



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Omavalvontaohjelman raportti 1-12/2025



KEUSOTE.FI

Tiivistelmä 2025



Positiiviset havainnot

- ♥ **Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa** yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui 100 %.
- ♥ **Kuntoutuspalveluissa** Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui fysio-, toiminta- ja puheterapiassa 100 %
- ♥ **Suun terveydenhuollossa** hoitojonot purettu.
- ♥ **Vastaanottopalveluissa** Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui lähes 100 %. 0-22 vuotiaiden hoitajavastaanotolle pääsy toteutui 100 %.
- ♥ **Sairaalapalveluiden tuottamien polikliinisten palveluiden** hoitotakuu toteutuu 100 % lukuun ottamatta proteesipoliklinikan toimintaa.
- ♥ **Asiakasohjauksessa** lapsiperheiden palvelutarpeen arviointi aloitettiin keskimäärin 4 arkipäivässä.
- ♥ **Asiakasohjauksessa** ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi aloitettiin keskimäärin 5 arkipäivässä.
- ♥ Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat vähentyneet (-669 kpl) (v.2024: 2 705 kpl)
- ♥ Tiedonkulkuun ja kirjaamiseen liittyvät vaaratapahtumat vähentyneet (-551 kpl). (v.2024: 983 kpl)
- ♥ NPS 63 (tavoite 60), palautteita 64 694 kpl.
- ♥ 66 % asiakkaista koki saaneensa tarvitsemansa hoidon, 74 % kokee tulleen kuulluksi.



Puutteet ja poikkeamat

- ▲ **Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa** alle 23-vuotiaiden hoitotakuu (14 vrk) toteutui 82 %:sti.
- ▲ **Ikääntyneiden yhteisölliseen asumiseen** jonotusaika keskimäärin 3,7 kk (114 vrk).
- ▲ **Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen** palveluasumiseen jonotusaika keskimäärin 3,1 kk (93 vrk).
- ▲ **Suun terveydenhuollossa** yli 23-vuotiaiden 6 kk:n hoitotakuu toteutui 84 %:sti.
- ▲ **Vastaanottopalveluissa** 0-22 vuotiaiden lääkärivastaanoton hoitoon pääsy toteutui 68 %:sti. Takaisinsoittopyyntöihin vastaamisessa viiveitä, parannusta edellisvuoteen.
- ▲ **Asiakasohjauksessa** työikäisten palvelutarpeen arviointi aloitettiin keskimäärin 24 arkipäivässä (lakisääteinen vaatimus ≤ 7 arkipäivää)
- ▲ Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmässä merkittäviä käytettävyy- ja toimivuusongelmia; vaikutukset asiakastyöhön huomattavia.
- ▲ Vakavia vaaratapahtumia 198 kpl (v. 2024: 53 kpl).
- ▲ Valvontahavaintoja: 868 kpl, joista vakavia poikkeamia 148 kpl (v. 2024: 61 kpl).
- ▲ GDPR-tietopyyntöjen käsittelyajoissa viiveitä, vain 19 % käsitelty määräajassa.
- ▲ Muistutusten käsittelyajoissa viiveitä, 42 % käsitelty ajallaan.
- ▲ Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmien valmistumisaste 58 %.



Kehittämistoimenpiteet

- ✂ Jononpurkutoimia jatkettu (ilta-ajat, palvelusetelit, kapasiteetin lisäys). Lääkärintarkastuksiin pääsyä on pyritty korjaamaan tarjoamalla ilta-aikoja sekä palveluseteliä. Palveluseteliä asiakkaat käyttäneet vähäisessä määrin. Ikääntyneiden asumispalveluissa on hankittu huomattava määrä uusia asumisen paikkoja.
- ✂ Asiakastietojärjestelmän korjauksia tehty yhdessä toimittajan kanssa; ongelmia edelleen ratkaistavana.
- ✂ Lääkehoidon osaamisen varmistamisen mallit ja sähköinen lupahallinta otettu käyttöön; koulutuksia lisätty.
- ✂ Kirjaamisen käsikirja ja kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen saatettu lähes valmiiksi; lisäkoulutuksia järjestetty.
- ✂ Omatyöntekijän ja muun palvelusta vastaavan henkilön nimeämisestä on laadittu ohjeet. Omatyöntekijän tiedot näkyvät OmaKannassa asiakkaalle 23.9.25.
- ✂ Omaavontasuunnitelmat päivitetään ja lääkehoitosuunnitelmat saatetaan valmiiksi.
- ✂ Valvontakäynneillä havaittuihin puutteisiin ja epäkohtiin puututtu ja omaavonnallisia korjaavia toimenpiteitä hyvin toteutettu yksiköissä; ohjautaa ja neuvontaa tehostettu.
- ✂ Kaatumisten ehkäisyn malli käytössä ja siihen liittyviä toimenpiteitä toteutettu aktiivisesti.
- ✂ Ovien lukituksia, pankkikorttikäytäntöjä ja turvallisuuskäytäntöjä korjattu useissa yksiköissä.
- ✂ Tietopyyntöyksikkö perustettu (1.12.2025) käsittelyaikojen parantamiseksi.

Omavalvontaohjelman raportointi

Raportin tausta

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

Raportin sisältö

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

Keskeiset käsitteet

Omavalvonta

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

Omavalvontaohjelma

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

Työelämän laatu

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

Saatavuus

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

Jatkuvuus

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

Turvallisuus ja laatu

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

Vaikuttavuus

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

Yhdenvertaisuus

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

Asiakaskokemus ja osallisuus

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

Saatavuus, jatkuvuus ja yhdenvertaisuus

1-12/2025

Palvelujen saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina Keski-Uudenmaan alueen väestön tarpeet huomioiden. Hoitoon pääsy -tiedot ovat julkisesti saatavilla:



Palvelujen saatavuuden varmistaminen		
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat 100 %	Järjestäjän tilannekuvan seuranta järjestäjätiimissä kuukausittain. Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein strategisten avainmittareiden kautta. Järjestäjän työpöytä kehitetty asiakas- ja potilasturvallisuuden, työturvallisuuden sekä tietosuojatapahtumien osalta.	Vastaanottopalveluissa Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui lähes 100 %:sti. 0–22v kohdalla lääkärin vastaanotolle pääsi 14 vrk:n määräajassa 68 %, hoitajalle 100 %. Samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 88 % (2024 73 %). Suun terveydenhuollossa Yli 23v kohdalla 6 kk:n hoitotakuu toteutui 84 %:sti. 0–22v kohdalla hammaslääkärin vastaanotolle pääsi 4 kk:n määräajassa 91 % ja suuhygienistien 96 %. Hoitojonot on purettu. Samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 87 % (2024 80 %). Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui 100 %:sti. Alle 23v osalta hoitoon pääsi 14 vrk:n määräajassa 82 % Kuntoutuspalveluissa Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui fysio-, toiminta- ja puheterapiassa 100 %:sti. 0–22v osalta hoitoon pääsi 14 vrk:n määräajassa fysioterapiassa 66 % , puheterapiassa 50 % ja toimintaterapiassa 67 %. Sairaalapalveluiden tuottamien polikliinisten palveluiden hoitotakuu toteutuu 100 %sti lukuun ottamatta proteesipoliklinikkaa, joka on vasta siirtynyt erikoissairaanhoidosta hyvinvointialueelle, ja seuranta- ja raportointikäytännöt ovat vielä osin vakiintumassa. Lasten mielenterveys- ja päihdepalvelut: Perheneuvolan lasten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitotakuu (14 vrk) toteutui 94 %:sti. Asiakkaista 5 % joutui odottamaan hoitoon pääsyä 15–30 vuorokautta ja 1 % 31–90 vuorokautta. Nuorisoaseman nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitotakuu (14 vrk) toteutui 83 %:sti. Asiakkaista 12 % odotti hoitoon pääsyä 15–30 vuorokautta, ja 5 % odotti 31–90 vuorokautta. Lasten ja nuorten terapiatakuu 1.5.2025 alk. (alle 23-vuotiaat) hoitotakuu 28 vrk (pth) ja 30 vrk (sos). Asiakas- ja potilastietojärjestelmä ei mahdollista tällä hetkellä terapiatakuun toteutumisen raportointia. Tieto ei saatavilla.

Palvelujen saatavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut suunnitellaan ja toteutetaan yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina Keski-Uudenmaan alueen väestön tarpeet huomioiden. Hoitoon pääsy -tiedot ovat julkisesti saatavilla:



Palvelujen saatavuuden varmistaminen		
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat 100 %	Järjestäjän tilannekuvan seuranta järjestäjätiimissä kuukausittain. Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein strategisten avainmittareiden kautta. Järjestäjän työpöytä kehittää asiakas- ja potilasturvallisuuden, työturvallisuuden sekä tietosuojatapahtumien osalta.	Asiakasohjaus/ Palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen: - Lapsiperheiden osalta läpimenoaika vireilletulosta PTA:n aloitukseen keskiarvo 4 arkipäivää ja vireille tulosta palvelutarpeen arvioinnin valmistumiseen keskiarvo 50 päivää. - Työikäisten osalta läpimenoaika vireilletulosta PTA:n aloitukseen keskiarvo 24 arkipäivää ja vireille tulosta palvelutarpeen arvioinnin valmistumiseen keskiarvo 72 päivää. - Ikäihmisten osalta läpimenoaika vireilletulosta PTA:n aloitukseen keskiarvo 5 arkipäivää ja vireille tulosta palvelutarpeen arvioinnin valmistumiseen keskiarvo 35 päivää. Asiakasohjausyksikön käsittelemistä toimeentulotukihakemuksista 99,8% käsiteltiin lakisääteisessä määräajassa. Ikääntyneiden yhteisölliseen asumiseen keskimääräinen jonotusaika oli 1.1-31.12.25 välisellä ajalla 114 vrk. Odotusaika 3 kk ylittynyt poikkileikkauspäivänä: tammikuu 12, helmikuu 18, maaliskuu 18, huhtikuu 23, Toukokuu 24, Kesäkuu 17 Heinäkuu 8, Elokuu 9, Syyskuu 6, Lokakuu 1, Marraskuu 4 ja Joulukuu 4. Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen jonotusaika oli ajalla 1.1-31.12.25 keskimäärin 93 vrk. Odotusaika 3 kk ylittynyt poikkileikkauspäivänä: Tammikuu 4, Helmikuu 3, Maaliskuu 0, Huhtikuu 10, Toukokuu 1, Kesäkuu 18, Heinäkuu 20, Elokuu 29, Syyskuu 23, Lokakuu 29, Marraskuu 0 ja Joulukuussa 9.

Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus 1 | keskeiset mittarit ja arviointi

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

Keusoten palvelujen verkostosuunnitelma on julkisesti saatavilla:



Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen		
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Palveluverkko on suunniteltu siten, että palvelut ovat saatavilla asukkaiden palvelutarpeen mukaisesti	Palveluverkon kokonaisvaltainen uudistaminen on toteutunut osana talouden tasapainottamista, palvelujen vaikuttavuuden parantamista ja väestön palvelutarpeiden muutoksiin vastaamista. Palveluverkkoa on rakennettu yhteistyössä asukkaiden, henkilöstön ja päättäjien kanssa. Suunnittelu on sisältänyt asukkaiden osallistamista puntaroivissa asukaspaneelissa. Asukkaita on tiedotettu muutoksista avoimesti ja monikanavaisesti. Palveluja tarjotaan jatkossa enemmän digitaalisesti, liikkuvina palveluina sekä sote-yksiköissä lähipalveluiden saavutettavuus turvaten.	Ei havaittuja puutteita/poikkeamia
Palvelukohtainen asiakaskokemus "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" > 70 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	Väittämään on vastannut 61 735 palautteen antajaa, joista 66% (40 856) on ollut täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Asteikko on 1-4.	Analysoidaan erityisesti kriittisiä palautteita ja kehitetään palveluja niiden perusteella.
Oman tuotannon riittävä määrällinen osuus toteutuu palvelustrategiassa 2023-2025 määritellyn mukaisesti. Määrittely v. 2023.	Tuotantotapa-analyysit toteutettu päätöksenteon tueksi johdon vuosikellon mukaisesti.	Ei havaittuja puutteita/poikkeamia

Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus 2 I keskeiset mittarit ja arviointi

Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen		
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) 8 § Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2025	Havaittujen puutteiden/ poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Yhtenäinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön kaikissa palveluissa 100 %	Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotto on edennyt osittain suunnitellusti. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän vaatimusluettelon toteutumisen osalta merkittäviä puutteita ja huonosta käytettävyydestä aiheutuu merkittävää haittaa asiakastyössä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän käyttökatkot ja häiriötilanteet ovat vähentyneet. Versiopäivitysten jälkeen asiakastietojärjestelmässä on ilmennyt ongelmia. Kantatoiminnallisuuden käyttöönoton jälkeen asiakastietojärjestelmässä on ilmennyt merkittäviä ongelmia, jotka ovat vaikeuttaneet ammattilaisten työtä. Järjestelmästä on tehty asiakastietolain mukainen poikkeamailmoitus Valviraan.	Toiminnallisia puutteita on pyritty korjaamaan muun muassa nostamalla kirjaamisen merkkimäärää. Järjestelmään ja Kanta-arkistointiin liittyviä ongelmia on ratkottu yhteistyössä järjestelmän toimittajan kanssa. Osa ongelmista on saatu ratkaistua, mutta osa on edelleen työn alla.
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia yht. 436kpl, joista potilas-/asiakastietojen tiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyviä ilmoituksia oli 135 kpl, kun vastaavasti vuonna 2024 ilmoituksia oli 387 kpl.	Kirjaamiskäytäntöjä, ohjeita ja perehdytystä on yhdenmukaistettu. Kirjaamisen sisältökoulutukset on käynnistetty. SOTE-yhteisiä palveluita määritetty, joka helpottaa tiedon siirtymistä rekistereiden välillä.
Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)	Hyvinvointialuetasoista tilastotietoa ei ole tällä hetkellä saatavilla. Omatyöntekijän ja muun palveluvastaavan nimeäminen ohjeistettu kirjaamisen käsikirjassa, ohje hyväksytty 25.4.2024. Omatyöntekijän tiedot näkyvät OmaKannassa asiakkaalle 23.9.25.	Organisaatiossa on laadittu ohjeet omatyöntekijän ja muun palvelusta vastaavan henkilön nimeämisestä.
Palveluketjuille ja asiakasprosesseille asetetut tavoitteet toteutuu suunnitellusti	Palveluketjujen johtamismalli on pilotoitu Ikääntyneiden palveluketjussa (sisältäen johtamisrakenteiden, roolitusten ja vastuiden määrytykset). Palveluketju johtamisen tietopohjan kehittäminen (talousdata) sekä esihenkilötyön vakiointi on käynnistetty, jatkuu 2026. Palveluketjupohjainen johtamismalli laajennetaan 2026 alusta muihin palveluketjuihin.	Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.
Vaikuttavuusperustaista ohjausta tukevaa tietopohjaa kehitetään osana palveluketjujen mittariston kehittämistä vaiheittain, pilottina diabetes ja ikääntyneet asiakassegmentit.	Diabetes-, ikäihmisten ja Mielenterveys asiakkaiden piloteissa on ensimmäiset vaikuttavuusmittarit määritetty. Ikääntyneillä ja diabetesasiakkailta on saatu asiakkailta kerättävän PROM tiedon alustat käyttöönotettua. Mielenterveys- ja diabetes asiakkaiden BI-mittarinäkymät saatu 8/2025 Keusoten ja HUSin yhteiskäyttöön.	Ei havaittuja puutteita/poikkeamia.

Palvelujen yhdenvertaisuus I keskeiset mittarit ja arviointi

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

Keusoten palvelukatalogi on julkisesti saatavilla:



Palvelujen yhdenvertaisuuden varmistaminen		
Keskeiset indikaattorit seurantamittarit	Toteutumisen seuranta ja arviointi 1-12/2025	Havaittujen puutteiden/poikkeamien korjaaminen ja ohjaus
Yhtenäiset palvelukuvaukset on laadittu ja palvelusisällöt yhtenäistetty hyvinvointialueen palvelukatalogiin.	Alueen asukkailta kerätään anonymisti palautetta, jota hyödynnetään palvelukatalogin päivityksen yhteydessä. Palautteita saatiin 1 kpl v. 2025 (32 kpl, 2024). Säännönmukaiset päivitykset toteutetaan 1 krt/ vuodessa.	Palautetta hyödynnetty palvelukatalogin ja verkkosivujen kehittämisessä.
Eri väestöryhmien ja haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien yhdenvertainen pääsy palveluihin ja mahdollisuudet hyödyntää palveluita ja saada erityispalveluita (palveluverkko, asiakasmaksut, palveluissa käytettävä kieli).	Saavutettavuus-direktiivin vaatimukset on huomioitu verkko- ja digipalveluasioinnissa. Verkkosivut on julkaistu englannin ja ruotsin kielisinä. Verkkosivujen uudet palvelusivut julkaistu 6/2025. Asiakkailta kerätään jatkuvaa palautetta verkkosivujen ja digipalveluiden saavutettavuuden parantamiseksi. Verkkosivujen saavutettavuudessa hyödynnetään WebReader-kuuntelutoimintoja. Eri väestöryhmien yhdenvertaista pääsyä palveluihin on edistetty palveluverkon uudistamisen, digitaalisten ja liikkuvien palvelujen laajentamisen, sekä asukkaiden osallistamisen avulla.	Yhdenvertaisuuden toteutumista seurataan ja arvioidaan erityisesti palveluihin pääsyn näkökulmasta. Yhdenvertaisuutta on vahvistettu mm. parantamalla palvelujen saatavuutta (jononpurut, ilta-ajat, palvelusetelit, digipalvelut ja liikkuvat palvelut) sekä vahvistamalla monikanavaista ja selkeämpää viestintää mm. parantamalla päätösten selkokielisyyttä, muutoksenhakuohjeita ja lisäämällä asukkaiden osallisuutta.

Laatu ja turvallisuus

1-12/2025



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvonta- ja tarkastuskäynnit

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

Valvonta- ja tarkastuskäynnit	Suunnitelmallinen valvonta (lkm)				Reaktiivinen valvonta (lkm)					
	Oma palvelutuotanto		Ostopalvelut		Oma palvelutuotanto		Ostopalvelut		Kaikki käynnit yhteensä	
	Toteuma 1-12/24	Toteuma 1-12/25	Toteuma 1-12/24	Toteuma 1-12/25	Toteuma 1-12/24	Toteuma 1-12/25	Toteuma 1-12/24	Toteuma 1-12/25	1-12/24	1-12/25
Rajatun lääkevaraston tarkastus	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen valvonta (sis. Lastensuojelu)	1	5	8	9	0	0	4	1	13	15
Työikäisten sos. palvelujen valvonta	0	0	8	3	0	0	0	0	8	3
Terveystalvontajen palvelujen valvonta	10	12	7	0	0	0	0	0	17	12
Vammais- ja palvelujen valvonta	2	10	2	10	0	0	1	3	5	23
Ikäantyneiden palvelujen valvonta	6	8	6	26	0	3	22	6	34	43
Mielenterveys- ja päihde- ja palvelujen valvonta	3	1	2	8	0	0	0	2	5	11
Yhteensä	30	36	33	56	0	3	27	12	90	107

* Ostopalvelujen käyntimäärät sisältävät myös Uudenmaan ja Kanta-Hämeen alueella hyvinvointialueiden yhteistyössä toteuttamat valvontakäynnit.

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 1

Terveydenhuollon palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

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

Epäkohdat ja puutteet:

- Suun terveydenhuollossa välitön yhteydenpääsy ei toteudu kiireettömien puheluiden osalta lainsäädännön mukaisesti.
- Suun terveydenhuollossa lasten oikomishoidossa erikoishammaslääkärille pääsy ei toteudu kaikilta osin lainsäädännön mukaisesti. Lapsia on jonossa, ja hoitoon pääsyn ajankohta ei ole ilmoitettu.
- Suun terveydenhuollossa hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamis- ja lupakäytännöt eivät toteudu kaikilta osin STM:n lääkehoito-oppaan ja Keusoten lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.
- Työyksikkökohtaisten lääkehoitosuunnitelmien päivittäminen ei ole toteutunut Keusoten ohjeiden mukaisesti.
- Hoitoon pääsyn ajankohdasta ilmoittaminen ei toteudu kaikilta osin lainsäädännön mukaisesti.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Suun terveydenhuollon yhteydenottoihin vastaamisen keskittäminen ja digitaalisten ajanvarausten lisääminen.
- Oikomishoitoasiakkaat kutsutaan ja seulotaan kevään 2025 aikana.
- Suun terveydenhuollossa on aloitettu hoitohenkilöstön lääkehoidon teoria- ja käytännön osaamisen varmistaminen ja sen dokumentointi lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetun mukaisesti.
- Ohjattu huolehtimaan työyksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä Keusoten ohjeiden mukaisesti.
- Edellytetty yksikköä huolehtimaan, että hoitoon pääsyn ajankohdasta ilmoittaminen toteutuu lainmukaisesti.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-12/2024	1-12/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	34	33
Lievät poikkeamat (kpl)	50	56
Kehittämissuosituksien kpl	42	54
Positiiviset havainnot (kpl)	3	4
Havaintoja yhteensä	129	147

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 2

Ikääntyneiden kotihoidon palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

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

Epäkohdat ja puutteet:

- Yhden kotihoidon tiimin työnjako ja työn kuormittuneisuus.
- Lääkäri- ja sairaanhoitaja yhteistyön toteutuminen; heikosti valmistellut konsultaatiot, sairaanhoitajan työn kuormittuminen.
- Palvelun laadun toteuttamisessa tapahtuu virheitä.
- Kotihoito ei ole kaikilta osin toteutunut asiakkaille myönnettyjen tuntien mukaisesti haastavan henkilöstötilanteen vuoksi.
- Ulkoilun järjestämisessä haasteita.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Sairaanhoitajien määrää on lisätty.
- Keusoten lääkäriresurssia lisätään.
- Henkilöstöresurssia on lisätty mm. resurssipoolia kasvattamalla.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-12/2024	1-12/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	4	11
Lievät poikkeamat (kpl)	4	19
Kehittämissuosituksset (kpl)	7	8
Positiiviset havainnot (kpl)	3	0
Havaintoja yhteensä	18	38

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 3

Ikääntyneiden ympärivuorokautiset palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Epäkohtien ilmoittaminen on tehostunut ja oma- ja turvallisuusohjelman merkitys tunnistetaan arjessa.
- Valvonnan antama ohjaus- ja neuvonta otetaan hyvin vastaan ja asiakasturvallisuutta parantavia toimenpiteitä tehdään (esim. teräaseiden säilyttäminen, lukitusten uusiminen).
- Valvontakäynnin ennakkomateriaali on pääasiassa toimitettu annetussa määräajassa ja se on sisältänyt kaikki pyydyt asiakirjat.

Epäkohdat ja puutteet:

- Asiakasturvallisuudessa puutteita (esim. vaarallisten aineiden ja esineiden säilytys).
- Muuttunut lainsäädäntö huomioiden henkilöstömitoitusta on useissa yksiköissä alennettu 0,65 → = 0,6.
- Päivittäiskirjaamisissa ja hoitosuunnitelmissa on puutteita, eikä viriketoimintaa ja ulkoilua pystytä aina todentamaan.
- Itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat eivät aina tule riittävästi huomioituksi.
- Asiakkaan ääni, toiveet ja voimavarat jäävät usein kirjaamatta.
- Yksilöllinen hoiva ja hoito eivät aina näy toteuttamissuunnitelmassa.
- Rajoittamistoimenpiteiden ja asiakasvarojen käytön kirjaaminen on puutteellista.
- Oma- ja turvallisuusohjelman suunnitelmat eivät aina täytä Valviran määräyksiä.
- Yöhoidon resurssin riittävyys on puutteellista.
- Toiminta ei aina ole palvelukuvauksen mukaista.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Asiakasturvallisuutta vaarantavat tavarat vaaditaan säilytettäväksi lukollisesti.
- Annettu ohjausta asiakkaan yksilöllisen palvelutarpeen mukaisen mitoituksen varmistamiseksi.
- Hoitosuunnitelmia ja kirjaamista tarkastellaan valvontakäynneillä ja vaaditaan korjauksia.
- Oma- ja turvallisuusohjelman suunnitelmiin ja kirjaamiseen on annettu ohjausta ja neuvontaa.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-12/2024	1-12/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	11	69
Lievät poikkeamat (kpl)	41	151
Kehittämissuosituksien kpl	43	98
Positiiviset havainnot (kpl)	17	50
Havaintoja yhteensä	113	368

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 4

Vammaisten palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuus on noussut ja vaaratapahtumia hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.
- Ostopalveluyksiköllä on käytössä esimerkillisen hyvät toimintatavat asiakkaiden ja työyhteisön kohtaamisen omavalvontaan.

Epäkohdat ja puutteet:

- Kaikki kehitysvammaisten ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt eivät toimita rajoitustoimenpideselvityksiä kehitysvammalain mukaisesti, koska asiakastietojärjestelmästä saatava kirjallinen raportti on ulkoasultaan epäselvä ja siinä näkyy rajoituksen toteuttaneen työntekijän nimi.
- Kehitysvammaisten asumisyksiköissä asiakkaiden yhteistiloissa on kameravalvonta.
- Asiakkaiden pankkikorttien säilytys ja käyttö ei ole asianmukaista.
- Keusoten ohjetta rahavarojen säilytyksestä ei noudateta.
- Osa yksiköiden omavalvontasuunnitelmista ja lääkehoitosuunnitelmista on päivittämättä vuonna 2025.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Yksiköiden vastuuhenkilöt ovat toistuvasti ilmoittaneet rajoitustoimenpideraportteja koskevasta ongelmasta asiakastietojärjestelmän toimittajalle. Asiakastietojärjestelmän puute ei ole korjaantunut eikä rajoitustoimenpideselvityksiä edelleenkään toimiteta lain mukaisesti. Valvontaa tekevät työntekijät ovat tehneet asiasta valvontalain 34:§ mukaisesti epäkohtailmoituksen Aluehallintovirastolle. Jos järjestelmän muutos ei etene, rajoitustoimenpideselvitykset toimitetaan jatkossa järjestelmästä saatavassa muodossa.
- Välittömänä toimenpiteenä kehitysvammaisten asumisyksiköissä on peitetty asiakkaiden yhteistilojen kamerat. Yksiköiden vastuuhenkilöt ovat pyytäneet kameravalvonnan purkamista kameravalvonnan vastuutahoilta. Osa kameravalvonnoista on purettu.
- Pankkikorttien käytön toimintatavat on korjattu asianmukaisiksi.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-12/2024	1-12/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	3	32
Lievät poikkeamat (kpl)	4	71
Kehittämissuosituksset (kpl)	11	48
Positiiviset havainnot (kpl)	3	11
Havaintoja yhteensä	21	162

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 5

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Lastensuojelussa sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus on edelleen laskenut ollen nyt 17 % (Tavoite ollut alle 30 %. Vuoden 2024 vaihtuvuus oli vielä 35 %. Pahin tilanne oli vuonna 2022, jolloin vaihtuvuus oli 49 %).
- Kiireelliset sijoitukset ovat laskeneet verrattuna edellisen vuoden vastaavaan ajanjaksoon (tammikuusta kesäkuuhun v. 2024: 101 kpl -> v. 2025: 71 kpl).
- Asiakassiirtymät lastensuojeluun nopeutuneet, kun siirtoprosessia on yhdessä eri palvelualueiden kesken työstetty ja lastensuojelun esimiehet kiinnittäneet asiaan huomiota.
- Valvotut sijaishuollon ostopalveluyksiköt ovat tiloiltaan säännönmukaisesti olleet kodikkaita ja viihtyisiä, toimintaan hyvin soveltuvia.
- Opiskeluhoitopalveluiden kouluterveydenhuollon- sekä psykologi- ja kuraattoripalveluiden henkilöstötilanne saatu korjattua.

Epäkohdat ja puutteet:

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

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

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

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-12/2024	1-12/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	9	3
Lievät poikkeamat (kpl)	17	18
Kehittämissuosituksset (kpl)	3	35
Positiiviset havainnot (kpl)	9	17
Havaintoja yhteensä	38	73

Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvontahavainnot ja toimenpiteet 6

Mielenterveys- ja päihdepalvelut, asumispalvelut (oma ja ostopalvelu)

Positiiviset havainnot:

- Hyvä työyhteisö
- Esihenkilön tuki
- Ostopalveluyksiköissä omavalvonta, riskienhallinta ja jatkuva kehittäminen toteutuvat kattavasti ja monipuolisesti.

Epäkohdat ja puutteet:

- Asiakkaan hoidollisen tuen tarve ylittää asumispalveluyksikön tarjoaman palvelun taso.
- Epäselvyyksiä asiakkaiden yksityisyyden suojan toteutumisessa sekä rekisterinpitäjän informointivelvoitteen täyttymisessä kulunvalvonnan yhteydessä.
- Käytännöt omatyöntekijän nimeämisessä eivät kaikilta osin vastaa lainsäädännön vaatimuksia.
- Huoneenvuokralain mukaisen häätöprosessin vastuut ja toimintamallit ovat epäselviä. Tämä voi viivästyttää asiakkaan pääsyä palvelutarpeen mukaisiin palveluihin ja vaikuttaa yksikön käyttöasteeseen.
- Asiakkaiden ryhmäkotien ulko-ovien ja huoneiden ovien lukituksissa puutteita.
- Sosiaaliasiavastaavien tietojen tiedottamisessa asiakkaille puutteita.
- Asiakkaiden pankkikorttien tunnuslukujen säilyttämisessä epäasianmukaisia toimintakäytäntöjä.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Asiakkaan palveluntarpeen uusi arviointi ja asiakkaan hoivan ja hoidon tarvetta vastaavan palvelun järjestäminen.
- Omatyöntekijöiden nimeämisen käytännöt on korjattu lainmukaisiksi.
- Huoneenvuokralain mukaisen häätöprosessin selkeyttäminen on aloitettu.
- Ovien lukitukset on korjattu asianmukaisiksi.
- Sosiaaliasiavastaavien tiedot on lisätty asiakkaiden nähtäville ja omavalvontasuunnitelmiin.
- Pankkikorttien säilytyksen toimintatavat on korjattu asianmukaisiksi.

Havaintojen laatu yhteensä (oma sekä ostopalvelu)	1-12/2024	1-12/2025
Vakavat poikkeamat (kpl)	0	4
Lievät poikkeamat (kpl)	4	36
Kehittämissuosituksset (kpl)	5	37
Positiiviset havainnot (kpl)	0	3
Havaintoja yhteensä	9	80

Laadunhallinta | Omavalvonta, itsearvioinnit ja auditoinnit

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

Ensimmäiset ulkoiset auditoinnit toteutettiin vuonna 2024. Tammi-elokuussa 2025 toteutettiin ulkoiset ylläpito- ja laajennusauditoinnit 46:een eri yksikköön. Johtoryhmä haastateltiin johdon kokoavassa auditoinnissa elokuussa. Ulkoisen auditoinnin tavoitteena oli saada näyttöä SHQS-standardin hyödyntämisen vaikuttavuudesta suhteessa toiminnan ja laadun johtamisen rakenteista ja menettelyistä sekä laadun jalkautumisesta yksiköiden ja toimintojen arkeen.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueelle myönnettiin 28.11.2025 SHQS-laaduntunnustuksen laajennus ja vuonna 2024 laaduntunnustuksen saaneiden palvelujen ja toimintojen osalta vahvistettiin laaduntunnustuksen jatkuminen.

Sisäiset auditoinnit toteutetaan laadunhallinnan vuosikellon ja sisäisen auditointisuunnitelman mukaisesti vuosittain elo-marraskuussa 31.12.2025 asti.

Tapahtuma	al	1-12/2025
SHQS Itsearviointi	42	3
SHQS sisäinen auditointi	7	4
SHQS esiauditointi	8	0
SHQS laaduntunnustusauditointi	59	46

Laadunhallinta | Omavalvonta ja itsearviointit - havainnot ja kehittämistoimenpiteet

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



Omavalvontasuunnitelmien seurantaraportit

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

SHQS-itsearviointien kehittämistoimenpiteet lukuina 2025 (2024)

Kehittämistoimenpiteitä yhteensä 28 kpl (340 kpl)

- Kesken 11 kpl (138 kpl), joista
 - Myöhässä 8 kpl (112 kpl)
- Valmis 17 kpl (202 kpl)

SHQS-itsearviointien TOP5-kehittämistoimenpiteet liittyivät seuraaviin teemoihin:

1. Keskeisten prosessien määrittelyyn
2. Tietojohtaminen perustuu organisaatiossa sovittuihin periaatteisiin
3. Henkilöstön perehdytyksen toimintamalleihin ja arviointiin
4. Lääkinnällisten laitteiden/mittaus- ja seurantalaitteiden toimivuuden luotettavuuteen ja niihin liittyvien epäkohtien ilmoittamiseen
5. Digi- ja etäpalvelujen toiminnan varmistamiseen

Laadunhallinta I Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 1



Asiakkaan ja potilaan oikeudet

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

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

Asiakkaiden ja sidosryhmien tyytyväisyys ja osallisuus

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

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

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

Laadunhallinta I Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 2



Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen

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

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

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

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

Turvallisuuden hallinta

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

Laadunhallinta I Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 3



Riskienhallinta

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

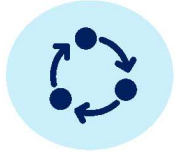
Vuonna 2025 käyttöön otettu Laatuportti-järjestelmä on uusi väline riskianalyysien tekemiseen. Johdon eikä yksiköiden riskienhallinnan uusia arviointeja uutta järjestelmää hyödyntäen ole vielä tehty. Riskienarviointi on jatkuva prosessi ja erityisesti ICT-palveluissa arviointeja toteutetaan neljä kertaa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

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

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

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

Laadunhallinta I Auditointihavainnot (sisäiset ja ulkoiset) 4



Palvelun tai hoidon ohjaus

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

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

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

Omavalvonta

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

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten määrät ja luonne

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

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



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

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

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten tyyppi ja kehittämistoimenpiteet 1/3

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

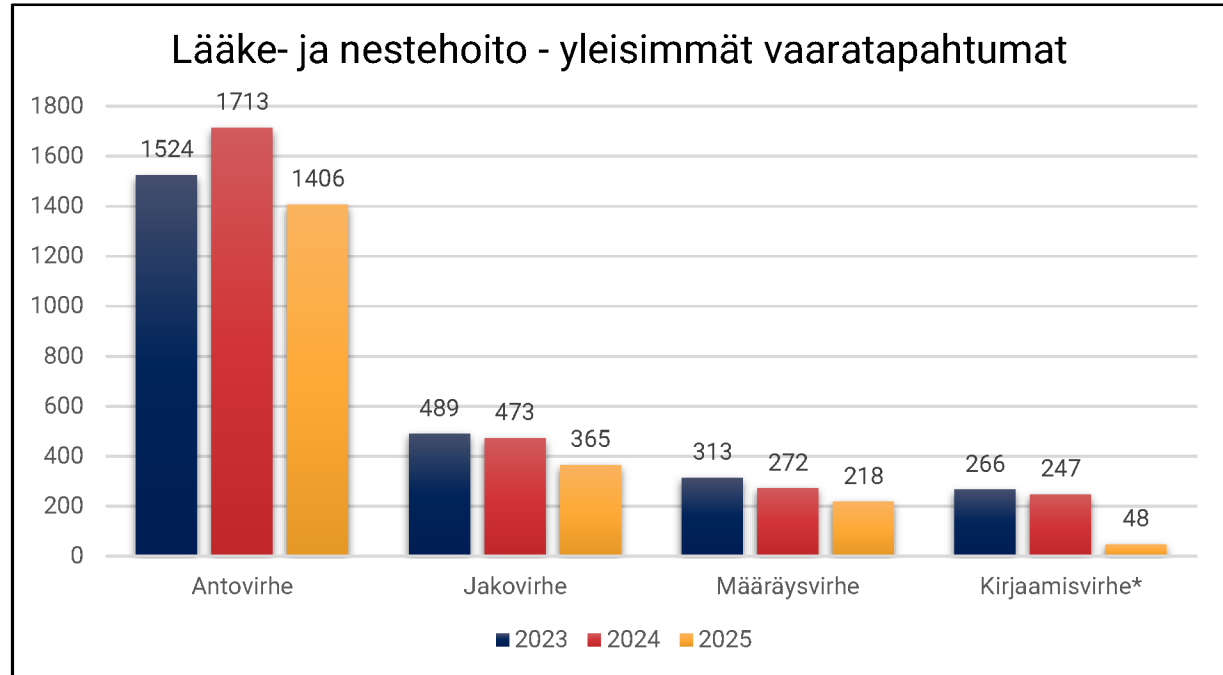
Antovirheet: ilmoitettujen antovirheiden määrä väheni (-307 kpl). Antovirheistä suurin osa kohdistui seuraaviin poikkeamiin: Lääke, neste tai verituote antamatta 675 kpl, Muu syy 156 kpl, Väärä annos tai vahvuus 150 kpl, Väärä ajankohta 139 kpl.

Jakovirheet: ilmoitettujen jakovirheiden määrä väheni (-108 kpl). Jakovirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin: Lääke jakamatta 165 kpl, väärä annos tai vahvuus 87 kpl, jaettu annettavaksi vääränä ajankohtana 25 kpl, Virhe kaksoistarkastuksessa tai kaksoistarkastus tekemättä 17 kpl.

Määräysvirheet: ilmoitettujen määräysvirheiden määrä väheni (-54 kpl). Määräysvirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin: Väärä tai puuttuva annos tai vahvuus (86 kpl), Määräys tai resepti puuttuu tai kirjattu väärään paikkaan (41 kpl)

Kirjaamisvirheet: ilmoitettujen kirjaamisvirheiden määrä väheni* (-200 kpl). Kirjaamisvirheistä suurin osa kohdistuu seuraaviin poikkeamiin: Muu syy 22 kpl, lääke kirjaamatta 9 kpl, väärä annos tai vahvuus 9 kpl.

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



Kaavio 1: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat vuosilta 2023, 2024 ja 2025.

* Kirjaamisvirheet raportoidaan 1.3.2025 alkaen osana muita poikkeamatyypppejä, mikä voi vääristää tilastoja.

Turvallisen lääkehoidon kehittämistoimenpiteitä:

- Lääkehoidon osaamisen varmistamisen ja lääkelupien sähköinen hallinnointi on otettu käyttöön.
- Lääkehoitosuunnitelman mukaisen toiminnan ja lääkehoidon osaamiseen varmistamista, koulutusta ja perehdytystä kehitetty ja toteutettu havaittujen poikkeamien pohjalta. Sairaalapalveluissa kehitystyötä tehty erityisesti kaksoistarkastusprosessin osalta.
- Lääkehoidon verkkokoulutuksia ja webinaareja on järjestetty säännöllisesti sekä esihenkilöille että hoitotyöntekijöille.
- Farmaseuttivetoista lääkehoidon perehdytysmallia on kehitetty sairaalapalveluissa hoitohenkilöstölle ja aloitettu perehdytykset kesäajan lääkäreille
- Lääkehoitosuunnitelmien laatimista ja päivittämistä on painotettu eri työryhmien toimesta
- Kansallisen lääkityslistan (Kanta-lääkityslista) käyttöönottoprojekti on aloitettu

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten tyyppi ja kehittämistoimenpiteet 2/3

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

Kaatumiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat hieman lisääntyneet (+49 kpl)

Putoamiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat hieman vähentyneet (-27 kpl) (Kuva 3.)

Kaatumiseen liittyvien vaaratapahtumien **seuraukset potilaalle** olivat:

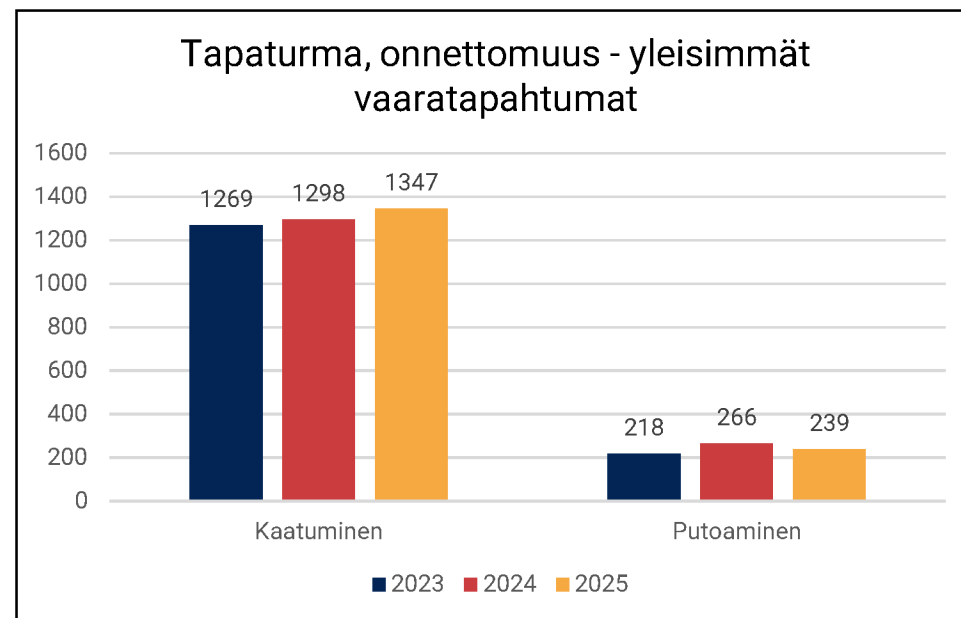
- ei haittaa (558 kpl)
- lievä haitta (504 kpl)
- kohtalainen haitta (157 kpl)
- vakava haitta (16 kpl).

Haitta ei ollut tiedossa 103 ilmoituksessa.

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

- korjattiin tilanne välittömästi (892 kpl)
- pyydetty lisähenkilökuntaa (376 kpl)
- hälytetty ulkopuolista apua (45 kpl).

Tilanteen hallinta ei ollut tiedossa 32 ilmoituksessa.



Kaavio 2: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat vuosina 2023, 2024 ja 2025.

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

- 1. Tiimityö ja tapahtumien käsittely työyhteisössä (33 kpl)** Esim. tiimipalaverit ja osastokokoukset, pystypalaverit, tapahtumien käsittely kaatumisen ehkäisyn toimintamallin mukaisesti, yhteinen pohdinta ja päätökset
- 2. Apuvälineet ja ympäristön turvallisuus (33 kpl)** Esim. jarrusukat/sisäkengät, rollaattori, liikehälyttimet, mattojen poisto tai liukuesteet, tuolien/kaiteiden tarkistus, katonosturi, pehmokypärä, yövalaistus
- 3. Lääkitys ja hoidolliset toimenpiteet (19 kpl)** Esim. lääkityksen tarkistus ja muutokset, lääkäri- ja fysioterapeuttikonsultaatiot, kipujen ja infektioiden hoito.
- 4. Asukkaan toimintakyky ja yksilölliset ratkaisut (10 kpl)** Esim. omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen, avun pyytämiseen ohjaus, esteettömyys, wc-käyntien muistuttaminen, päihteettömyyteen kannustaminen, yksilöllisten tarpeiden huomiointi
- 5. Seuranta, dokumentointi ja ilmoitukset (18 kpl)** Esim. voinnin säännöllinen arviointi, hoitosuunnitelmien päivitys, SAS-prosessit, vakuutus- ja Fimea-ilmoitukset.
- 6. Muu (6 kpl)** Merkinnät, jotka eivät selkeästi kuulu muihin teemoihin, esim. hellejakson vaikutukset, yksittäiset huomiot, ei toimenpiteitä -maininnat.

Lisäksi kaatumisen ehkäisyn sisäisiä verkkosivuja on ylläpidetty ja päivitetty.

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Ilmoitusten tyyppi ja kehittämistoimenpiteet 3/3

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

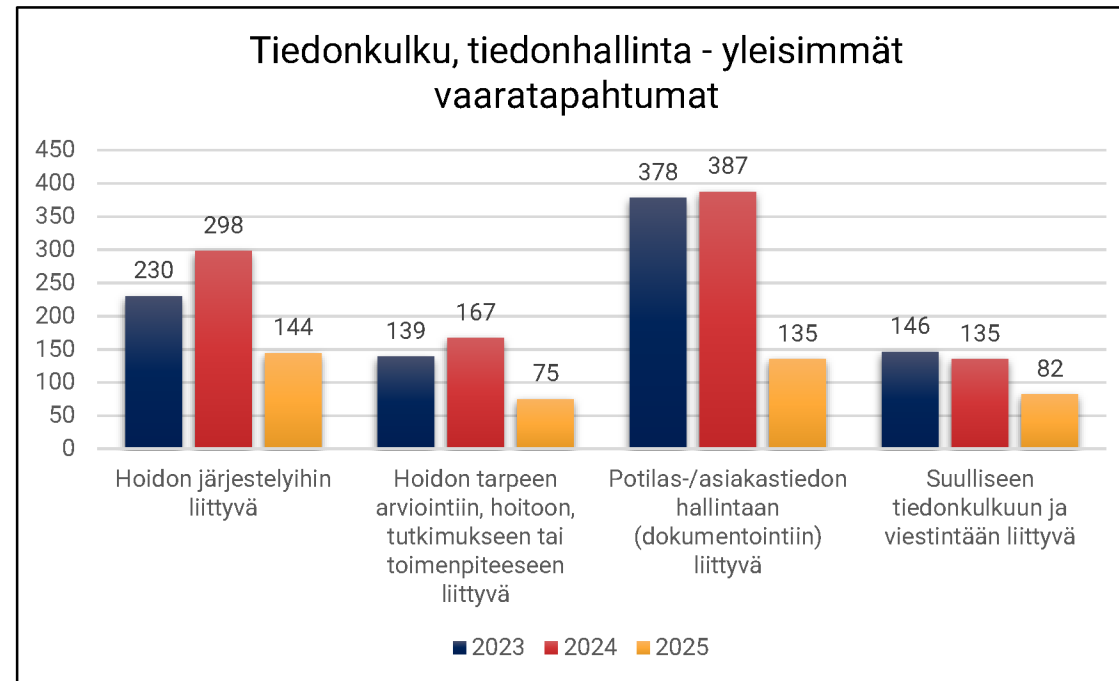
Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät ilmoitukset koskivat

- **Potilas-/asiakastietojen hallintaa**, joka oli yleisin poikkeama tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvissä vaaratapahtumissa. Ilmoitukset vähenivät (-252 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyyppit olivat Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilas-/asiakastieto 61 kpl ja Muu, mikä 23 kpl.
- **Hoidon järjestelyjä**, joissa ilmoitukset vähenivät (-154 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyyppit olivat: Väärä, virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohje 54 kpl, Ajanvaraus tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 37 kpl ja Lähetä hoitoon tekemättä, puutteellinen tai virheellinen 29 kpl.
- **Suullista tiedonkulkua ja viestintää**, jossa ilmoitukset vähenivät (-53 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyyppit olivat: Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 51 kpl, Muu, mikä 15 kpl ja Välitetty virheellinen, epätarkka tai puutteellinen tieto 9 kpl.
- **Hoidon tarpeen arviointia, hoitoa, tutkimusta tai toimenpidettä**, joissa ilmoitukset vähenivät (-92 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisimmät ilmoitustyyppit olivat: Tutkimus jäänyt tekemättä 17 kpl, Potilas-/asiakastieto jäänyt huomioimatta 13 kpl ja Tutkimustulos jäänyt huomioimatta tai tulkittu väärin 12 kpl.

Tiedonkulun ja tiedonhallinnan kehittämistoimenpiteet:

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

Hoitokäytänteiden kehittäminen ja varmistaminen: Hoitokäytänteitä yhtenäistetty ja dokumentoitu sekä hoitokäytäntöihin liittyviä työnkuluja/prosessikuvauksia on mallinnettu IMS-järjestelmään, jossa varmistetaan ohjeiden ajantasainen ylläpito. Turvallisten ja ajantasaisten hoitokäytäntöjen toteutumista ja osaamista on vahvistettu koulutussuunnitelmien mukaisilla eri aihealueisiin painottuvilla koulutuksilla (mm. käsi- ja käsihygieniä, tunnistusta epidemia, hoitoympäristön- ja hoitotarvikkeiden puhtaus ja infektioiden torjunnan perusteet kesätyöntekijöille). Kirjaamisen käytänteitä ja ohjeita käyty yksiköissä yhteisesti läpi.



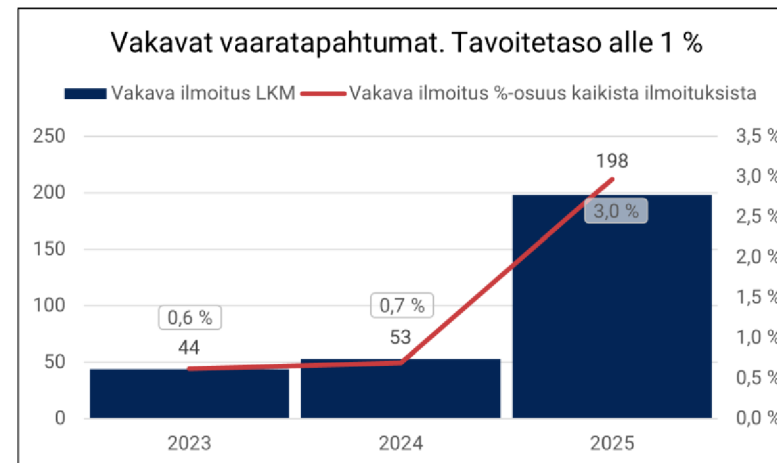
Kaavio 3: Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat vuosina 2023, 2024 ja 2025.

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Vakavat vaaratapahtumat

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmä arvioi kaikki vaaratapahtumailmoitukset, joiden seurauksena asiakkaalle tai potilaalle on ollut vakava tai jolle on arvioitu korkea riskiluokka (riskiluokka IV tai V). Arvioinnin perusteella tapahtumasta joko aloitetaan vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessin mukainen tutkinta tai yksikölle annetaan ohjausta, kehittämissuosituksia ja tarvittaessa jatkotoimenpiteitä, ja ilmoitus palautetaan yksikölle normaaliin käsittelyyn.

- Vakavia vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty noin 2 viikon välein
- Vuonna 2025 käynnistettiin 2 uutta tutkintaa ja saatiin valmiiksi 5 tutkintaa, joista kolme oli aloitettu vuoden 2024 aikana.
 - Tutkinnat kohdistuivat tapaturmaan, lääkityspoikkeamiin sekä hoidotta jäämiseen

Järjestelmämuutoksen myötä vakaviksi vaaratapahtumiksi nousseissa ilmoituksissa on havaittu luokitteluvirheitä, eikä suurin osa ilmoitetuista tapahtumista ole ollut vakavia.



Kaavio 4: vakavat vaaratapahtumat ajalla v. 2023-2025

Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan tuloksena käynnistetyt kehittämistoimenpiteet:

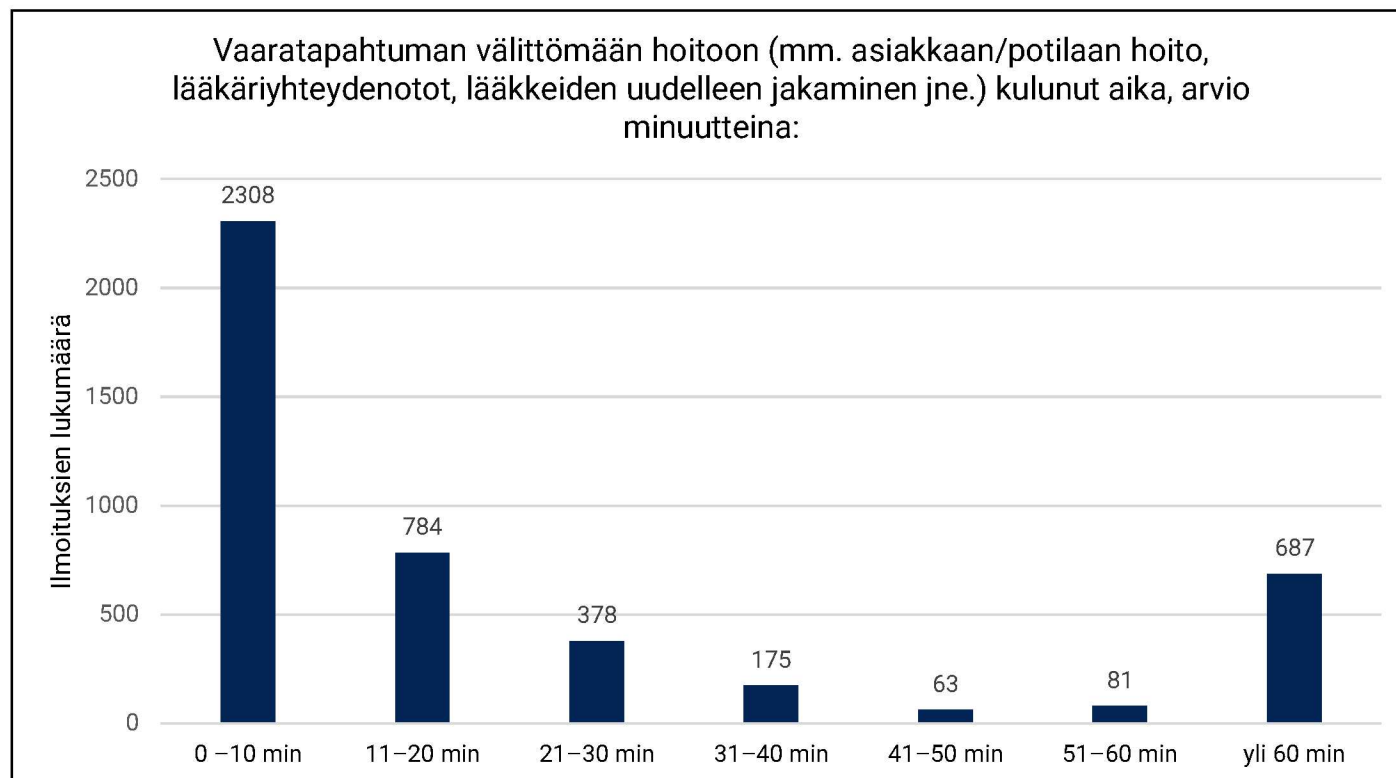
- Ennakoivan toimintamallin kehittäminen palveluissa.
- Toimintaohjeiden päivittäminen mm. potilaan seurannasta, vastaanottotilojen tarkastamisesta, toimintakäytännöistä virka-aikojen ulkopuolella, potilaan lähettämisestä, lääkityslistan tarkistamisesta ja lääkehoidon toteuttamisesta. Yksikkökohtaisten lääkehoitosuunnitelmien laatiminen / päivittäminen viipymättä.
- Osaamisen varmistamis- ja lääkelupakäytäntöjen kehittäminen riskilääkkeiden osalta.
- Koulutuksen lisääminen kriittisistä riskitiedoista ja tekoälyn käyttömahdollisuuksien selvittely asiakas- ja potilastietojärjestelmän kriittisten riskitietojen kanssa.
- Hoitotyön toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen, perehdytyksen vakioiminen ja kertaaminen, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen.
- Reaaliaikaiseen kirjaamiseen siirtyminen, kirjaamisohjeiden tarkentaminen kirjaamisen käsikirjaan, ohjeiden läpikäynti yksiköissä ja yhteistyötahojen kanssa.
- Kellonajan kirjaaminen asiakas- ja potilastietojärjestelmään pakolliseksi.
- Hoitajakutsulaitteiden kirjallinen merkitseminen hoitajakutsupainikkeiksi, uloskäynnin opasteiden päivittäminen.
- Resurssien riittävyyden aktiivinen seuraaminen, työaikojen tarkistaminen ja työaikaseurannan ohjeiden läpikäynti yksiköissä.
- Kerrattu osaamisen varmistamisen ja ylläpitämisen vastuita työntekijän ja työnantajan osalta, kehitetty koulutussuunnitelmaa ja perehdytystä.
- Kotihoidon asiakkaan sairaalasta kotiutumisen yhteystietojen ja ohjeiden päivittäminen yhteistyökumppaneille, kotihoidon asiakkaan lisäkäynnin luominen ainoastaan Pegasos-tietojärjestelmän kautta.
- Lepovöiden inventointi ja käyttökoulutuksen hankkiminen, henkilöhälyttimien käyttö koko työvuoron ajan.
- Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessin kehittäminen ja oheiskärsijätoimintamallin käyttöönotto.

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Vaaratapahtumien välittömään hoitoon käytetty aika

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

Vaaratapahtumien välittömään hoitoon oli kulunut 1.4.–31.12.2025 arviolta yhteensä:

- 1204–1772 tuntia, joka on
- 31–46 työviikkoa

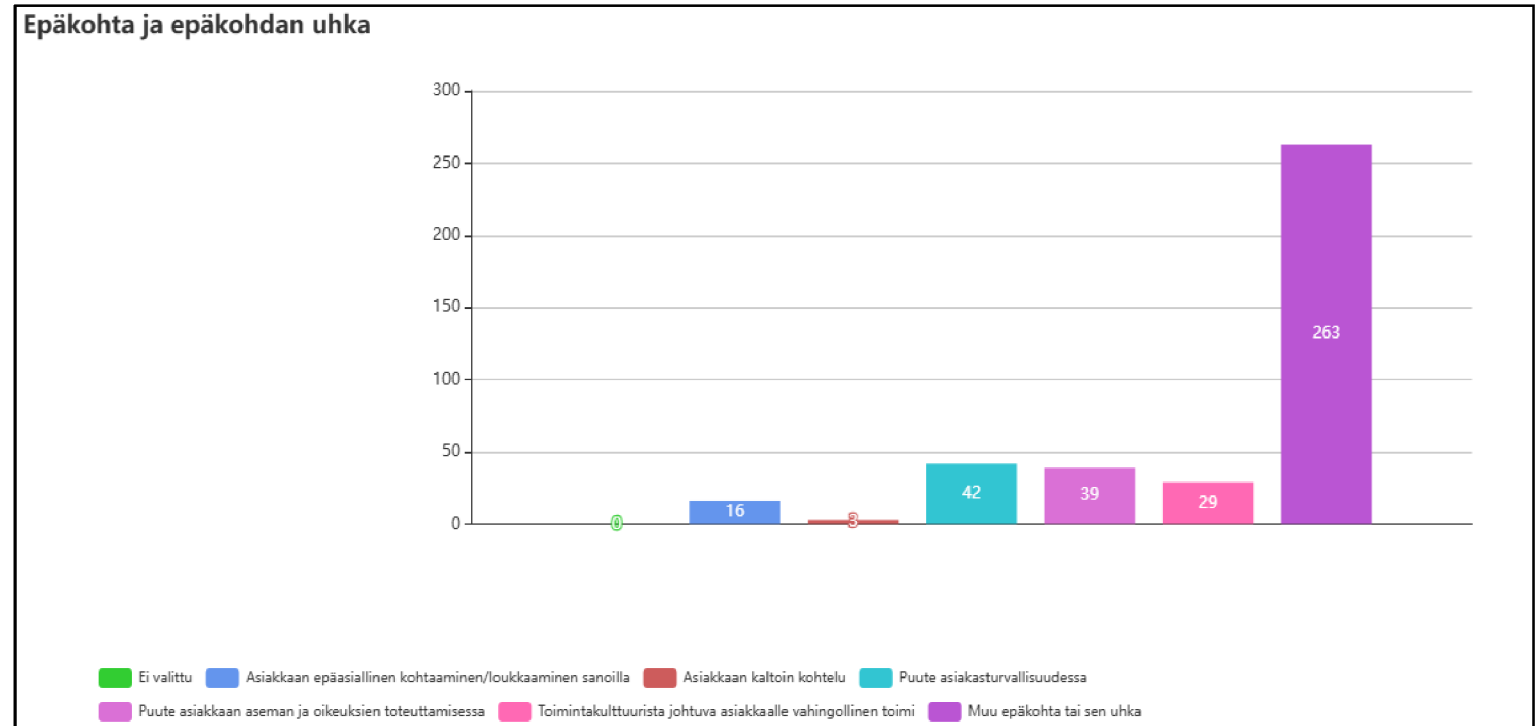


Kaavio 5. Vaaratapahtuman välittömään hoitoon arviolta kulunut aika 1.4.–31.12.2025.

Epäkohdat I Ilmoitusten tyyppi ja kehittämistoimenpiteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalla on lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa viipymättä, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksia käsitellään, seurataan ja raportoidaan säännöllisesti ja niitä hyödynnetään yksiköiden toiminnan kehittämisessä.

Epäkohtailmoitukset tehdään Laatuportti-järjestelmässä. Vuonna 2025 ilmoituksia tehtiin yhteensä 392 kpl (Kuva 7). Vuonna 2024 epäkohtailmoituksia oli tehty 8 kpl. Ilmoitusmäärän kasvuun ovat vaikuttaneet tietoisuuden lisääntyminen ilmoitusvelvollisuudesta, uuden järjestelmän käyttöönotto sekä se, että henkilöstö ei aina tunnista epäkohtailmoituksen ja asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksen eroja.



Kuva 2. Epäkohtailmoitusten aiheet 1.4.–31.12.2025.

Esimerkkejä toteutetuista kehittämistoimenpiteistä

- Lääkehoidon vastuita selkiytetty esim. henkilökohtaisten avustajien ja kotihoidon välillä sekä ikääntyneiden asumispalveluissa.
- Annettu ohjausta kotihoidon lääkäreille (oma ja ostopalvelulääkärit) tilanteissa, joissa asiakkaan toimintakyky ja itsemääräämisoikeus ovat ristiriidassa.
- Kerrattu lääkäreiden kanssa läheteiden tekemistä ja lääkkeen määräämisen hyviä käytäntöjä
- Saatettu ylemmälle taholle tiedoksi suun terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmän epäkohdat, jotka vaarantavat asiakas- ja potilasturvallisuutta. Järjestelmätoimittajalle tehty reklamaatio.
- Vastaanottopalvelujen kirjaamistapaa muutettu, jotta hoidon jatkuvuus voidaan varmistaa.
- Käyty työnjohdollisia keskusteluita työpaikkakäyttäytymisestä
- Toimintaohjeita kerrattu mm. rajoittamisen, kirjaamisen, potilaan saapumisen ja henkilöhälyttimien käytön osalta
- Tarkasteltu resursseja ja niiden kohdentamista sekä työn organisointia

RAI I Laatutavoitteet, ikääntyneiden palvelut

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

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

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



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

Asiakaskokemus ja osallisuus

1-12/2025



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Asiakaspalaute I Yhteenveto asiakaskokemuksesta

Keusoten asiakaskokemus on parantunut. NPS oli 63 ja pääsimme strategiseen tavoitteeseen NPS 60.

Pärjäämisen kokemuksen (PEI) mittaamista pilotoitiin loppuvuodesta ja mittari vakioidaan käyttöön soveltuissa palveluissa. Pilottiin osallistuneissa palveluissa (mm. terveysasemien vastaanotot, asiakasohjaus, neuvolat ja mipä-palvelut) yhteensä 66% koki käynnin tai saamansa palvelun jälkeen pärjäävänsä tilanteensa kanssa paremmin tai paljon paremmin. Yhteensä 30% koki pärjäävänsä entiseen tapaan tai huonommin. Vastaajista 4% ei osannut sanoa. Vastauksia saapui yhteensä 9158 ajalla 10-12/2025. Mittarin vakiointi osaksi asiakaskokemuksen mittaamista ja vaikuttavuuden kehittämistä auttaa pureutumaan siihen, miksi merkittävä osa asiakkaista ei koe pärjäävänsä saamansa palvelun jälkeen paremmin kuin ennen.

Keusoten asiakaskokemukseen liittyen valmistui tai on tekeillä useampi tutkimus tai opinnäytetyö. Lupaavia ja jatkotutkimukseen kannustavia tuloksia saimme mm. kun Laurean opiskelijat tutkivat asiakaskokemuksen ja työntekijäkokemuksen välistä yhteyttä sosiaalipalveluissa.

NPS 63
Tavoite = 60

64 694
Asiakaspalautetta

77 %

Suosittelijoiden prosenttiosuus
(NPS-vastaus 9 tai 10)

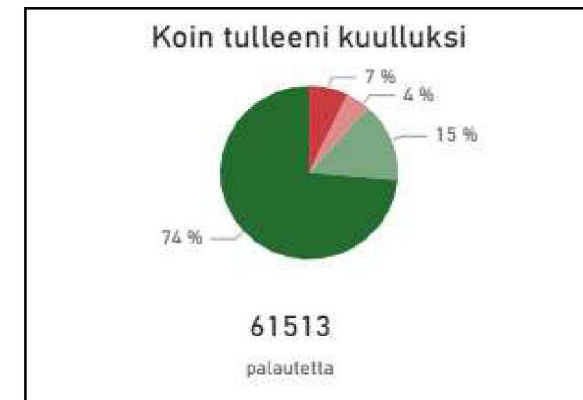
11 %

Passiivisten prosenttiosuus
(NPS-vastaus 7 tai 8)

13 %

Arvostelijoiden prosenttiosuus
(NPS-vastaus 0-6)

Kuva 3: Asiakaspalautteiden määrä, NPS-arvo, tavoite ja jakauma 2025.



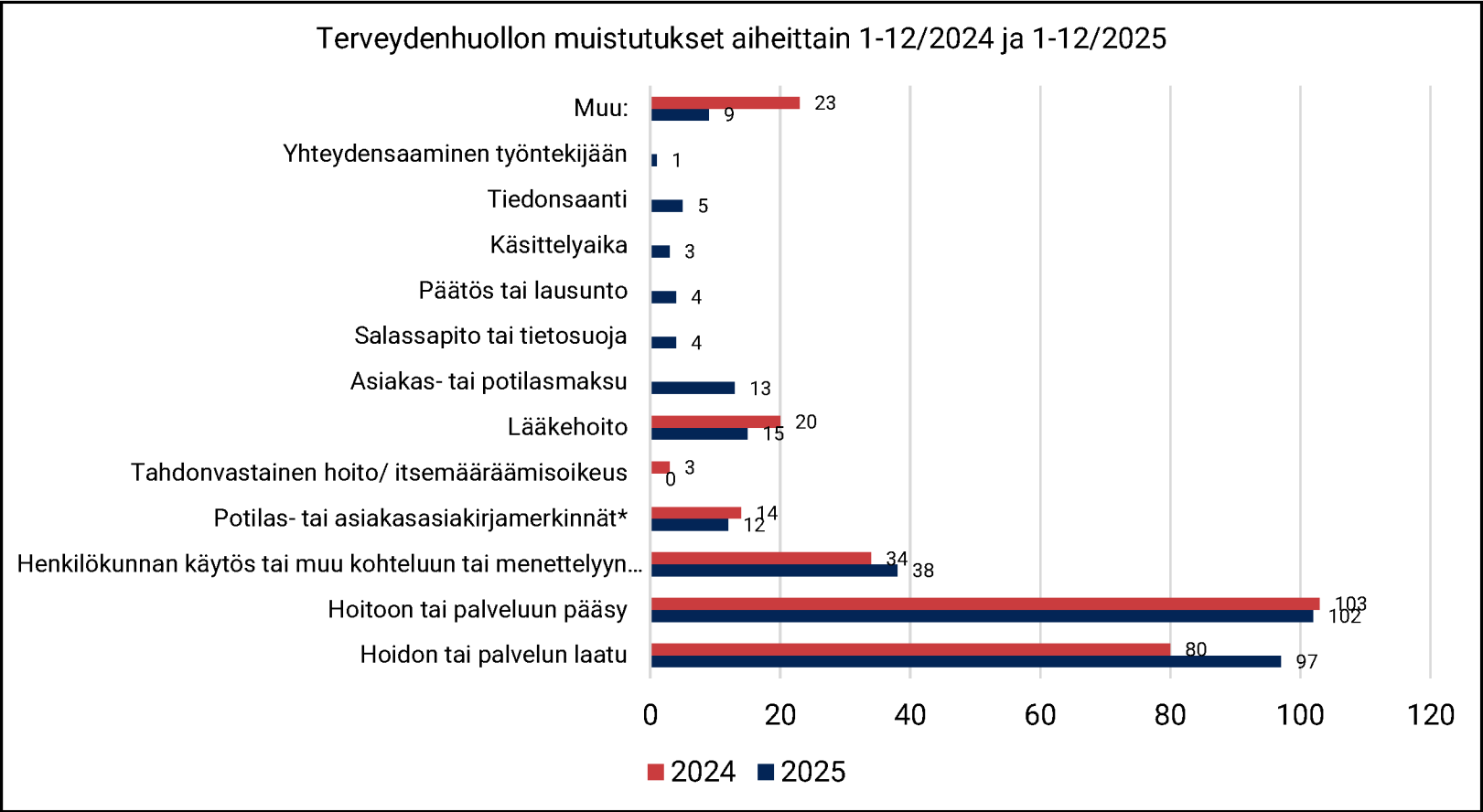
Kuva 4: Keusoten omat asiakaskokemusväittämät "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" ja "Koin tulleen kuulluksi" 2025.

Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset aiheittain

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

Ajalla 1-12/2025 terveydenhuollon muistutuksia saapui 303 kpl määrän ollen suurempi kuin edellisenä vuonna (+26kpl).

Muistutusten aiheista suurin osa liittyi hoitoon pääsyyn (102kpl) joka oli 1kpl vähemmän ja hoidon laatuun (97kpl), joka oli puolestaan 17kpl enemmän kuin edellisenä vuotena. Käytökseen ja kohteluun liittyviä muistutuksia oli saapunut 38 kpl, joka on enemmän kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana (+4kpl). Lääkehoitoon (-5kpl) sekä itsemääräämisoikeuteen (-3kpl) liittyvät muistutukset ovat vähentyneet edelliseen vuoteen verrattuna.



Kaavio 6: Terveystenhuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2024 – 30.12.2024 ja 1.1.2025 – 30.12.2025

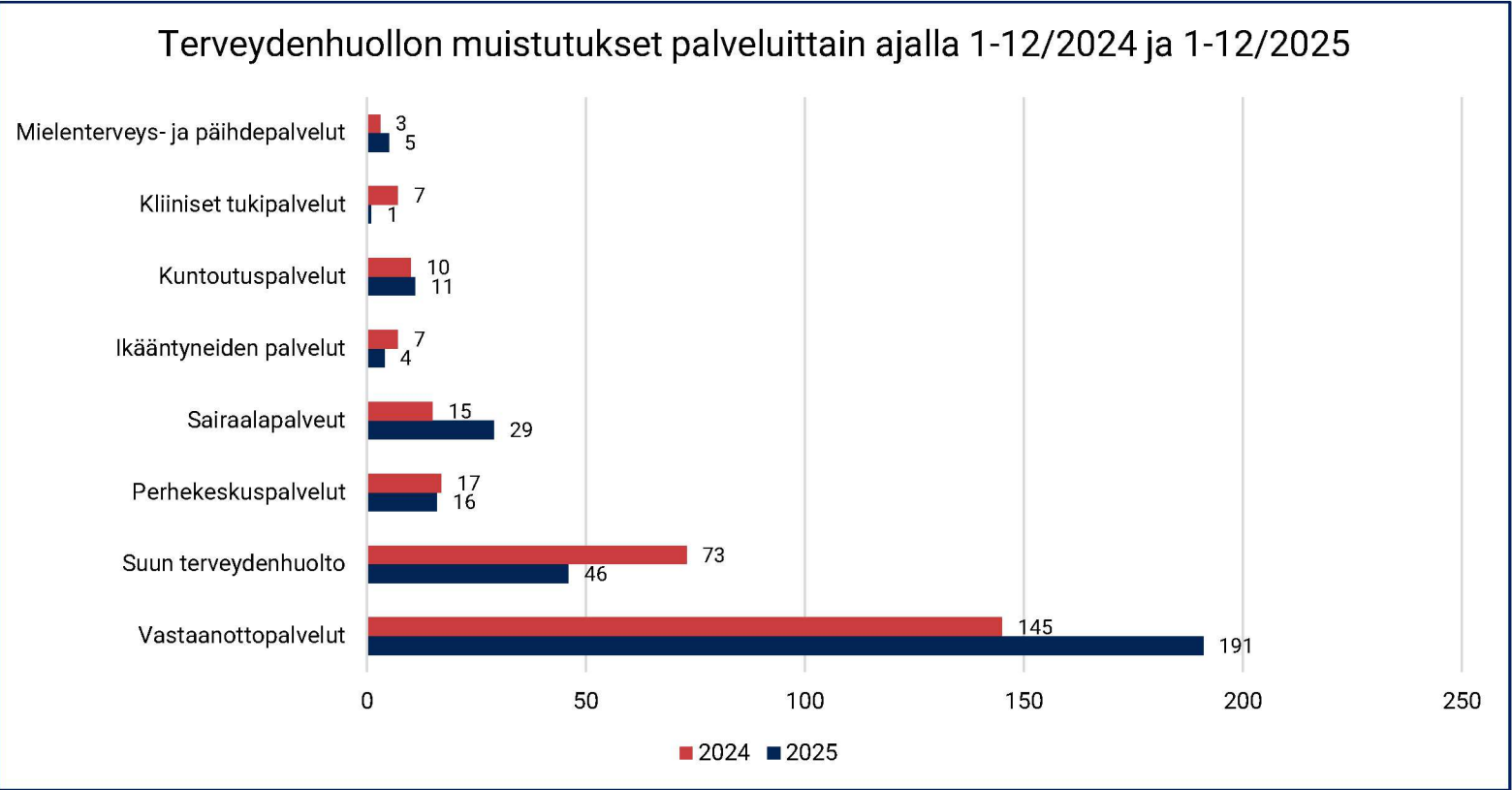
Vuosi	Hoidon laatu	Hoitoon pääsy	Käytös/kohtelu	*Potilas- tai asiakasasiakirjat (vuonna 2024 potilasasiakirjat tai tietosuojat)	Tahdonvastainen-hoito/itsemääräämisoikeus	Lääkehoito	Muu	Tiedon-saanti	Käsittely-aika	Päätös tai lausunto	Salassapit o tai tietosuojat	Yhteyden-saaminen työntekijään	Asiakas- tai potilasmaksu	Yhteensä
2025	97	102	38	12	0	15	9	5	3	4	4	1	13	303
2024	80	103	34	14	3	20	23	x	x	x	x	x	x	277

Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset palveluittain

Eniten muistutuksia kohdistui vastaanottopalveluihin (191kpl), suun terveydenhuoltoon (46kpl) ja sairaalapalveluihin (29kpl).

Vastaanottopalveluissa muistutusten määrä on kasvanut edellisen vuoden samaan ajankohtaan verrattuna (+46kpl). Samoin sairaalapalveluissa määrä on hieman kasvanut (+14kpl). Suun terveydenhuollossa määrä on puolestaan vähentynyt edelliseen vuoteen verrattuna (-27kpl).

Kuntoutuspalveluihin (11kpl) +1kpl)) ja mielenterveys- ja päihdepalveluihin (5kpl)+2kpl)) on saapunut muutama muistutus enemmän edelliseen vuoteen verrattuna. Ikääntyneiden palveluihin (4kpl)-3kpl)), perhekeskuspalveluihin (16kpl) -1kpl)) ja klinisiin tukipalveluihin (1kpl)-6kpl)) on tullut vähemmän muistutuksia kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana (kaavio 7.)



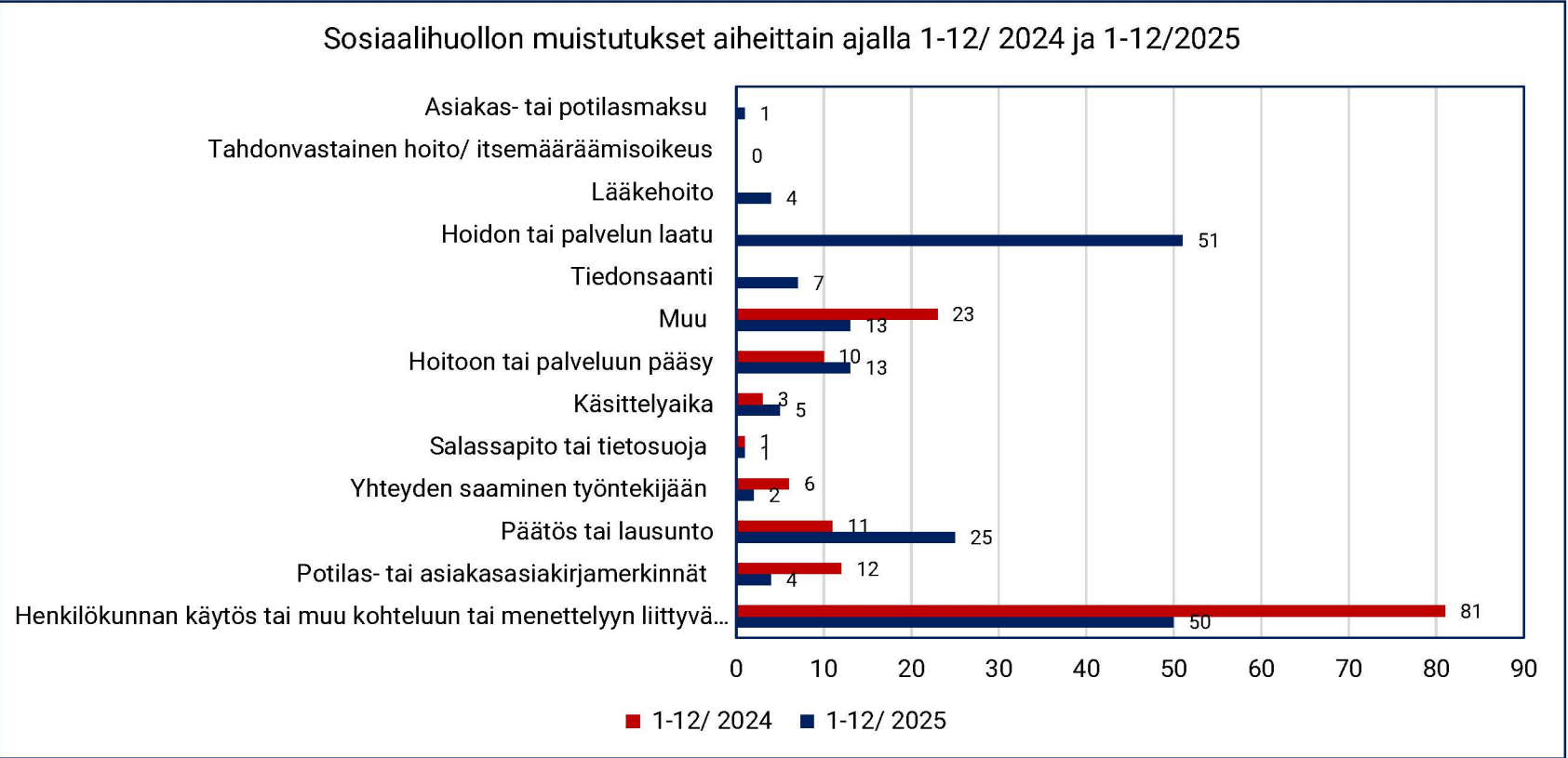
Kaavio 7. Terveystenhuollon muistutukset tulosalueittain ajalla 1.1.2024 – 31.12.2024 ja 1.1.2025 – 31.12.2025

Vuosi	Vastaanotto palvelut	Suun terveydenhuolto	Perhekeskus palvelut	Sairaalapalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Kuntoutus palvelut	Kliiniset tukipalvelut	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhtensä
2025	191	46	16	29	4	11	1	5	303
2024	145	73	17	15	7	10	7	3	277

Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain

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

Sosiaalihuollon muistutuksia saapui yhteensä 176 kpl, mikä on 29 muistutusta enemmän kuin edellisvuoden vastaavana ajankohtana. Näistä muistutuksista 50 kpl koski henkilökunnan käytöstä tai muuta kohteluun tai menettelyyn liittyvää asiaa. Määrä on vähentynyt jonkin verran vuoteen 2024 verrattuna (-31 kpl). Henkilökunnan käyttöön tai muuhun kohteluun tai menettelyyn liittyvistä muistutuksista suurin osa (26 kpl) koski lastensuojelua. Myös yhteyden saamiseen (-4 kpl) ja asiakasasiakirjamerkintöihin (-8 kpl) liittyvien muistutusten määrä on vähentynyt. Päätöksiin ja lausuntoihin (+14 kpl) liittyvät muistutukset ovat sen sijaan jonkin verran lisääntyneet. Hoidon ja palvelun laatuun liittyviä muistutuksia saapui 51 kappaletta. (ks. kaavio 8)



Kaavio 8. Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2024 – 31.12.2024 ja 1.1.2025 – 31.12.2025

Vuosi	Asiakas- tai potilasmaksu	Tahdonvastainen hoito/ itsemääräämisoikeus	Lääkehoito	Hoidon- tai palvelun laatu	Tiedonsaanti	Muu	Hoitoon tai palveluun pääsy	Käsittelyaika	Salassapito tai tietosuojat	Yhteyden saaminen työntekijään	Päätös tai lausunto	Potilas- tai asiakasasiakirja merkinnät	Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun tai menettelyyn liittyvä asia	Yhteensä
2025	1	0	4	51	7	13	13	5	1	2	25	4	50	176
2024	x	x	x	x	x	23	10	3	1	6	11	12	81	147

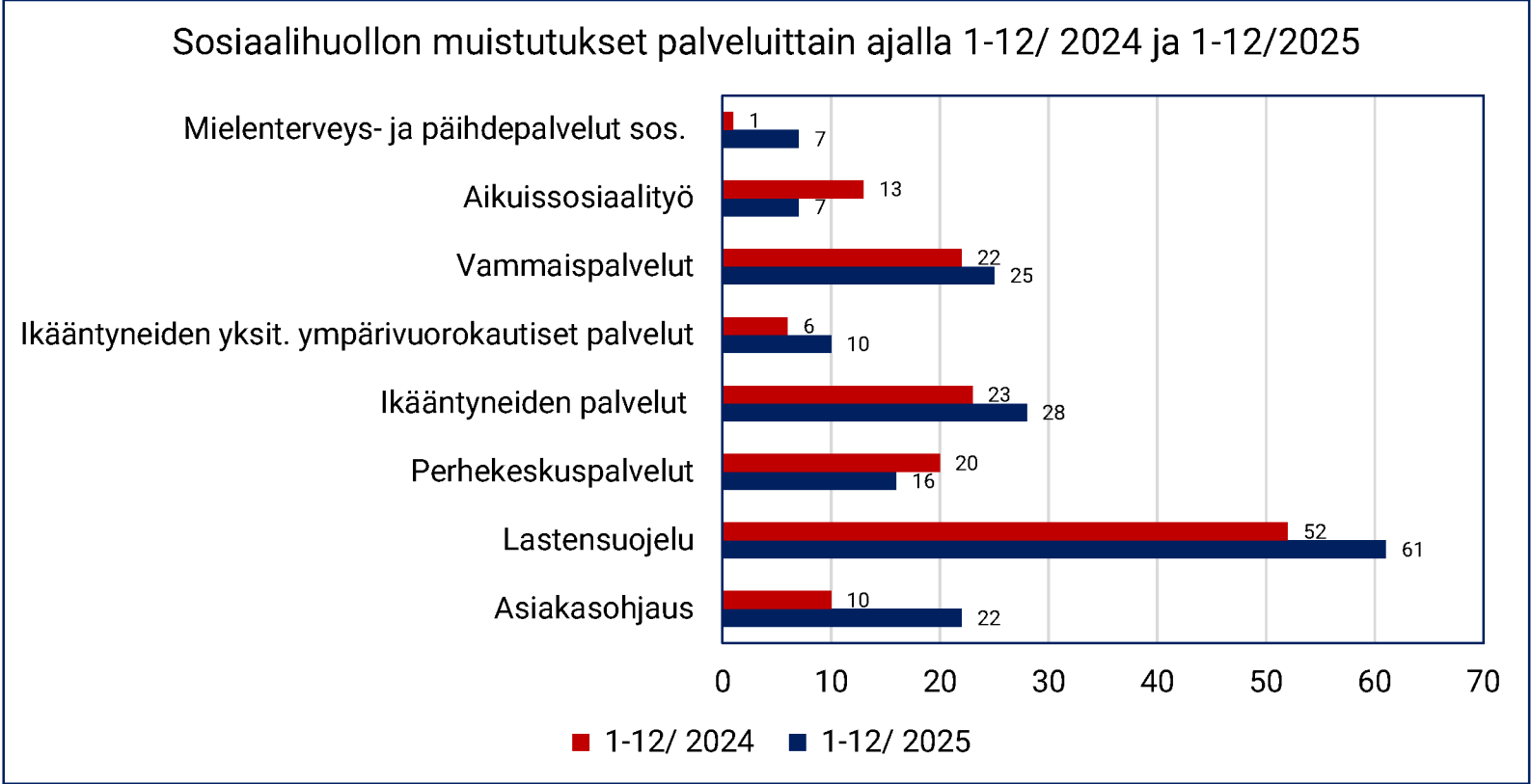
Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain

Aikuissosiaalityöhön (-6 kpl) ja perhekeskuspalveluihin (-4 kpl) kohdistuvia muistutuksia on hieman vähemmän viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna.

Lastensuojeluun (+9 kpl) ikääntyneiden palveluihin (+5 kpl) ja ikääntyneiden yksityisiin ympärivuorokautisiin palveluihin (+4 kpl) kohdistuvat muistutukset ovat jonkin verran lisääntyneet.

Muistutuksia, jotka koskevat asiakasohjausta (+ 12 kpl) ja mielenterveys- ja päihdepalveluita (+6 kpl) on selvästi enemmän viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna.

Vammaispalveluihin kohdistuvat muistutukset (25 kpl) ovat pysyneet melkein samalla tasolla.



Kaavio 9. Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain vuosina 2024-2025

Vuosi	Asiakasohjaus	Lastensuojelu	Perhekeskuspalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Ikääntyneiden yksit. ympärivuorokautiset palvelut	Vammaispalvelut	Aikuissosiaalityö	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhteensä
2025	22	61	16	28	10	25	7	7	176
2024	10	52	20	23	6	22	13	1	147

Muistutukset I Muistutusten käsittelyajat

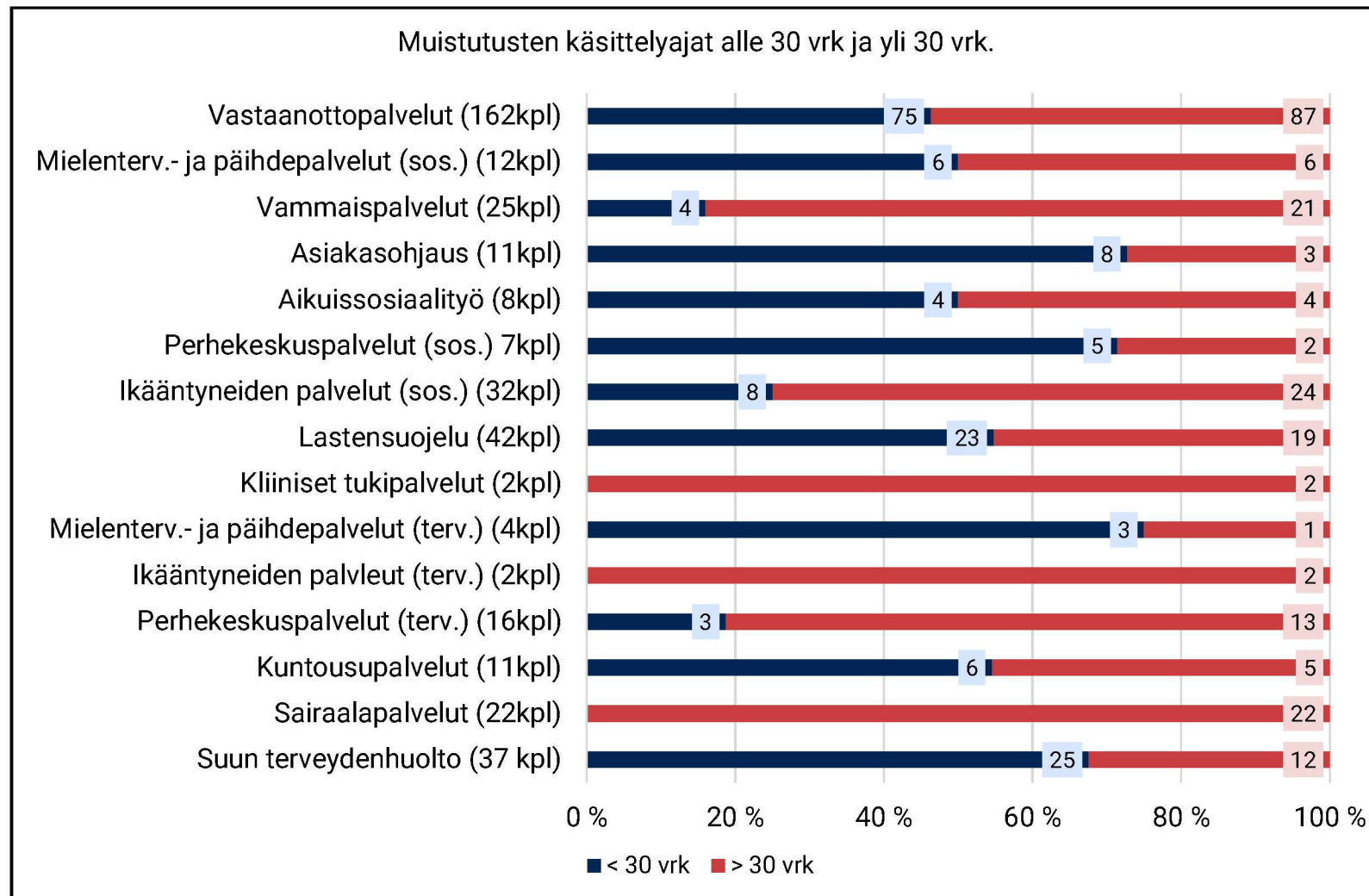
Kaikista muistutuksista 42% (128kpl) oli käsitelty tavoiteajassa eli alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa.

Vastaavana ajankohtana edellisenä vuonna muistutuksista tavoiteajassa oli käsitelty 36% (165kpl) eli 6% vähemmän kuin kuluvana vuonna.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut (terv.) ovat käsitelleet 75% (3kpl) muistutuksista tavoiteajassa. Asiakasohjaus 73% (8kpl), suun terveydenhuolto 68% (25kpl), perhekeskuspalvelut (terv.) 67% (5kpl), kuntoutuspalvelut 55% (6kpl), lastensuojelu 55% (23kpl), Mielenterveys- ja päihdepalvelut (sos.) 50% (6kpl), ja aikuissosiaalityö 50% (4kpl) muistutuksista tavoiteajassa.

Kliiniset tukipalvelut (2kpl), sairaalapalvelut (22kpl) sekä ikääntyneiden palvelut (terv.) (2kpl) eivät ole käsitelleet yhtään muistutusta tavoiteajassa. Muut tulosalueet olivat käsitelleet alle puolet muistutuksista tavoiteajassa. (kaavio 10).

Kaikista muistutuksista 5,5% (25kpl) käsittely oli kestänyt 180 – 365 vuorokautta ja 4% (17kpl) yli 365 vuorokautta.



Kaavio 10. Muistutusten käsittelyajat tulosalueittain

Kantelut ja potilasvahingot I Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteenveto

Terveydenhuollon kanteluita saapui AVI:sta seitsemän, joka oli vähemmän kuin edellisenä vuonna (-8kpl) sekä Valviralta yksi (+1) ja Oikeusasiamieheltä yksi (+3).

Sosiaalihuollon kanteluita saapui AVI:sta yhdeksän joka oli kolme enemmän kuin edellisenä vuonna, Valviralta yksi (+/-0) ja Oikeusasiamieheltä neljä ollen kaksi enemmän kuin vuonna 2024.

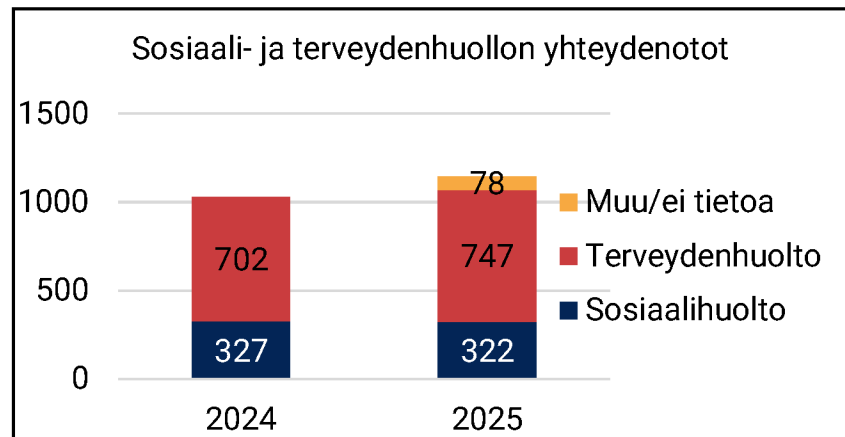
Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyyntöjä saapui 81 kpl, joka oli 36kpl enemmän kuin edellisenä vuonna.

Korvattavia vahinkoja oli 15 kpl joka on 6 kpl enemmän kuin vuonna 2024 ja ei korvattavia vahinkoja 45 ollen 7 kpl enemmän kuin vuonna 2024.

Kantelut	1-12/2024 lkm	1-12/2025 lkm	Muutos edelliseen vuoteen lkm
Terveydenhuollon kantelut AVI	15	7	-8
Terveydenhuollon kantelut Valvira	0	1	+1
Terveydenhuollon kantelut Oikeusasiamies	4	1	-3
Terveydenhuollon kantelut Oikeuskansleri	0	0	0
Sosiaalihuollon kantelut AVI	6	9	+3
Sosiaalihuollon kantelut Valvira	1	1	0
Sosiaalihuollon kantelut Oikeusasiamies	2	4	+2
Sosiaalihuollon kantelut Oikeuskansleri	0	0	0
Yhteensä	28	13	 -15

Potilasvahinkoilmoitukset	1-12/2024 lkm	1-12/2025 lkm	Muutos edelliseen vuoteen lkm
Potilasvahinkokeskuksen selvityspyynnot	45	81	 +36
Korvattavat potilasvahingot	9	15	 +6
Ei korvattava potilasvahingot	38	45	 +7

Sosiaali- ja potilasasiavastaava | Yhteydenotot

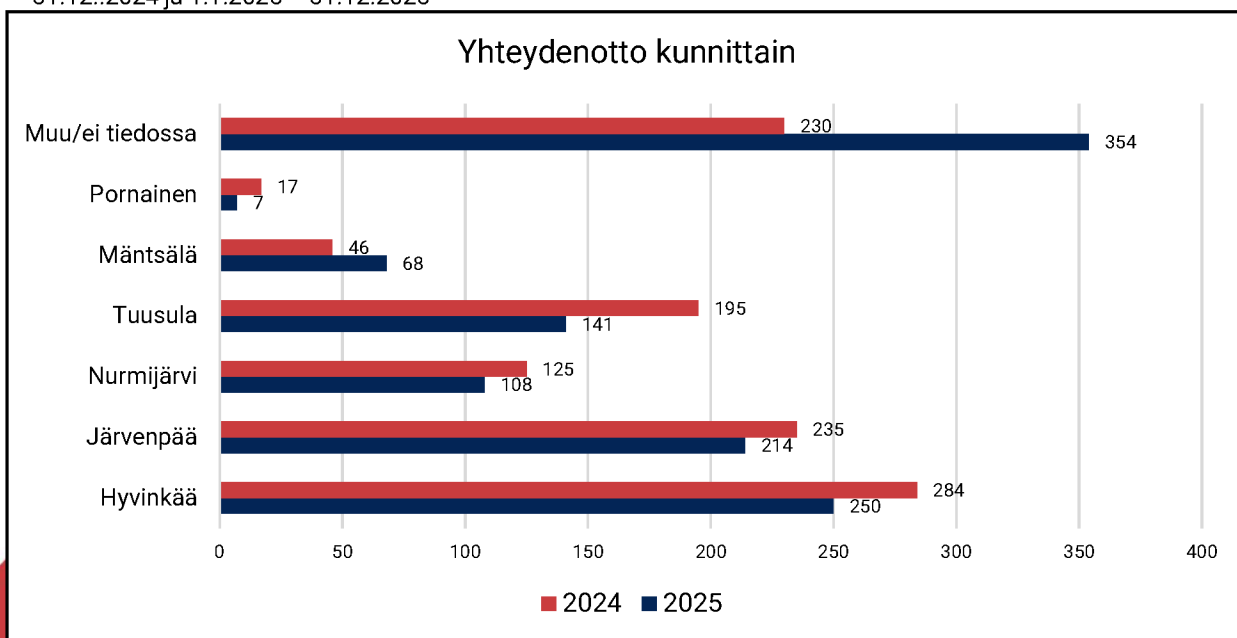


Kaavio 11. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydenotot ajalla 1.1.2024 – 31.12.2024 ja 1.1.2025 – 31.12.2025

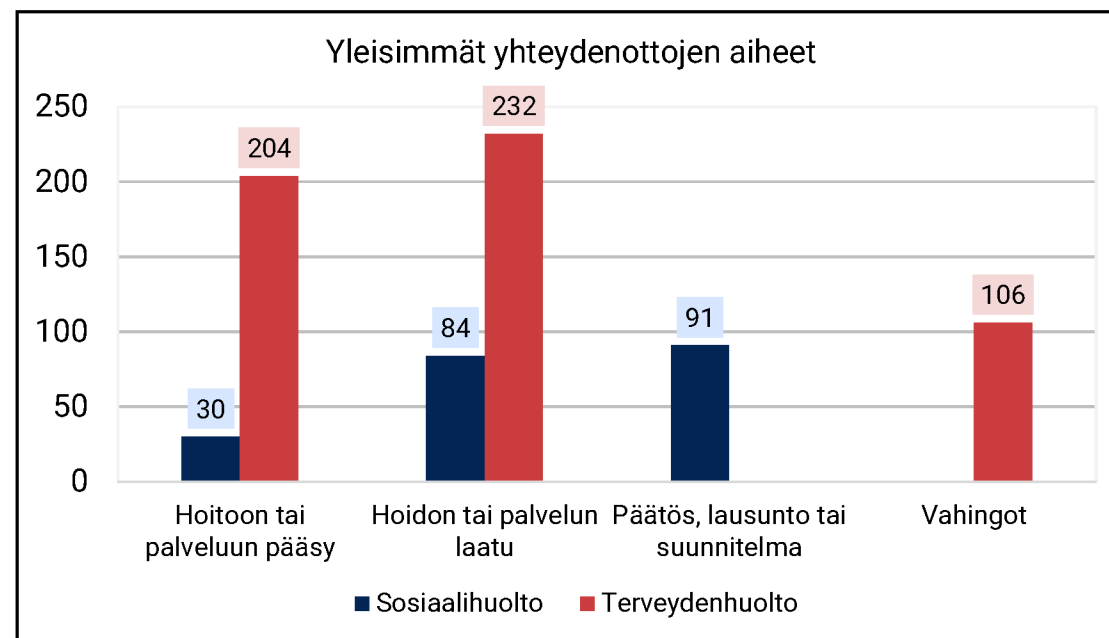
Sosiaali- ja potilasasiavastaava vastaanotti 1147 yhteydenottoa, joka oli 118kpl enemmän kuin edellisenä vuonna vastaavana ajankohtana. Yhteydenotoista suurin osa koski terveydenhuoltoa (747kpl) ja pienempi osa sosiaalihuoltoa (322kpl). Kuva 20.

Eniten yhteydenotoista koski Hyvinkään (250kpl) ja Järvenpään (214kpl) palveluja kuten edellisenkin vuoden vastaavana ajankohtana. Mäntsälän (68kpl (+22)) palveluja koskevat yhteydenotot ovat lisääntyneet edelliseen vuoteen verrattuna kun taas muiden kuntien palveluja koskevat yhteydenotot ovat vähentyneet. Toisaalta Muu/ei tiedossa määrä on kasvanut viime vuoteen verrattuna (+114). Kuva 21.

Yleisimpiä yhteydenottojen syitä ovat hoidon tai palvelun laatu (sos. 84 kpl, terv. 232 kpl) hoitoon tai palveluun pääsy (terv. 203 kpl, sos.30 kpl), vahingot (terv. 106 kpl) sekä päätös, lausunto tai suunnitelma (sos. 91 kpl). Kuva 22.



Kaavio 12. Yhteydenotot kunnittain ajalla 1.1.2024 – 31.12.2024 ja 1.1.2025 – 31.12.2025



Kaavio 13. Yleisimmät yhteydenottojen syyt ajalla 1.1.2025 – 31.12.2025

Sosiaali- ja potilasasiavastaava I Havainnot



- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaavalle tulleet yhteydenotot ovat hieman lisääntyneet edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna. Yhteydenottojen määrään nousuun voi vaikuttaa toiminnan vakiintuminen hyvinvointialueelle sekä palvelun saatavuus.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaavan havaintojen mukaan sosiaalihuollossa yhteydenotot ovat kohdistuneet erityisesti hoidon ja palvelun laatuun sekä tehtyihin päätöksiin. Tämä kertoo siitä, että asiakkaat kokevat epävarmuutta palvelujen saatavuudessa ja haluavat ymmärtää päätösten perusteita paremmin. Useat asiakkaat ovat pyytäneet lisätietoa oikaisuvaatimuksen tekemisestä, mikä korostaa tarvetta selkeään ja saavutettavaan viestintään päätöksenteon perusteista ja muutoksenhakuoikeudesta. Palveluprosessien sujuvuuteen, päätöksenteon läpinäkyvyyteen ja asiakasviestintään olisi hyvä kiinnittää erityistä huomiota, sillä laatuun kohdistuvat yhteydenotot viestivät asiakkaiden tarpeesta varmuuteen ja luottamukseen.
- ✓ Vuonna 2025 sosiaali- ja potilasasiavastaavalle tulleiden terveydenhuoltoa koskevien yhteydenottojen yleisin aihe oli hoidon laatu. Yhteydenoton aihe määritellään aina asiakkaan yhteydenoton perusteella, ja on huomioitava, että asiakkaan näkemys laadusta voi poiketa merkittävästi terveydenhuollon virallisista laatukriteereistä. Tästä huolimatta yhteydenottojen sisältö korostaa sitä, että terveydenhuollon toiminnoissa tulee kiinnittää erityistä huomiota laadun toteutumiseen. Asiakkaiden kokemukset ja palaute ovat keskeisiä indikaattoreita, jotka voivat auttaa tunnistamaan kehittämiskohteita ja vahvistamaan luottamusta palveluihin.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaava kiinnitti huomiota siihen, että muistutusten käsittelyajat ovat hieman nopeutuneet vaikka edelleen yli puolessa muistutuksista 30 vuorokauden tavoiteaika ylittyikin.
- ✓ Muistutusvastauksissa havaittiin edelleen puutteita, jotka edellyttävät korjaavia toimenpiteitä. Vastauksissa ei kaikilta osin noudateta Keusoten vahvistamaa asiakirjapohjaa, ja osasta vastauksia puuttuvat olennaiset muodolliset tiedot, kuten päivämäärä, vastaanottajan osoite ja diaarinumero. Jatkossa on tärkeää varmistaa, että kaikki muistutusvastaukset laaditaan yhdenmukaisesti ja että ne ovat sekä muodollisesti että sisällöllisesti asianmukaisia.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaava haluaa kiinnittää huomiota myös siihen, että terveydenhuollon etätapaamista ja etävastaanottoja sovittaessa potilasta informoidaan asianmukaisesti palvelun maksullisuudesta, puhelun ajankohta sovitaan potilaalle sopivaksi ja potilaalle annetaan mahdollisuus keskittyä puheluun rauhassa.

Laatutavoitteet ja mittarit

1-12/2025 yhteenveto

Laatutavoitteet ja mittarit | Laatutavoitteet 2025-2029



Asiakaskokemus

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

Asiakas

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

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



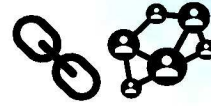
Asiakas- ja potilasturvallisuus – kokonaisturvallisuus

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



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.



Valvonta ja omavalvonta

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



Vastuullisuus

Tavoitteena on varmistaa, että palvelujen järjestäminen ja tuottaminen tukevat kestävää kehitystä, ihmisoikeuksien toteutumista ja asukkaiden hyvinvointia.

Laatutavoitteiden toteutumista seurataan säännöllisesti johtoryhmässä, johtotiimeissä ja päivittäisjohtamisen tauluilla.

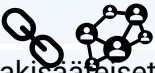
Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakaskokemus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakaskokemus			
NPS	Keusoten kumulatiivinen asiakaskokemus	> 60 (strateginen tavoite)	NPS 63
Asiakaskokemuksen väittämät - Sain apua, kun sitä tarvitsin - Koin tulleen kuulluksi - Koin oloni turvalliseksi hoidon/palvelun aikana		> 70 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun = 66% Koin tulleen kuulluksi = 74%
Asiakaspalautteet käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 5 arkipäivää	39% käsiteltiin palvelulupausajassa (335/867)
Muistutukset (lkm) käsitellään määräajassa	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja Valviran ohjeistus selvityksen antamisesta kohtuullisessa ajassa (1-4 vko)	< 30 vrk	Tavoite ei toteudu. Katso tarkempi toteuma dia 39.
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	Tavoite toteutuu osittain. Katso tarkempi toteuma dioista 35 ja 37.
Kantelut (lkm)	Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	Tavoite toteutuu. Katso tarkempi toteuma dia 40.
Asiakkaiden yhdenvertaisuus toteutuu lainsäädännön mukaisesti.	Eri väestöryhmien ja haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien yhdenvertainen pääsy palveluihin ja mahdollisuudet hyödyntää palveluita ja saada erityispalveluita (palveluverkko, asiakasmaksut, palveluissa käytettävä kieli) - Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteydenottoihin ja valvontaan perustuvat havainnot	Kyllä/Ei	Toteutuu osittain. Katso havainnot dioilta 6-10, 13-18 ja 40, 41.

Laatutavoitteet ja mittarit I Henkilöstö

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö			
QWL-indeksi	Työelämän laatu	> 60	12/2025: 51%
Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön		30 %	12/2025; 63%
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.	2024: 55 % kokee olonsa turvalliseksi 2026: 60 % kokee olonsa turvalliseksi	74%

Laatutavoitteet ja mittarit I Prosessit ja saatavuus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Prosessit ja saatavuus			
Lakisääteiset määräajat	Palvelujen saatavuuden varmistaminen Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteiset määräajat toteutuvat ja toteutumista seurataan osana omavalvontaa,	100 % Kyllä/Ei	Toteutuu osittain. Katso tarkempi toteuma dioilta 6-7.
Jokaisessa yksikössä on käytössä päivittäisjohtamisen taulu ja vakioidut pystypalaverikäytännöt (100%).	Lean: Minkälaisia päivittäisjohtamisen käytäntöjä yksikössänne on käytössä? - päivittäisjohtamisen taulu, vakioidut pystypalaverit, Gemba-kävely, Jokin muu, mikä? Ei ole käytössä	100 % Kyllä/Ei	Kyllä on käytössä: - Päivittäisjohtamisen taulu JA pystypalaverit: 38 % yksiköistä - Päivittäisjohtamisen taulu TAI pystypalaverit: 19 % yksiköistä - Jokin muu menetelmä: 11 % yksiköistä Ei ole käytössä: 11 % yksiköistä Tietoa ei ole saatavilla: 21 % yksiköistä
Asiakaskokemuksen väittäjä: - Sain apua, kun sitä tarvitsin	Palvelujen saatavuuden varmistaminen Palvelukohtainen asiakaskokemus	> 70 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	66% Katso tarkemmat tiedot dialta 8.
Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)	Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	100 % Kyllä/Ei	Toteutuu osittain. Katso tarkemmat tiedot dialta 9.
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 %	Toteutunut suunnitelman mukaisesti. Katso tarkemmat tiedot dioilta 19-20.

Laatutavoitteet ja mittarit I Valvonta ja omavalvonta

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Valvonta ja omavalvonta			
Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien valvonta toteutetaan vuosittain valvontasuunnitelman mukaisesti	Laatu- ja valvontapalvelut toteuttavat oman ja yksityisten palveluntuottajien ohjausta ja valvontaa.	100 % Kyllä/Ei	Kyllä
Omavalvonta toteutetaan laaditun omavalvontasuunnitelman mukaisesti.	Palveluyksiköiden toiminta toteutuu omavalvontasuunnitelman mukaisesti.	Omavalvontasuunnitelmien toteutumista seurataan ja raportoidaan 4 kuukauden välein ja raportit julkaistaan verkkosivuilla. Kyllä/Ei	Kyllä, raportit ovat julkisesti saatavilla Keusoten verkkosivuilta.
Lääkehoito toteutetaan turvallisesti laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan kaikissa yksiköissä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.	Lääkehoitosuunnitelmat laadittu 100 % Kyllä/Ei	Hyvinvointialueatasoinen lääkehoitosuunnitelma voimassa. Vuoden 2025 yhteisiä ohjaavia suunnitelmia hyväksytty 10/13 kpl =valmistumisprosentti 77. Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmia hyväksytty 53/92kpl = valmistumisprosentti 58. (Määräaika suunnitelmien valmistumiselle ollut 5/2025.)
Sisäiset auditoinnit toteutetaan säännöllisesti osana valvontaa, vuosisuunnitelman mukaisesti.	Sisäisillä auditoinneilla tuetaan palveluiden omavalvontaa ja arvioidaan palvelujärjestelmän toimivuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta; arvioimalla laadunhallintajärjestelmän, lainsäädännön, tavoitteiden, asiakas- ja potilas- sekä viranomaisvaatimusten mukaisuutta.	100 % Kyllä/Ei	Sisäisiä auditointeja toteutettiin 4 kpl vammaispalveluihin. Yksi sisäinen auditointi peruttiin, koska yksikössä oli uuden rakenteen mukainen järjestäytyminen kesken.
Epäkohtailmoitusten lkm ja tehdyt omavalvonnalliset toimenpiteet lkm	Epäkohtailmoitusten lukumäärä ja toimenpiteiden vertailu edelliseen vastaavaan ajanjaksoon	Mittari otettu käyttöön. Kyllä/Ei.	Kyllä. Katso tarkempi toteuma dialta 31.
Palveluyksiköissä on otettu käyttöön vuoden 2026 aikana sähköinen infektioidentorjuntatoimien omavalvontalomake. Lomakkeen avulla on tehty kartoitus ja määritelty keskeiset kehittämiskohteet, vastuuhenkilöt ja määrääjat. Lomaketta käytetään soveltuvin osin	Kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia, infektioiden torjunta	Kyllä/Ei/Osittain.	Käyttöönoton valmistelutyöt on aloitettu syksyllä 2025

Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus 1

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)	*	Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee. Kyllä/ei	Ei. Ks. Dia 40.
Vaaratapahtumailmoitusten lkm, joista Läheltä piti - tilanteiden %-osuus kaikista vaaratapahtumista kasvaa	Tavoite lisätä ilmoitusaktiivisuutta ja kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi	Läheltä piti -tapahtumien osuus yli 50 %	Ks. Dia 25.
Lääke- ja nestehoitoon , verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset	* Läheltä piti-tapahtumien osuus - v. 2021 19 % / v. 2024 29,5 % (716 kpl)	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy. Kyllä/Ei	Ks. Dia 26.
Hoidon/palvelun aikana potilaille ja asiakkaille tapahtuneet haittaa aiheuttaneet kaatumiset ja putoamiset	* Määrällinen vertailumittari Ympäri vuorokautisessa hoidossa: Haittaa aiheuttaneet (luokan 2–5) kaatumiset ja putoamiset, lukumäärä (lkm).	Haittaa aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lukumäärät laskee. Kyllä/Ei	Ks. Dia 27.
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat (ilmoitusten lkm)	* Läheltä piti-tapahtumien osuus v. 2021 oli 23 % / v. 2024 18 % (174 kpl)	Läheltä piti -tapahtumien osuus lisääntyy. Kyllä/Ei	Ks. Dia 28.
Etäpalvelusta/etä vastaanotosta/digi- tai eHealth kontekstista aiheutuneet vaaratapahtumat (ilmoitusten lkm)	* Määrällinen vertailumittari	Mittari on otettu käyttöön. Kyllä/Ei	Ei. Mittari otetaan käyttöön v. 2026
Fimealle ilmoitetut laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanteet (ilmoitusten lkm)	* Määrällinen vertailumittari	Mittari on otettu käyttöön. Kyllä/Ei	Ei. Mittari otetaan käyttöön v. 2026
Potilas- ja asiakastietojärjestelmään liittyvät vaaratilanteet (ilmoitusten lkm)	* Määrällinen vertailumittari	Mittari on otettu käyttöön. Kyllä/Ei	Ei. Mittari otetaan käyttöön v. 2026
*Kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo			

Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus 2

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Vakavien vaaratapahtumien lkm, %-osuus kaikista vaaratapahtumista	*Kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo Vakavien vaaratapahtumien osuus v. 2021 oli 0,73 %	< 1 %	Ks. Dia 28
Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireagointiaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk	< 2 kk	Toteutuu. 11,3 vrk (reagointiaika) 15 vrk (käsittelyaika)
Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 14 vrk	Tietoa ei saatavilla järjestelmävirheen takia.
RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä	RAI-arviodut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä. Keusoten alueen yli 75-vuotiaat 20 136 (31.12.2024). (Vuonna 2024 arvioituja henkilöitä oli 3993 = 21 %)	RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä nousee, kyllä/ei	Kyllä. Omissa palveluissa yli 75-vuotiaat RAI-arviodut yli 75-vuotiaat asiakkaat 21 % (4212 henkilöä)
RAI-mittari: Virtsatieinfektio, virtsatieinfektioista kärsivien asiakkaiden %-osuus.	*Määrällinen vertailumittari (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo) - Virtsatieinfektioista kärsivien asiakkaiden osuus (%). Virtsatieinfektio huomioidaan, jos se on alkanut viimeksi kuluneen 30 vrk:n aikana ja jos se vaikuttaa arviointihetkellä asiakkaan suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa, lääketieteelliseen hoitoon tai hoitotyöhön. - Asiakkaalle tehdään RAI-arviointi hoidon alkaessa, hoidon aikana puolivuositain sekä aina asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa.	Virtsatieinfektioista kärsivien asiakkaiden % osuus RAI-arvioduista.	2 % (72 henkilöä)
Palveluyksiköt seuraavat infektioiden torjunnan mittareita ja käsitelivät tuloksia yksikön henkilöstön kanssa säännöllisesti. Palveluyksiköt vastaavat siitä, että keskeiset tulokset ovat nähtävillä palveluyksikössä.	*Kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia, infektioiden torjunta	Mittarit otettu käyttöön Kyllä/Ei/Osittain.	Osittain. 31% raportoi seuraavansa kaikille yhteisiä oman toiminnan infektioidentorjunnan mittareita.

Laatutavoitteet ja mittarit I Kokonaisturvallisuus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus			
Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaikuttetulle tehdään 72h sisällä		< 72 h	94 %
Julk. lain mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 vk	32% (Aikaväli 1-11/2025) Keskitetty tietopyyntöyksikkö käynnistetty 1.12.2025 alkaen perustaminen.
GDPR:n mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 1 kk	19 % (Aikaväli 1-11/2025)
Lokitietopyynnöt (lkm) käsitellään määräajassa	Lokipyynnöt – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 kk	86 %
Vakavat tietoturvahäiriöt (MIM)	Vakavien tietoturvahäiriöiden tavoite lkm vuositasona	0	0
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: FYYSINEN TURVALLISUUS / Palo- ja pelastusturvallisuus			
Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat on laadittu, katselmoitu ja henkilöstön saatavilla	Pelastussuunnitelma sisältää 3 dokumenttia 1) pelastussuunnitelma, 2) pelastussuunnitelman riskien arviointi ja 3) tarvittaessa suunnitelma kiinteistön väestönsuojan tyhjentämisestä. Poistumisturvallisuusselvitykset sisältävät kaksi dokumenttia A ja B osat.	100 %	Hyväksyttyjä pelastussuunnitelmia yhteensä 25 kpl ja poistumisturvallisuusselvityksiä 43 kpl

Laatutavoitteet ja mittarit I Vastuullisuus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Vastuullisuus			
Sosiaalinen vastuullisuus • Työntekijä- ja asiakaskokemus	1. Keusoten henkilöstö kokee työelämän laadun hyväksi. 2. Asiakkaat kokevat palvelujen laadun hyväksi.	1. QWL-indeksi: tavoite >60 2. NPS = 60*	1. 55 2. 63
Ekologinen vastuullisuus 1. Ekologisesti kestävät hankinnat* 2. Vähäpäästöinen liikenne	1. Hankintojen määrä ja %-osuus, joissa kestävän kehityksen kriteerit käytössä*. 2. Sähköisten palveluiden käyttö ja etävastaanottojen määrä lisääntyy	1. Hanselin yhteishankintojen määrä ja %-osuus, joissa kestävän kehityksen mittarit käytössä 2. Etäasiointikäynnit, määrä ja %-osuus palveluittain	1. Tieto ei saatavilla 2. Tieto ei saatavilla, raportoidaan 1-4/2026 raportissa
Taloudellinen vastuullisuus 1. Ekologinen lääkehoito ja -huolto 2. Vastuullisuusohjelma	1. Lääkelogistiikan hallinta. - Hyvällä lääkelogistiikalla vaikutetaan hävikkiin sekä asiakas- ja potilasturvallisuuteen, jota syntyy lääkkeiden vanhetessa ja kylmäketjun katketessa. 2. Vastuullisuusohjelma on laadittu.* 3. Vaikutusten ennakoarviointia käytetään päätöksen teon tukena.*	1. Lääkehävikin määrä (lkm ja €) ympärivuorokautisissa asumispalveluissa ja sairaalaosastoilla vähenee. 2. Lääkkeiden säilytyspoikkeamat (lkm ja tyypit) vähenevät 3. Kyllä/Ei* 4. Kyllä/Ei *	1. Tieto ei saatavilla, raportoidaan 1-4/2026 raportissa 2. 108 kpl ilmoitettua lääkkeiden säilytyspoikkeamaa ajalla 1.4.-31.12.2025 3. Kyllä 4. Osittain

***Hyvinvointialueiden vastuullisuusfoorumin yhteisesti sovitut mittarit**

**Hyvinvointia
yhdessä**

KEUSOTE.FI