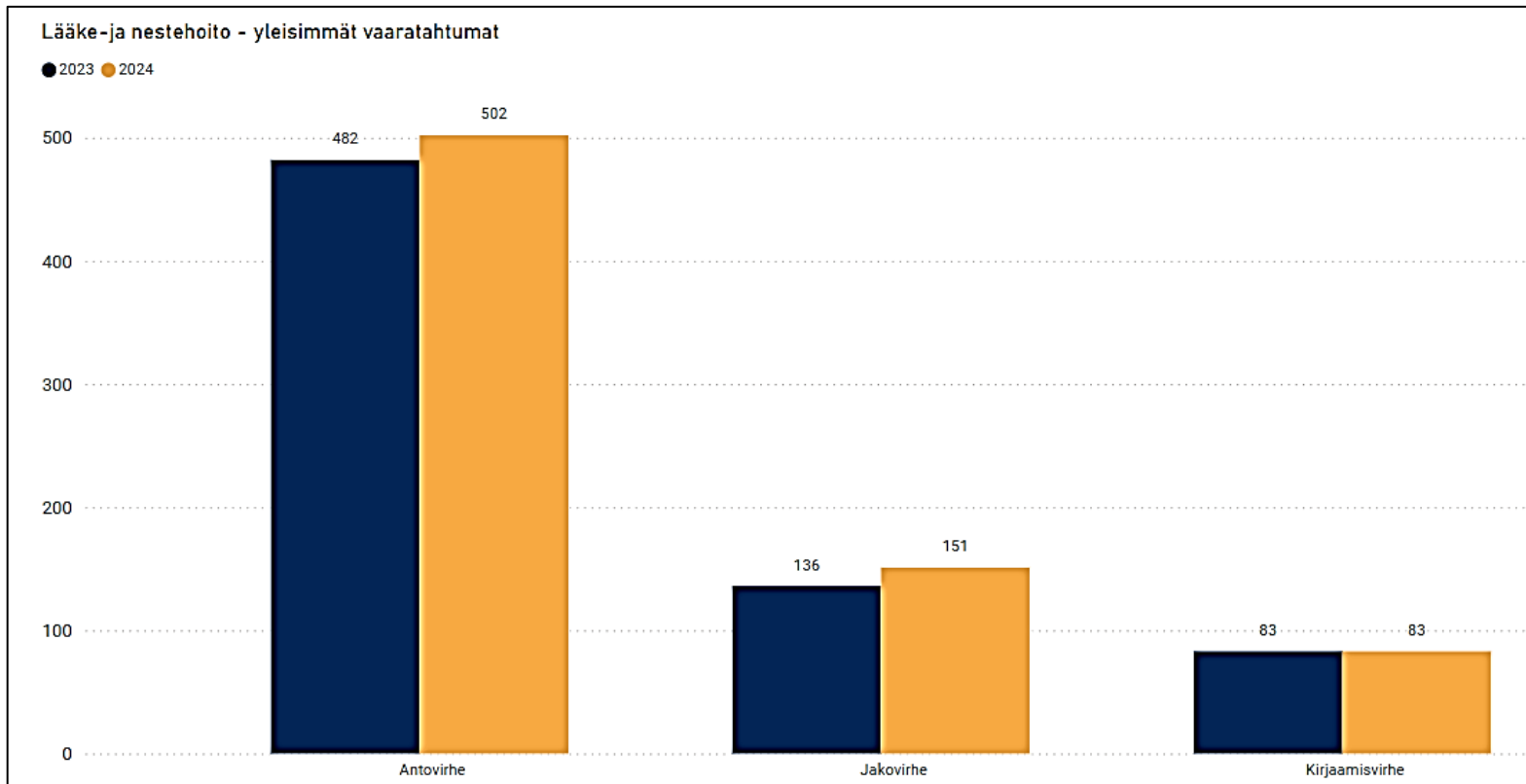
Vaaratapahtumailmoitukset luokitellaan riskiluokkiin I–V (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen, merkittävät, vakava). Ajalla 1.1.-30.4.2024 riskiluokat jakoutuivat seuraavanlaisesti (kuva 10):

- I Merkityksetön: 79 kpl
- II Vähäinen riski: 1132 kpl
- III Kohtalainen riski: 799 kpl
- IV Merkittävä riski: 40 kpl
- V Vakava riski: 2 kpl

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

Lääke- ja nestehoito, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 11: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Antovirheet: antovirheiden määrät ovat kasvaneet hiukan (+20 kpl). Antovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Lääke, neste tai verituote antamatta 170 kpl
- Muu syy 111 kpl
- Väärä ajankohta 80 kpl

Jakovirheet: jakovirheiden määrät ovat kasvaneet hiukan (+15 kpl). Jakovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Lääke jakamatta 58 kpl
- Väärä annos tai vahvuus 28 kpl
- Muu syy 20 kpl

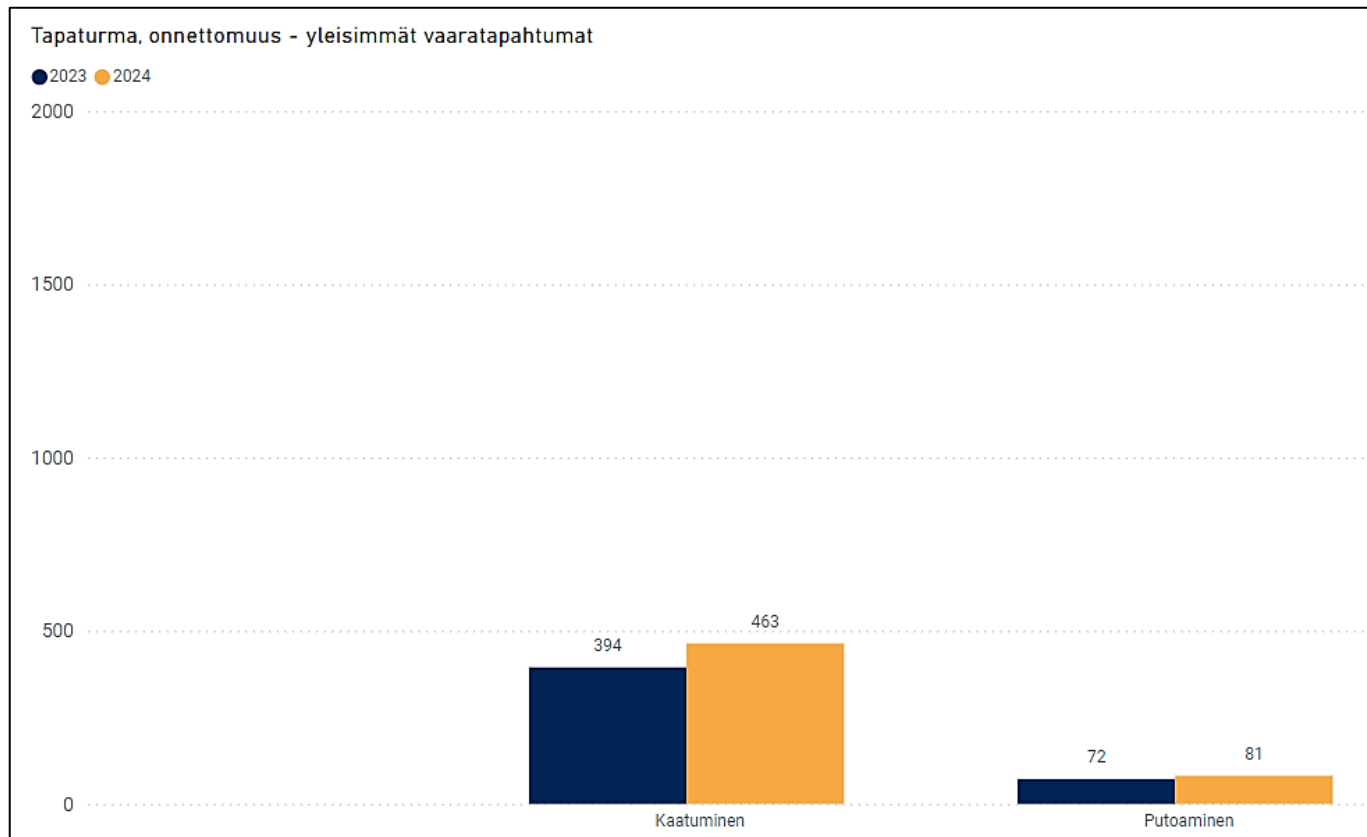
Kirjaamisvirheet: kirjaamisvirheiden määrät ovat pysyneet ennallaan. Kirjaamisvirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Muu syy 32 kpl
- Lääke kirjaamatta 14 kpl

Kehittämistoimenpiteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen käsikirja. Lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan ja lääkehoidon osaamiseen varmistaminen, kouluttaminen ja perehdyttäminen.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

Tapaturmat ja onnettomuudet, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 12: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Kaatumiset: Kaatumiseen liittyvät vaaratapahtumat ovat kasvaneet + 69 kpl. Ilmoitetuissa kaatumiseen liittyvissä vaaratapahtumissa ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä on tehty seuraavasti:

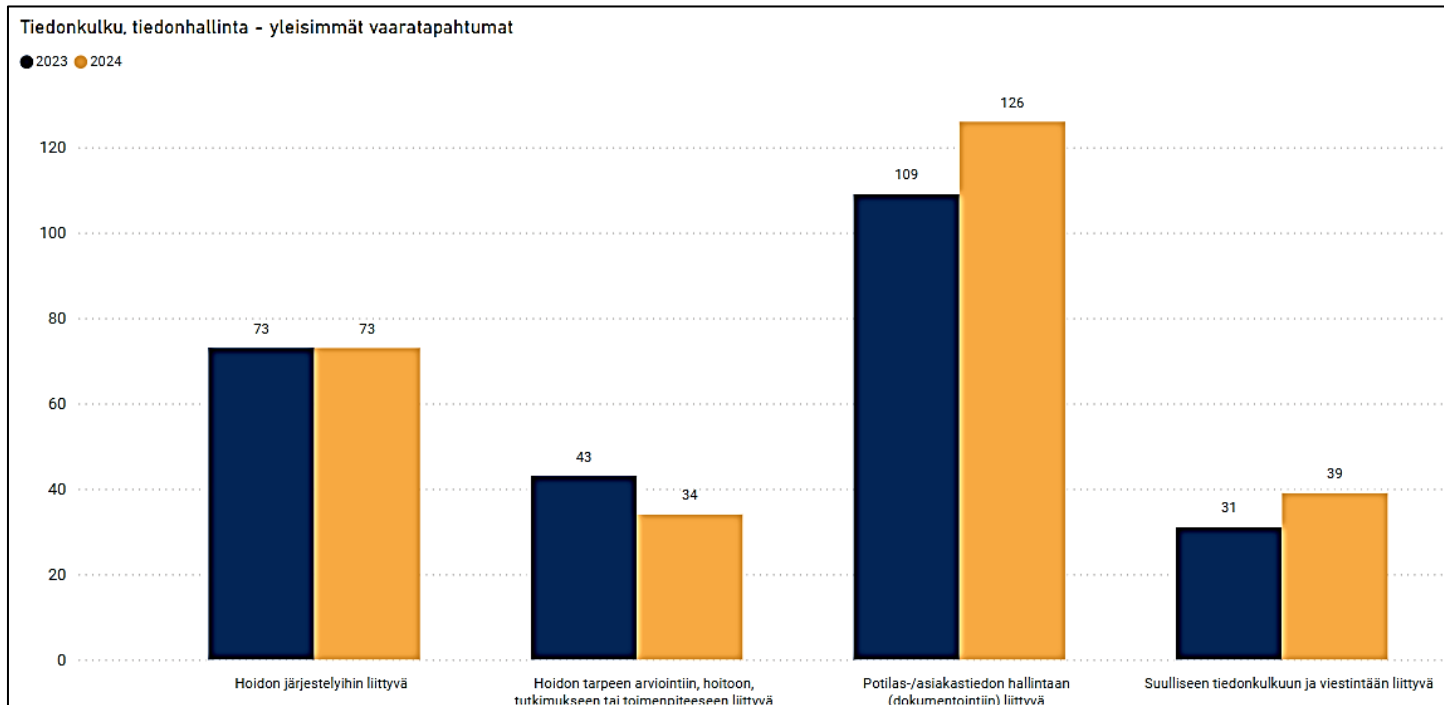
- kaatumisriskin arvio on tehty 138 potilaalle/asiakkaalle
- 88 asiakkaan/potilaan kohdalla on tunnistettu erittäin korkea kaatumisvaaran riski.

Putoamiset: Putoamiseen liittyvät vaaratapahtumat ovat hiukan kasvaneet +9 kpl

Kehittämistoimenpiteet: Kaatumisten ennaltaehkäisyn toimintamallin kehittäminen ja jalkauttaminen, toteutuu osana RRP2-hanketta.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

Tiedonkulku ja tiedonhallinta, yleisimmät vaaratapahtumat



Kuva 13. Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Hoidon järjestelyt: hoidon järjestelyihin liittyvät vaaratapahtumat ovat pysyneet ennallaan. Hoidon järjestelyihin liittyvistä vaaratapahtumista suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin:

- Syy ei tiedossa 26 kpl
- Lähetä hoitoon tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 18 kpl
- Väärä, virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohje 18 kpl

Hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteisiin liittyvät vaaratapahtumat ovat vähentyneet 9 kpl.

Potilas-/asiakastietojen hallintaan liittyvät vaaratapahtumat ovat lisääntyneet 17 kpl. Yleisimmät poikkeamien syyt ovat:

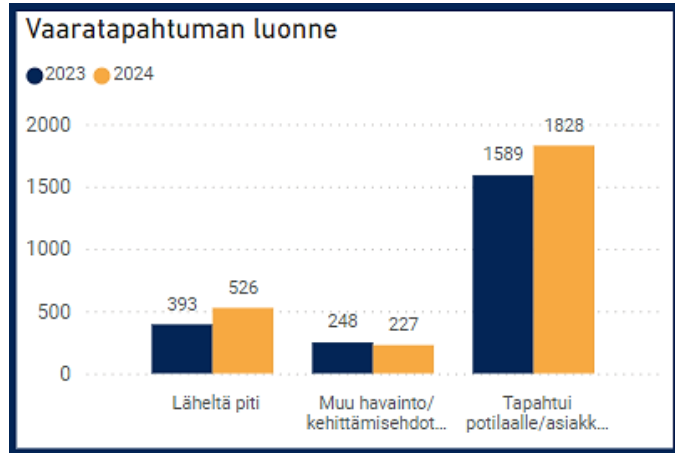
- Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilas-/asiakastieto 48 kpl
- Muu syy 40 kpl
- Tietojen haku järjestelmästä tai syöttö järjestelmään estynyt 17 kpl

Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvät vaaratapahtumat ovat lisääntyneet hiukan 8 kpl. Yleisimmät poikkeamien syyt ovat:

- Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 19 kpl
- Väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto 6 kpl
- Välitetty väärä, epätarkka tai puutteellinen tieto 6 kpl

Kehittämistoimenpiteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen käsikirja, ISBAR-menetelmän käyttö ja kouluttaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

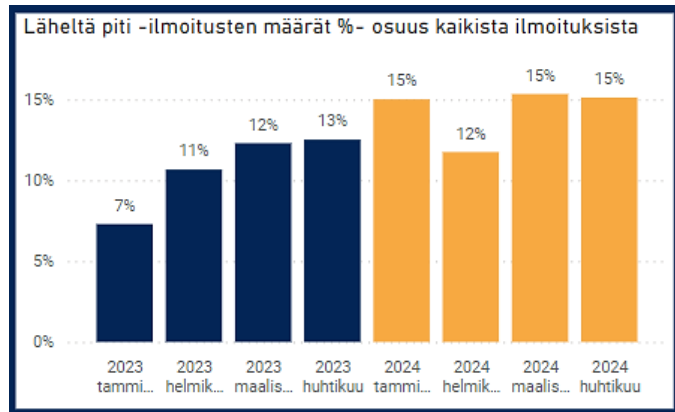


Kuva 14: Vaaratapahtuman luonne 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Vaaratapahtumailmoitusten luonne jaotellaan ”läheltä piti”-tapahtumiin ja ”tapahtui potilaalle/asiakkaalle”-tapahtumiin sekä muihin havaintoihin/kehittämisehdotuksiin. Ajalla 1.1.-30.4.2024 vaaratapahtumailmoitusten luonne jakautui seuraavanlaisesti: Tapahtui potilaalle/asiakkaalle: 1828 kpl, Läheltä piti: 526 kpl, Muu havainto/kehittämisehdotus:784 kpl (kuva 14).

Muutokset edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna jakautuivat tapahtumatyyppien osalta seuraavasti:

- Tapahtui potilaalle/asiakkaalle osuus kasvoi 15 % (+239 kpl)
- Läheltä piti osuus kasvoi 33,8% (+133 kpl)
- Muu havainto/kehittämisehdotusten osuus laski -8,5 % (-21 kpl)

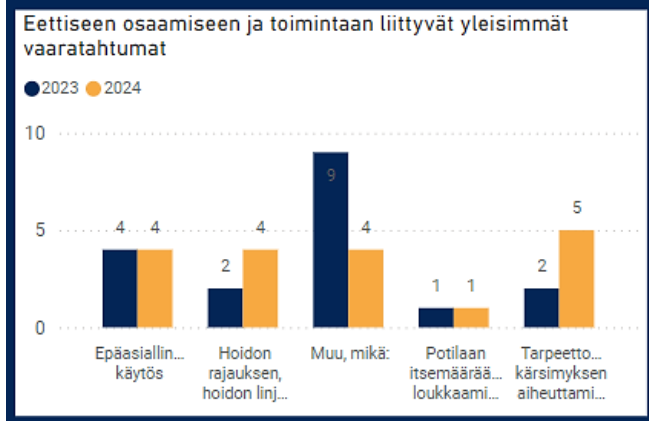


Kuva 15: Läheltä piti-ilmoitusten %-osuus kaikista ilmoituksista kuukausittain 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Läheltä piti ilmoitusten prosentuaalinen osuus kaikista tehdyistä ilmoituksista kasvoi edellisvuotiseen tarkastelujaksoon verrattuna (kuva 15). Tarkastelujakson 1.1.-30.4.2024 keskiarvo läheltä piti-ilmoitusten prosenttiosuudesta oli 14,3 % (1.1.-30.4.2023 10,8 %).

Tavoitteena vuosille 2023-2024 on määritelty, että asiakas- ja potilasturvallisuuden läheltä piti-tapahtumien osuus on yli 50 % kaikista ilmoituksista.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

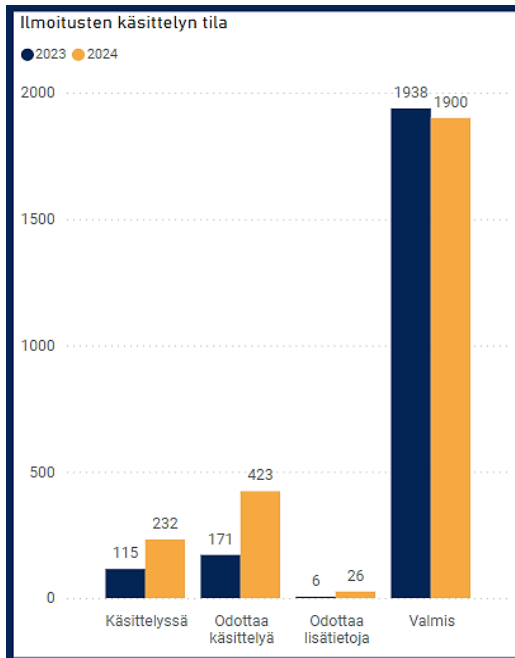


Kuva 16: Eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Vaaratapahtumien tyyppiluokittelussa käytettävä eettiseen osaamiseen ja toimintaan liittyvä tapahtumatyypit oli valittuna tarkastelujaksolla 1.1.-30.4.2024 18:ssa ilmoituksessa ja jakautui tarkemmin seuraavanlaisesti (kuva 16):

- epäasiallinen käytös 4 kpl,
- hoidon rajaus/hoidon linjaus/hoidon laiminlyönti 4 kpl,
- muu 4 kpl, potilaan itsemääräämisoikeuden loukkaaminen 1 kpl ja
- tarpeettoman kärsimyksen aiheuttaminen 5 kpl.

Edellisvuoden tarkastelujaksoon verrattuna kokonaismäärissä ei ole tapahtunut muutoksia.



Kuva 17: Ilmoitusten käsittelyn tila 1-4/2023 ja 1-4/2024.

Ilmoitusten käsittelyn tila muodostuu vaaratapahtumien raportille seuraavasti: odottaa käsittelyä, käsittelyssä, odottaa lisätietoja ja valmis (kuva 17).

Tarkastelujaksolla 1.1.-30.4.2024 tehtyjen ilmoitusten käsittelyn tila jakautui:

- odottaa käsittelyä 423 kpl
- käsittelyssä 232 kpl
- odottaa lisätietoja 26 kpl
- valmis 1900 kpl (75,2 % kaikista ilmoituksista)

Laadun, omavalvonnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet

- **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 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.
 - Omavalvontasuunnitelman seurantaan ja raportointiin suunniteltu koulutukset esihenkilöille, toteutettu 4/2024.
- **Asiakas- ja potilasturvallisuuden arvioinnin edistäminen**
 - RAI-arviointijärjestelmän avulla arvioidaan sosiaali- ja terveystarpeiden 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.
- **Turvallisuuskävelyitä ja talokokouksia toteutettu strategisen johtoryhmän linjauksen mukaisesti**
 - Dokumentointia ja raportointia kehitetty ja vakioitu (IMS-järjestelmä)
 - Turvallisuuskävelyitä on toteutettu kyseisellä ajanjaksolla 21 kertaa
 - Talokokouksia on toteutettu kyseisellä ajanjaksolla 35 kertaa.

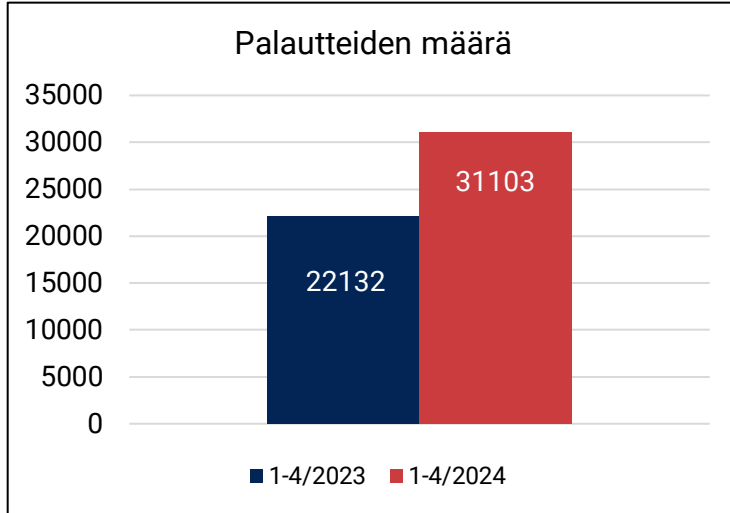
Laadun, omavalvonnan, asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet

- **Terveydenhuollon laiteturvallisuuden käytäntöjen kehittäminen ja varmistaminen:**
 - Laiteturvallisuuden kehittämissuunnitelman 2023-2025 toimenpiteet on käynnissä.
 - Lääkintälaitevastuuhenkilöt on nimetty ja tehtävänkuva valmis.
 - Laitevastuuhenkilöverkosto 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 osaamisen varmistamisen prosessi aloitettu. Tavoitteena sen valmistua 30.9.2024 mennessä.
 - Laitteiden huoltojen ja korjausten esiselvitys aloitettu.
- **Turvallisen lääkehoidon kehittäminen ja varmistaminen:**
 - Lääkehoidon perehdytyslomakkeen päivitys ja jalkautus.
 - Lääkehoidon lisäkoulutuksia on tehty ja tallennettu OIVAan.
 - Lääkehoidon arviointeja aloitettu.
 - Farmaseuttivetoinen PKV -lääkkeiden purkamisprosessi käynnissä JUST ja Hyrylän vastaanotoilla.
 - Kotihoidon ja vammaispalvelujen lääkehoitosuunnitelmien laatimista koordinoitu farmaseuttien toimesta.
 - Lääkelupaprosessien käytänteiden parantamistoimenpiteet jatkuvat (lupien sisältöjen päivitys, prosessin selkiyttäminen).
- **Vakavien vaaratapahtumien systemaattinen seuranta ja toimenpiteet**
 - Vakavia vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty n. 2 viikon välein
 - Käynnistetty yhteensä 4 tutkintaa, jotka kohdistuivat lääkehoitoon, potilaan hoidon tarpeen arviointiin sekä toimintaan akuutissa tilanteessa.
 - Vakavien vaaratapahtumien tutkinnoista nousseet kehittämistoimenpiteet kohdistuivat lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan vahvistamiseen yksiköissä sekä kriittisten toimintaohjeiden päivittämiseen, ajantasaisten ohjeiden saatavuuteen sekä hoidon tarpeen arviointiin liittyvän osaamisen vahvistamiseen akuuttitilanteissa.
 - 6 vakavaa vaaratapahtumailmoitusta on palautettu normaaliin käsittelyprosessiin ja annettu kehittämissuosituksset sekä jatkotoimenpiteet.

Asiakaskokemus ja osallisuus

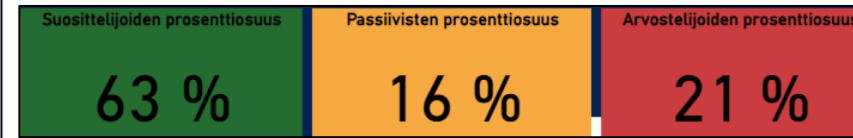
- Asiakaskokemus ja asiakaspalautteet
- Muistutukset ja kantelut
- Sosiaali- ja potilasasiavastaavatoiminta
- Asiakkaiden yhdenvertaisuus

Asiakaskokemus ja asiakaspalautteet

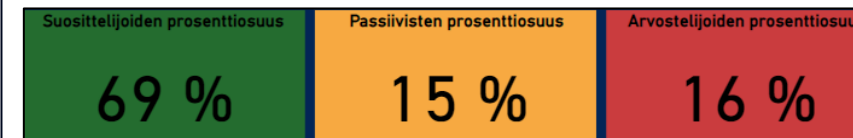


Kuva 18: Ajalla 1-4/2023 palautteita saapui 22 132 kpl. Ajalla 1-4/2024 palautteita saapui 31 103 kpl. Kasvua palautevolyymissä 41 %.

NPS 43 1-4/2023

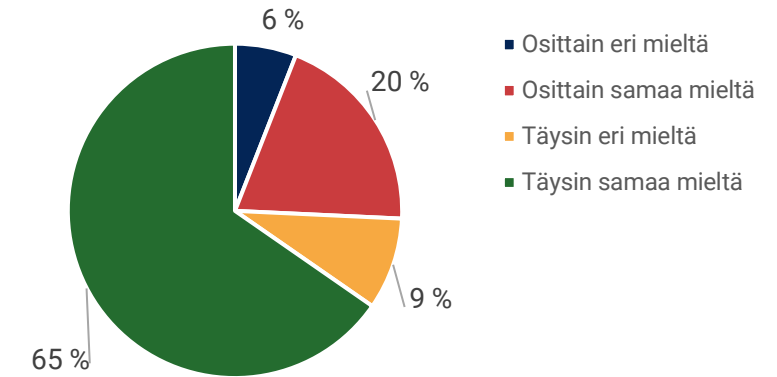


NPS 53 1-4/2024



Kuva 19: Keusoten NPS ajalta 1-4/2024 oli 53. Vuonna 2023 NPS oli 43 vastaavana aikana. NPS parani +10. Suositelijoiden prosenttiosuus vastaajista parani kuusi prosenttiyksikköä.

Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun



Kuva 20: Ajalla 1-4/2024 yhteensä 65 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän: "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" kanssa. Ajalla 1-4/2023 yhteensä 63 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajien prosenttiosuus parani kolme prosenttiyksikköä.

Kiitosta saimme

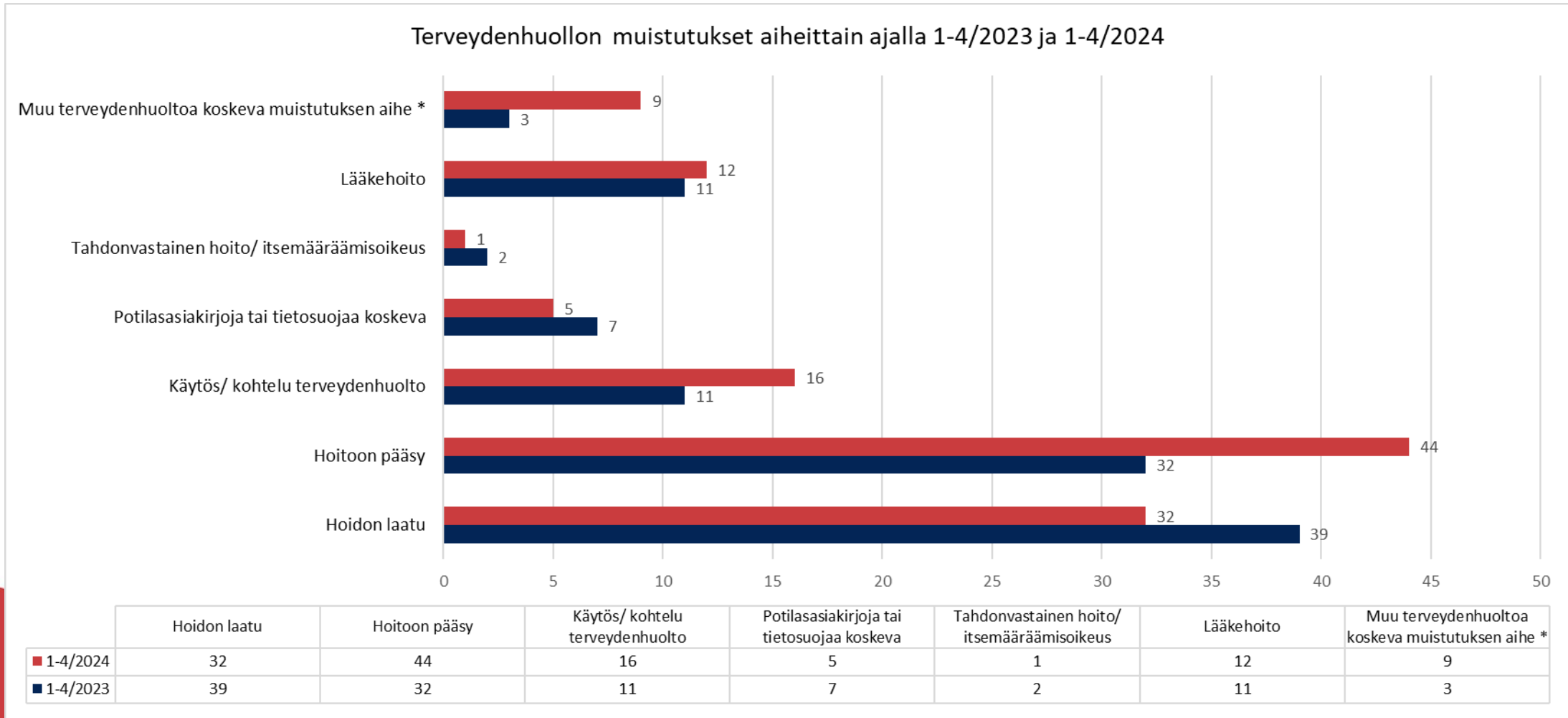
- Palvelu on koettu hyväksi, asiantuntevaksi ja osaavaksi.
- Kohtaaminen on ollut hyvää ja kunnioittavaa.
- Yksittäiset työntekijät saaneet myös runsaasti kiitoksia ja kannustuksia.

Kritiikkiä saimme

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

Terveydenhuollon muistutukset

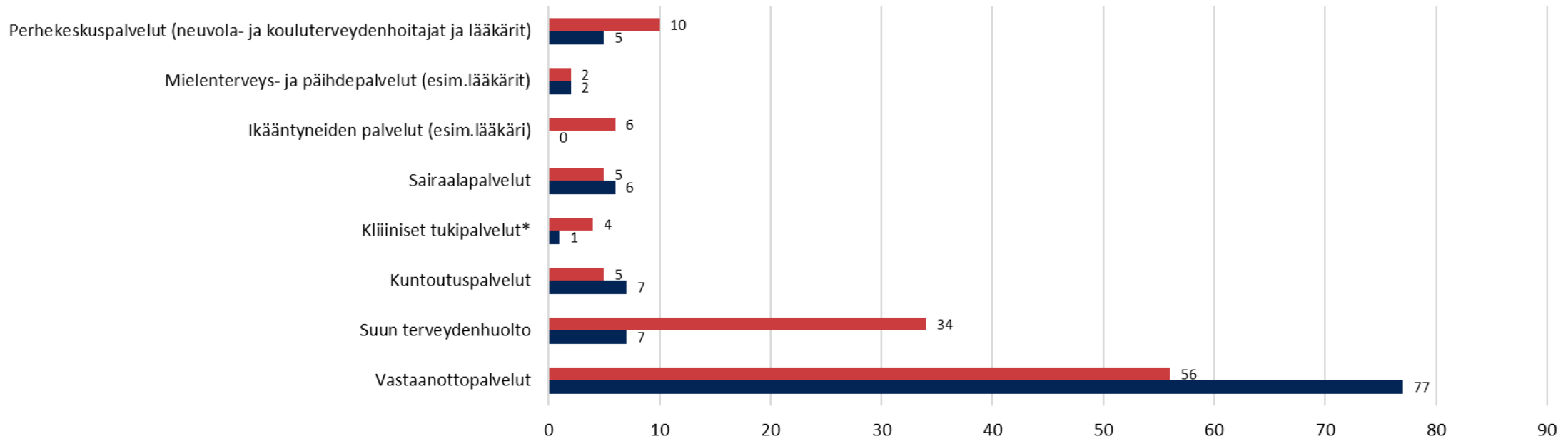
Kuva 21. Ajalla 1-4/2024 terveydenhuollon muistutuksia saapui 124 kpl. Muistutusten aiheista suurin osa liittyi hoitoon pääsyyn (44kpl) ja hoidon laatuun (33kpl). Hoitoon pääsyyn liittyvät muistutukset ovat hieman lisääntyneet verrattuna viime vuoden vastaavaan ajankohtaan. Hoidon laatuun liittyvät muistutukset ovat puolestaan hieman vähentyneet.



Terveysthuollon muistutukset

Kuva 22. Perhekeskuspalveluissa, ikääntyneiden palveluissa, kliinisissä tukipalveluissa sekä suun terveydenhuollossa muistutusten määrä on suurempi kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana. Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyyn liittyvien muistutusten määrä on yli 200% enemmän kuin edellisenä vuotena vastaavaan aikaan (1-4/2023 1kpl, 1-4/2024 22kpl)

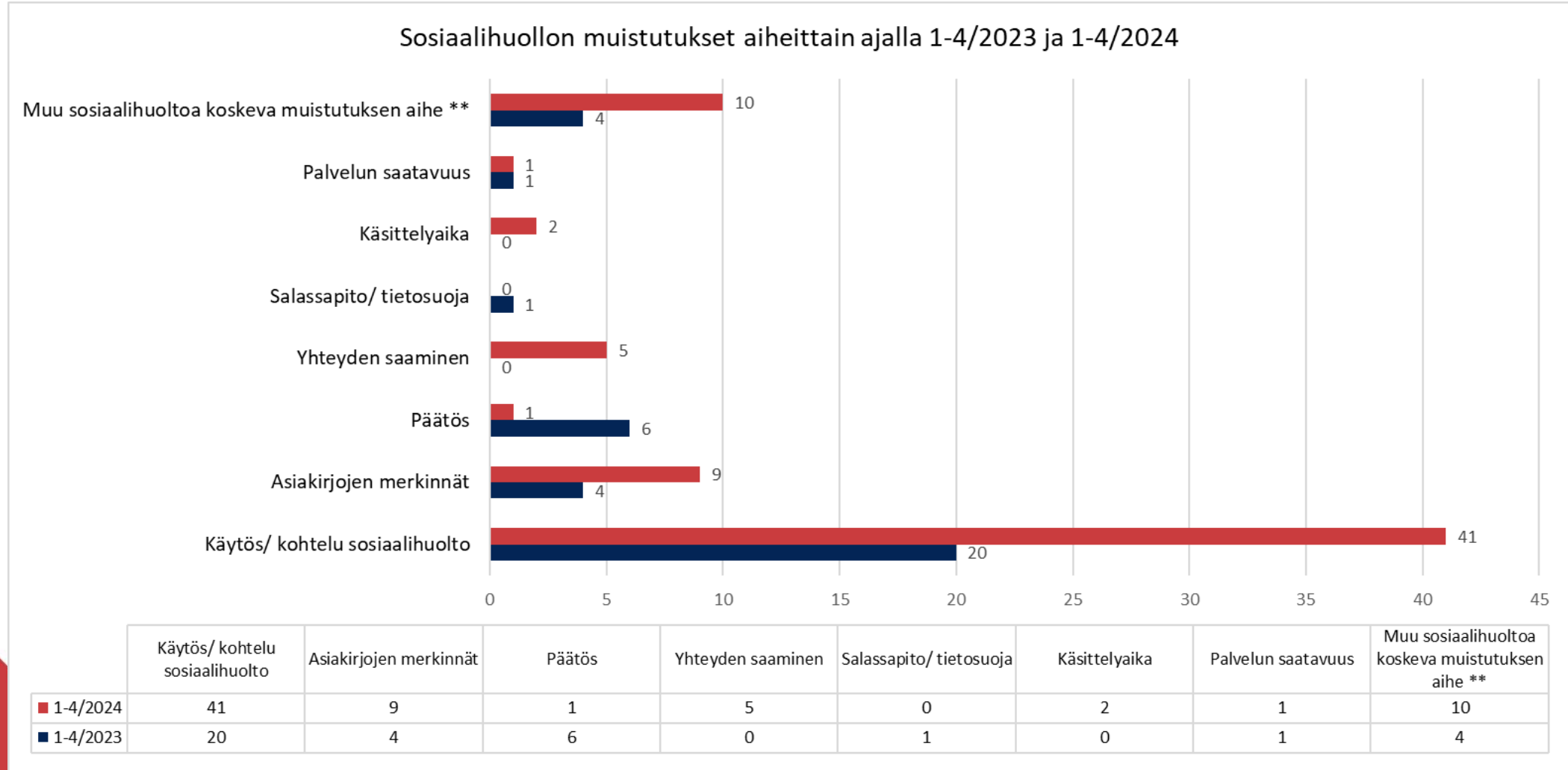
Terveysthuollon muistutukset palveluittain ajalla 1-4/2023 ja 1-4/2024



| | Vastaanottopalvelut | Suun terveydenhuolto | Kuntoutuspalvelut | Kliiniset tukipalvelut* | Sairaalapalvelut | Ikääntyneiden palvelut (esim.lääkäri) | Mielenterveys- ja päihdepalvelut (esim.lääkärit) | Perhekeskuspalvelut (neuvola- ja kouluterveydenhoitajat ja lääkärit) |
|------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------------------------|------------------|---------------------------------------|--|--|
| ■ 1-4/2024 | 56 | 34 | 5 | 4 | 5 | 6 | 2 | 10 |
| ■ 1-4/2023 | 77 | 7 | 7 | 1 | 6 | 0 | 2 | 5 |

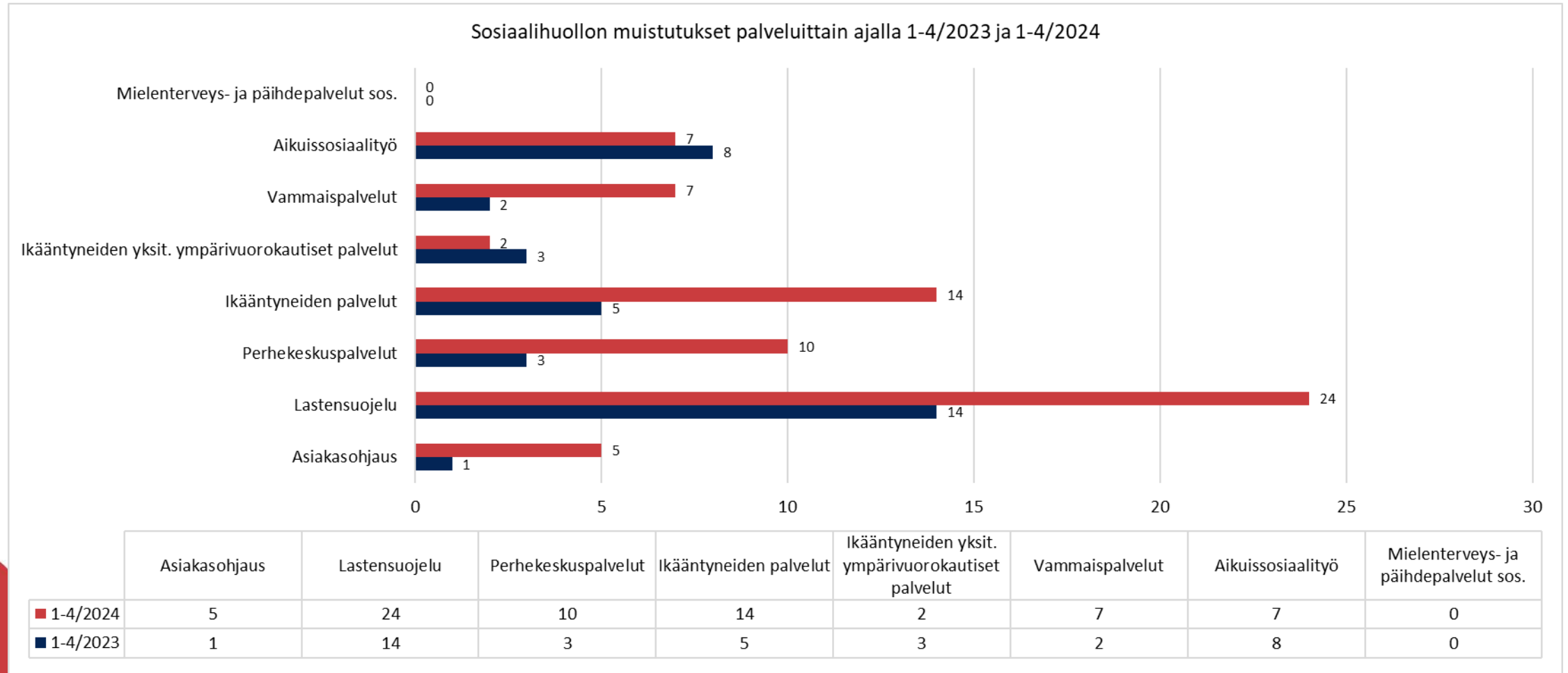
Sosiaalihuollon muistutukset

Kuva 22. Sosiaalihuollon muistutuksia saapui yhteensä 69kpl joka on 90% (33kpl) enemmän kuin edellis- vuoden vastaavana ajankohtana. 59% (41kpl) muistutuksista koski käytöstä/kohtelua. Määrä on 100% enemmän vuoteen 2023 verrattuna. Yhteensä 50% käytökseen/kohteluun liittyvistä muistutuksista koski lastensuojelua (15kpl) ja perhekeskuspalveluja (7kpl). Yhteyden saamiseen ja asiakirjojen merkintöihin liittyvät muistutukset olivat myös hieman lisääntyneet.



Sosiaalihuollon muistutukset

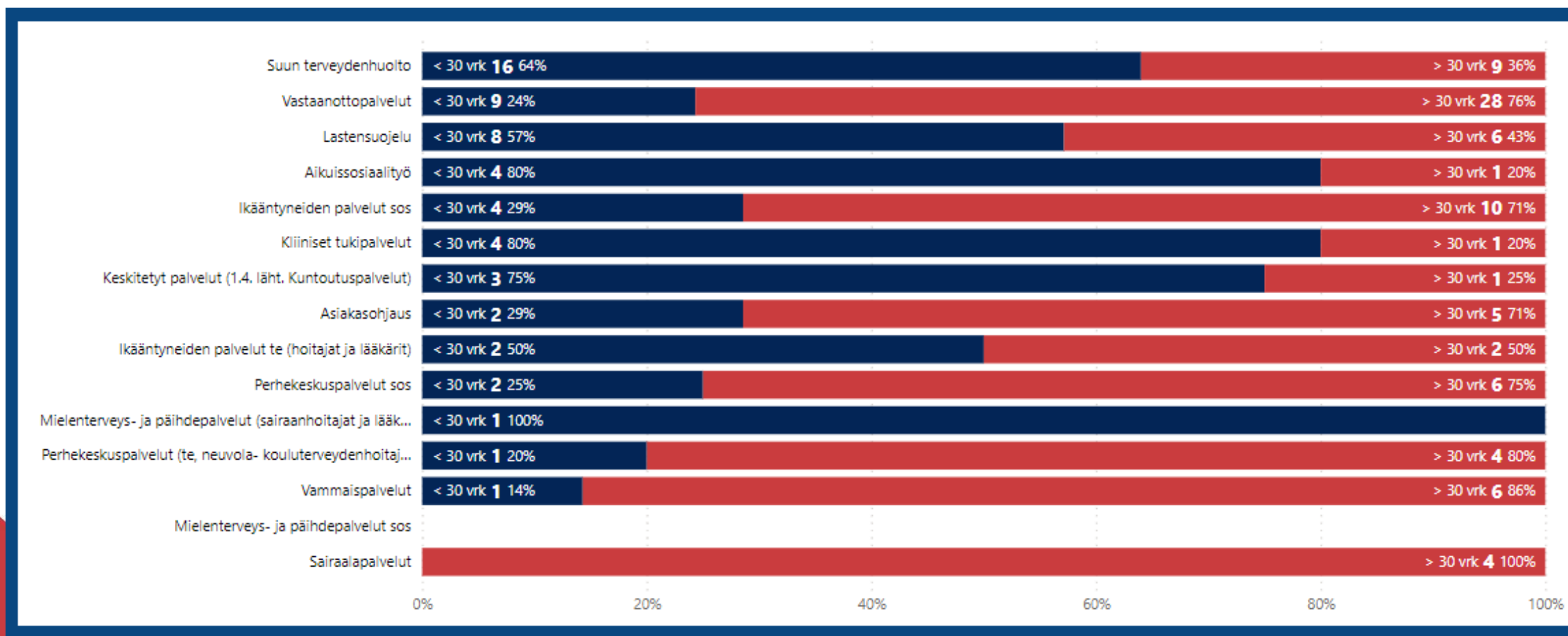
Kuva 23. Aikuissosiaalityöhön ja ikääntyneiden ympärivuorokautisiin palveluihin on tullut vähän muistutuksia kuten viime vuonna. Muissa palveluissa muistutusten määrä on lisääntynyt verrattuna viime vuoden vastaavaan ajankohtaan. Lastensuojelun muistutuksista 60% (15kpl) koski käytöstä/kohtelua. Perhekeskuspalveluissa 70% (7kpl) koski käytöstä/kohtelua. Niin ikään ikääntyneiden palveluissa 43% (6kpl) muistutuksista koki käytöstä/kohtelua joka on 100% enemmän kuin edellis- vuoden samana ajankohtana.



Muistutusten käsittelyajat

15.4.2024 mennessä kaikista muistutuksista 41% oli käsitelty alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa.

Kuva 24. Mielenterveys- ja päihdepalvelut olivat käsitelleet 100% muistutuksista alle 30 vuorokaudessa, kliiniset tukipalvelut ja aikuissosiaalityö 80%, kuntoutuspalvelut 75%, suun terveydenhuolto 64%, lastensuojelu 57%, ikääntyneiden palvelut ja asiakasohjaus 50%, perhekeskuspalvelut (sos.huolto) 25%, ja perhekeskuspalvelut (terv.huolto) 20%, vastaanottopalvelut 24%, vammaispalvelut 14% ja sairaalapalvelut 0%.



Kantelut

Kanteluita saapui AVI:sta yhdeksän ja oikeusasiamieheltä kaksi. Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyyntöjä saapui kuusi, korvattavia vahinkoja on tilastoitu kaksi ja ei korvattavia vahinkoja kahdeksan.

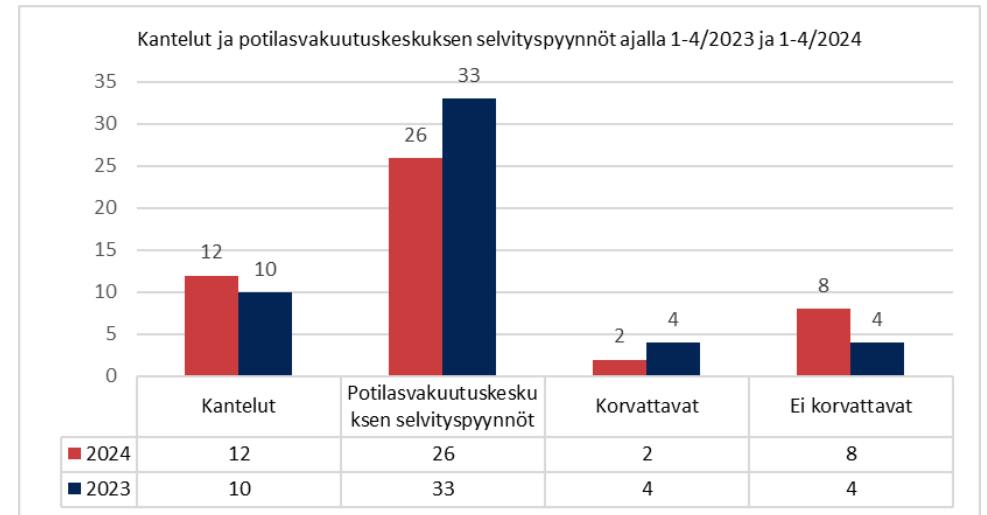
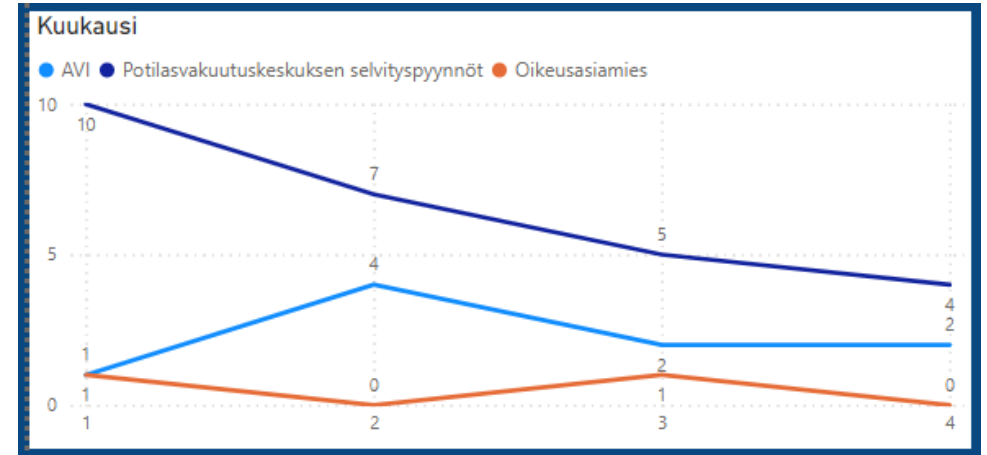
Kuva 25. AVI:lta saapuneita kanteluja saapui eniten helmikuussa. Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyyntöjen määrät ovat tammikuun jälkeen laskusuunnassa. Edelliseen vuoteen verrattuna määrät ovat maltillisia (kuva 31).

AVI:n kanteluista kohdistuivat vastaanottopalveluihin (5kpl), perhekeskuspalveluihin (2kpl), lastensuojeluun (1kpl) ja suun terveydenhuoltoon (1kpl).

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

Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnot kohdistuivat vastaanottopalveluihin (14kpl), suun terveydenhuoltoon (9kpl), neuvolapalveluihin (2kpl) ja sairaalapalveluihin (1kpl).

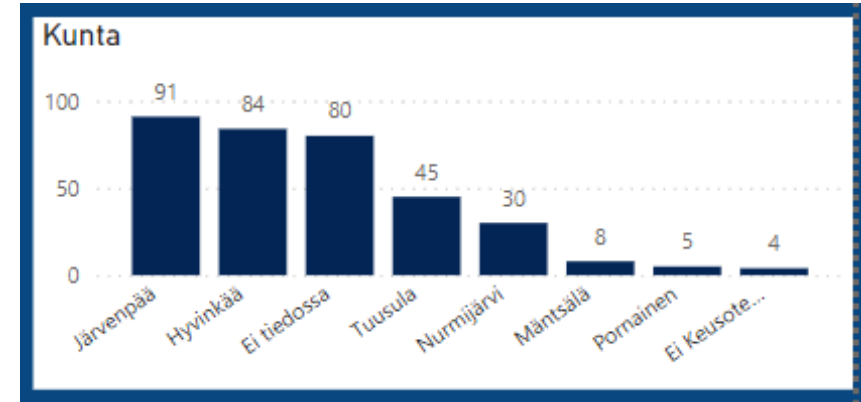
Korvattavia potilasvahinkoja tilastoitiin yksi vastaanottopalveluihin ja yksi suun terveydenhuoltoon. Ei korvattavia vahinkoja tilastoitiin kuusi vastaanottopalveluihin ja kaksi suun terveydenhuoltoon.



Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot

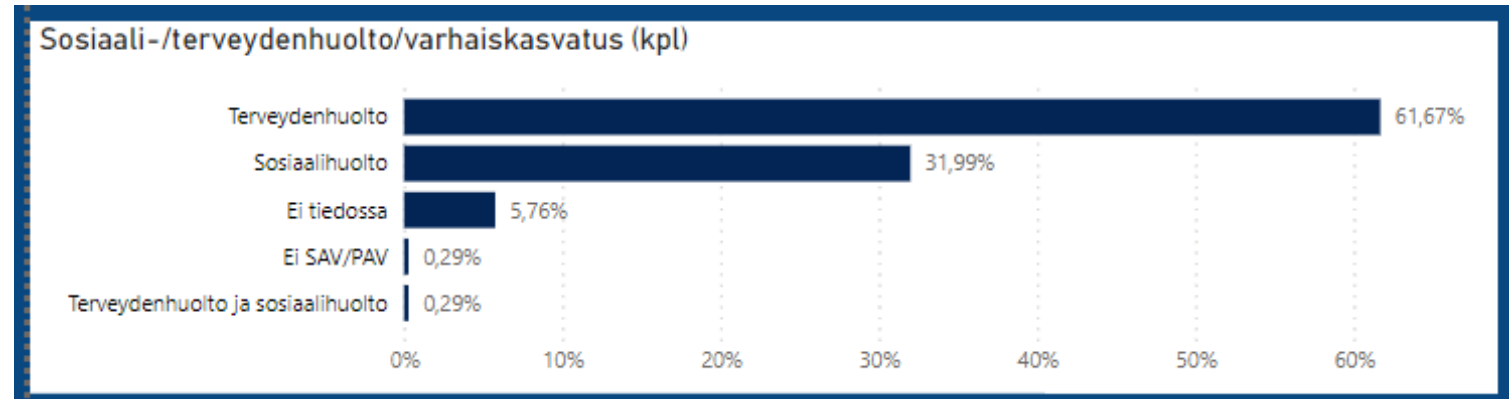
Kuva 26. **Sosiaali- ja potilasasiavastaava** vastaanotti 347 yhteydenottoa. Eniten yhteydenotoista kohdistui Järvenpään ja Hyvinkäälle. 80 yhteydenotossa kunta ei ollut tiedossa.

Yhteydenottajana oli pääasiassa asianosainen itse (232kpl). Suurin osa yhteydenottajista olivat uusia asiakkaita (251kpl). Vanhoja asiakkaita jotka asioivat uudelleen saman asian kanssa oli 81kpl. Pieni osa asiakkaista olivat vanhoja asiakkaita jotka asioivat uuden asian kanssa.



Kuva 30. Terveystenhuollon palveluihin kohdistui 61% yhteydenotoista ja sosiaalihuoltoon 32%.

Yli 90% yhteydenotoista koski julkisia palveluja. 3,75% koski yksityisiä palveluja ja alle yksi prosentti ostopalveluyksiköjä.

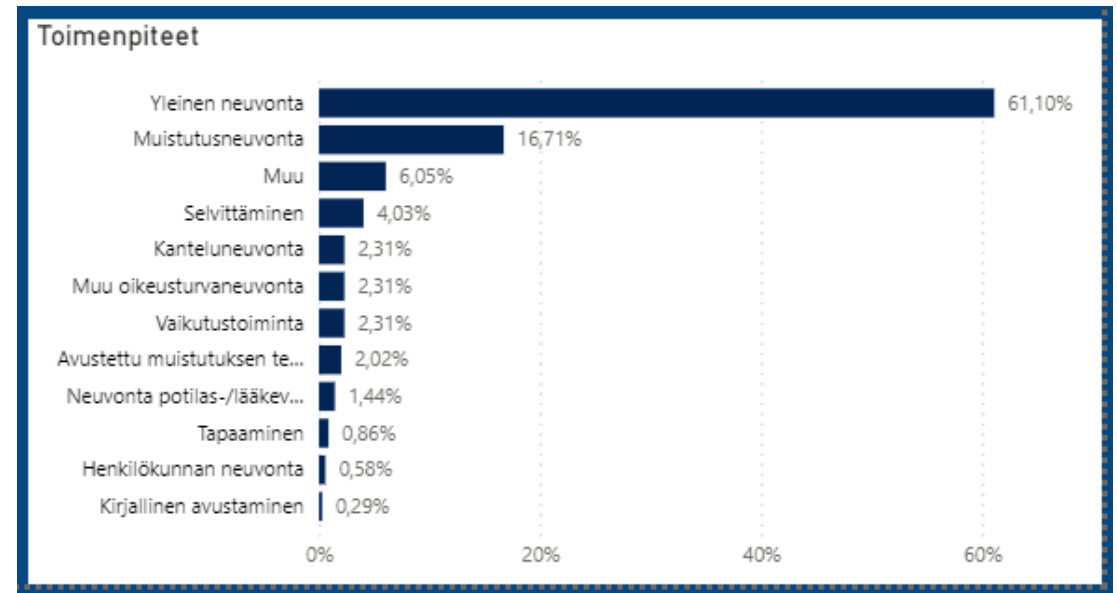
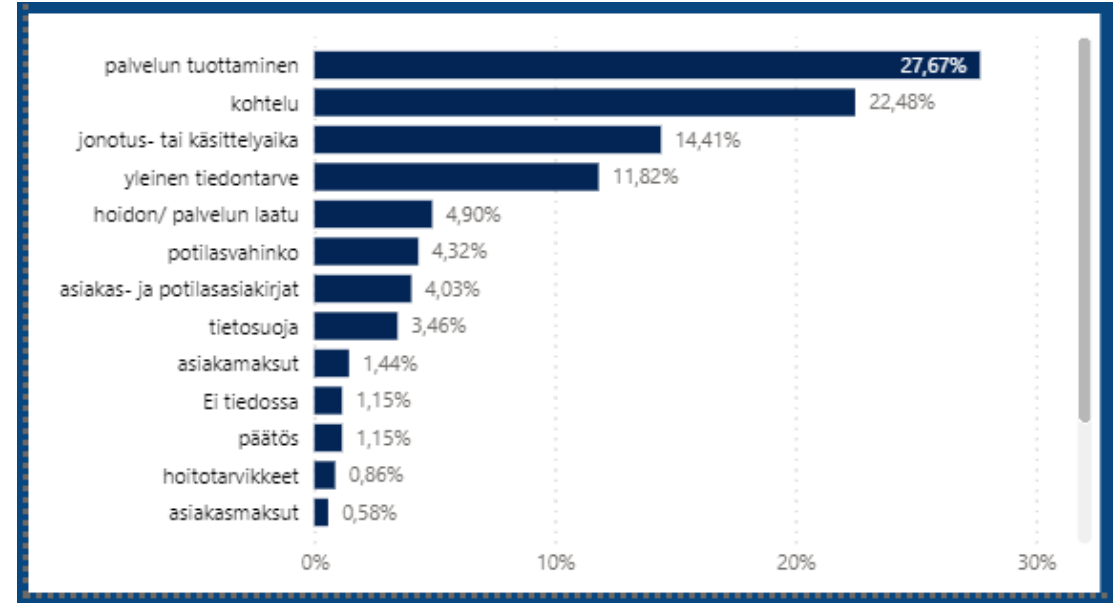


Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenotot

Kaikista yhteydenotoista 65% koski palvelun tuottamista, kohtelua ja jonotus- tai käsittelyaikaa (kuva 30).

Sosiaalihuollon yhteydenotot painottuivat kohteluun (35kpl), palvelun tuottamiseen (30kpl) ja yleiseen tiedontarpeeseen (21kpl). Terveydenhuollon yhteydenotot painottuivat palvelun tuottamiseen (62kpl), jonotus- ja käsittelyaikoihin (48kpl) sekä kohteluun (38kpl). Sosiaalihuollon yhteydenotot koskivat eniten lastensuojelua (26kpl), aikuissosiaalityötä (20kpl) ja ikääntyneiden palveluita (11kpl) ja terveydenhuollon yhteydenotot vastaanottopalveluja (96kpl), suun terveydenhuoltoa (32kpl) ja sairaalapalveluja (27kpl).

Kuva 31. 61% sosiaali- ja potilasasiavastaan toimenpiteistä oli yleistä neuvontaa (212kpl). Muistutusneuvonnan osuus kaikista toimenpiteistä oli hieman alle 17% (58kpl) johon on sisältynyt myös muistutusvastineiden tiedusteluja. Tapaamisia on tilastoitu myös yhteydenottotapaan, joten tässä esitetty luku ei ole luotettava. Muu toimenpide (21kpl) sisältää tapaamisten sopimisia, asioiden ohjaamista oikealle taholle sekä asiakkaan tilanpäivityksiä. Vaikuttamistoimintaan (8kpl) on sisältynyt yhteydenottoja esimiehiin sekä kirjaamoon.



Asiakkaiden yhdenvertaisuus

Asiakkaiden yhdenvertaisuuden varmistaminen

Keskeiset indikaattorit seurantamittarit

Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-4/2024

Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus

Yhtenäiset palvelukuvaukset on laadittu ja palvelusisällöt yhtenäistetty hyvinvointialueen palvelukatalogiin.

Palvelukatalogi hyväksyttiin johtoryhmässä 30.1.2024 ja Aluehallituksessa 9.4.2024. Palvelukatalogi julkaistiin 18.4.2024 verkkosivuilla ja siihen liittyvää viestintää toteutetaan taktisen viestinnän suunnitelman mukaisesti.

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

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|---|---|---|---|
|  Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakaskokemus | | | |
| NPS | Keski-Uudenmaan Hyvinvointialueen kumulatiivinen asiakaskokemus | > 80 | 53 |
| Asiakaskokemuksen väittämät - Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun - Koin tulleen kuulluksi | | > 80 % asiakkaista on täysin samaa mieltä | Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun 66 % Koin tulleen kuulluksi 72 % |
| Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa | Palvelulupaus | < 5 arkipäivää | 93/369 (25 %) |
| Muistutukset (lkm) käsitellään määräajassa | Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja Valviran ohjeistus selvityksen antamisesta kohtuullisessa ajassa (1-4 vko) | < 30 vrk | 40% |
| 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 | 113kpl (+11%) |
| Kantelut (lkm) | Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi | Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen | 11kpl (+10%) |


Omavalvontaohjelman raportointi 1-4/2024: Laatuavoitteiden toteutuminen - yhteenveto

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|---|--|--|------------------|
|  Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö | | | |
| QWL-indeksi | Työelämän laatu | > 55 | 58 % |
| Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön | | 75 % | 72 % |
| Potilas- ja asiakasturvallisuuskoulutusta edellytetään kaikilta ja on osa henkilöstön osaamisvaatimuksia. | Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) | Kyllä/ei | Kyllä |
| Turvallisuussuunnitelmat kuuluvat osaksi henkilöstön perehdytystä | Tarkistuslista-indikaattorit, rakenteelliset (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) | Kyllä/ei | Kyllä |
| NSS (Net Safety Score) | Kansallinen henkilöstön turvallisuusindeksi Henkilöstön oma kokemus Keusoten turvallisuudesta arviointiasteikolla 1-5. "Minulla olisi turvallinen olo, jos olisin yksikössäni asiakkaana tai potilaana". | Käyttöönotto syksyllä 2023 ja lähtötilatieto 2024: 55 % kokee olonsa turvalliseksi 2026: 60 % kokee olonsa turvalliseksi | Kyllä/NSS = +51 |

Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|--|--|--|--|
|  Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus | | | |
| Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%) | Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) | Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee kyllä/ei | Kyllä. 1-4/2023 korvattiin 12% (4kpl) kaikista potilasvahinkoilmoituksista (33kpl). 1-4/2024 korvattiin 7,5% (2kpl) kaikista ilmoituksista (26Kpl). 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 % | Ilmoitusten kokonaismäärä nousi 15,7 % (1-4/2023: 2230 kpl ja 1-4/2024 2581 kpl) Läheltä piti -tapahtumia 20,4 % kaikista ilmoituksista (1-4/2023 17,6% kaikista ilmoituksista). |
| 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 | Läheltä piti -tapahtumia 24,7 % |
| 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 5,4 % |
| 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 23,8 % |

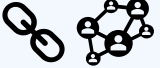
Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|--|--|---|---|
|  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 0,03 % (12 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 13 pvää ja käsittelyaika 18 pvää (kokonaan valmiiksi käsiteltyjen ilmoitusten keskimääräinen käsittelyaika) |
| Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määrääjassa | Palvelulupaus | < 14 vrk | 31 vrk |
| RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä | RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä. Keusoten alueen yli 75-vuotiaat 16 808. | RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä nousee kyllä/ei | Kyllä, RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä on noussut. 2893 RAI-arvioitua asiakasta (17 %) |


Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|---|---|---------|--|
| Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus | | | |
| Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaltuutetulle tehdään 72h sisällä | | < 72 h | 94 % |
| Julk.lain mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa | JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen | < 2 vk | 1/2024: 17,76 %, 2/2024: 28,74 %, 3/2024: 16,13 % |
| GDPR:n mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa | GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen | < 1 kk | 1/2024: 14,29 %, 2/2024: 33,33 %, 3/2024: 0 % |
| Lokitietopyynnöt (lkm) käsitellään määräajassa | Lokipyynnöt – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen | < 2 kk | 1/2024: 100 %, 2/2024: 90 % |
| 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 % | Pelastussuunnitelmien laatimisohje sekä Pelastussuunnitelmapohja liitteineen on laadittu IMS-järjestelmään ja näihin liittyvät koulutukset on järjestetty. Hyväksytyjä pelastussuunnitelmia yhteensä 39 kpl ja poistumisturvallisuusselvityksiä 35 kpl (Prosenttiosuudet ei tiedossa) |

Omavalvontaohjelman raportointi 1-4/2024: Laatutavoitteiden toteutuminen - yhteenveto

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|---|--|---|---|
|  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 seuranta. |
| Päivittäisjohtamisen toimintamalli toteutuu kaikissa yksiköissä | Lean | 100 % | Palveluyksikön toimipisteissä on käytössä päivittäisjohtamisen taulu: <ul style="list-style-type: none">- Käytössä kaikissa toimipisteissä (27 vastausta)- Käytössä, mutta ei kaikissa toimipisteissä (9 vastausta)- Ei ole käytössä (18 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% |
| 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

| Laatumittari | Selite | Tavoite | Toteuma 1-4/2024 |
|--|---|---------------------------------------|---|
|  Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Valvonta ja omavalvonta | | | |
| Omavalvontasuunnitelmat on laadittu ja julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla. | Sosiaali- ja terveystalvovojen laatua, turvallisuutta ja riskien ennaltaehkääsyä toteutetaan kaikissa palveluyksiköissä omavalvontasuunnitelman mukaisella omavalvonnalla. | 100 % | 75 % (57/76) |
| 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 tietoa. |
| 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 aikataulun mukaisesti syksyllä 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 | 228 henkilöä (v. 2023 276 hlöä) on suorittanut koulutussuunnitelman mukaiset koulutukset. |

Hyvinvointia yhdessä

KEUSOTE.FI