



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Omavalvontaohjelman raportti 1-4/2026



SHQS LAADUN-
TUNNUSTUS
LABQUALITY

KEUSOTE.FI

Tiivistelmä 1-4/2026



Positiiviset havainnot

- ♥ **Kuntoutuspalveluissa** Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui fysio-, toiminta- ja puheterapiassa 100 %.
- ♥ **Vastaanottopalveluissa** Yli 23v kohdalla 3 kk:n hoitotakuu toteutui lähes 100 %. 0-22 vuotiaiden hoitajavastaanotolle pääsy toteutui 99%:sti.
- ♥ **Suun terveydenhuollossa** yli 23v 6 kk:n hoitotakuu toteutui 98 %:sti, 0-22v suuhygienistien vastaanotolle pääsi määrääjassa 96 % asiakkaista.
- ♥ **Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen** jonotusaika keskimäärin 2,3 kk (68 vrk).
- ♥ **Sairaalapalveluiden tuottamien polikliinisten palveluiden** hoitotakuu toteutuu 100 %.
- ♥ Perheneuvolan **lasten mielenterveys- ja päihdepalveluissa** ensikäynnit toteutuivat 100 % 14 vrk sisällä hoidon tarpeen arvioinnista.
- ♥ **Asiakasohjauksessa** lapsiperheiden palvelutarpeen arviointi aloitettiin keskimäärin 3 arkipäivässä.
- ♥ **Asiakasohjauksessa** ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi aloitettiin keskimäärin 3 arkipäivässä.
- ♥ Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat vähentyneet (-229 kpl) (v.2025: 1045kpl).
- ♥ Tiedonkulkuun ja kirjaamiseen liittyvät vaaratapahtumat vähentyneet (178 kpl) (v.2025: 292 kpl).
- ♥ Asiakaskokemus on edelleen pääosin hyvä (NPS 60) (strateginen tavoite 65).
- ♥ Enemmistö 63 % (N=14 585) asiakkaista kokee palvelujen parantaneen tilannetta ja 71 % kokee tulleen kuulluksi.



Puutteet ja poikkeamat

- ▲ **Kuntoutuspalveluissa** 0–22v kohdalla hoitotakuu toteutui fysioterapiassa 59 %, puheterapiassa 45 % ja toimintaterapiassa 64 %.
- ▲ **Vastaanottopalveluissa** 0-22 vuotiaiden lääkärin vastaanotolle pääsy 70 %.
- ▲ **Ikääntyneiden yhteisölliseen asumiseen** jonotusaika keskimäärin 3,4 kk (98 vrk).
- ▲ **Suun terveydenhuollossa** 0–22 vuotiaiden kohdalla hammaslääkärin vastaanotolle pääsi määrääjassa 89 %.
- ▲ **Nuorisoaseman nuorten mielenterveys- ja päihde-**
palveluissa hoitotakuu toteutui 90 % 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista (Järvenpäässä 5 vko, muilla alueilla hoitotakuun mukaisesti).
- ▲ Kaatumisiin liittyvät vaaratapahtumat ovat lisääntyneet (+45 tapahtumaa).
- ▲ Hoitoon pääsyyn liittyvät muistutukset ovat kasvaneet + 38 % (15 kpl). Muistutusten käsittelyajoissa viiveet kasvaneet, 29 % (33 kpl) käsitelty ajallaan.
- ▲ Vakavia vaaratapahtumia 29 kpl (v. 2025: 66 kpl).
- ▲ Valvontahavaintoja: 437 kpl, joista vakavia poikkeamia 32 kpl (koko vuosi 2025: 686 kpl/ 148 kpl).
- ▲ GDPR-tietopyyntöjen käsittelyajat parantuneet, 42 % käsitelty määrääjassa (v. 2025: 19 %) käsitelty.



Kehittämistoimenpiteet

- ✂ Kuntoutuspalveluissa on tehostettu hoidon tarpeen arvioinnin -ohjeistusta ja seuranta. Lisäksi uudistettu ajanvarauskäytäntöjä sekä edistetty asiakasvirtaushaasteiden korjaamista palveluketjujen sujuvoittamiseksi.
- ✂ Lääkäri- ja hoitajaresurssit on kohdennettu suhteessa väestömäärän kunnittain. Lääkärivajetta on täydennetty ostolääkäripalveluilla. Ajanvarauspohjat on yhtenäistetty, ja työpohjat on avattu pääsääntöisesti kolmen kuukauden päähän.
- ✂ Nuorten mielenterveyspalveluissa on suunnitelmissa yhdistää hoidontarpeen arviointi ja ensikäynti asiakasvirtausten sujuvoittamiseksi.
- ✂ Omaavontasuunnitelmia päivitetään ja lääkehoitosuunnitelmat saatetaan valmiiksi.
- ✂ Valvontakäynneillä havaittuihin puutteisiin ja epäkohtiin puututtu ja omaavonnallisia korjaavia toimenpiteitä hyvin toteutettu yksiköissä; ohjausta ja neuvontaa tehostettu.
- ✂ Kotihoidossa kehitetään ja vakiinnutetaan toimintatapoja, jotta RAI-arviointien kattavuus saadaan nostettua 90:een prosenttiin v. 2026 loppuun mennessä.
- ✂ Rajoittamistoimenpiteiden toteuttamisen ja kirjaamisen laatua varmistettu seuraamalla ohjeidenmukaisen toiminnan toteutumista osana omaavontaa.
- ✂ Lääkehoidon turvallisuutta ja henkilöstön osaamista on parannettu selkeyttämällä vastuita, lupakäytäntöjä ja koulutuksia.

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.”
- 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 omavalvontaohjelmasta ja sen liitteenä olevista laatutavoitteista, joita seuraamalla voidaan varmistaa hyvinvointialueen palvelujen järjestämisen laatu ja lainmukaisuus.
- Osa-alueita ovat
 - Saatavuus, jatkuvuus ja yhdenvertaisuus
 - Laatu ja turvallisuus
 - Asiakaskokemus ja osallisuus
 - Henkilöstö ja työelämän laatu
 - Vaikuttavuus
- Käsitteet on avattu seuraavassa diassa.

Keskeiset käsitteet

Omavalvonta

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

Omavalvontaohjelma

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

Työelämän laatu

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

Saatavuus

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

Jatkuvuus

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

Turvallisuus ja laatu

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

Vaikuttavuus

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

Yhdenvertaisuus

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

Asiakaskokemus ja osallisuus

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

Saatavuus, jatkuvuus ja yhdenvertaisuus

1-4/2026

Palvelujen saatavuus, jatkuvuus ja yhdenvertaisuus

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

Hoitoon pääsy -tiedot ovat julkisesti saatavilla:



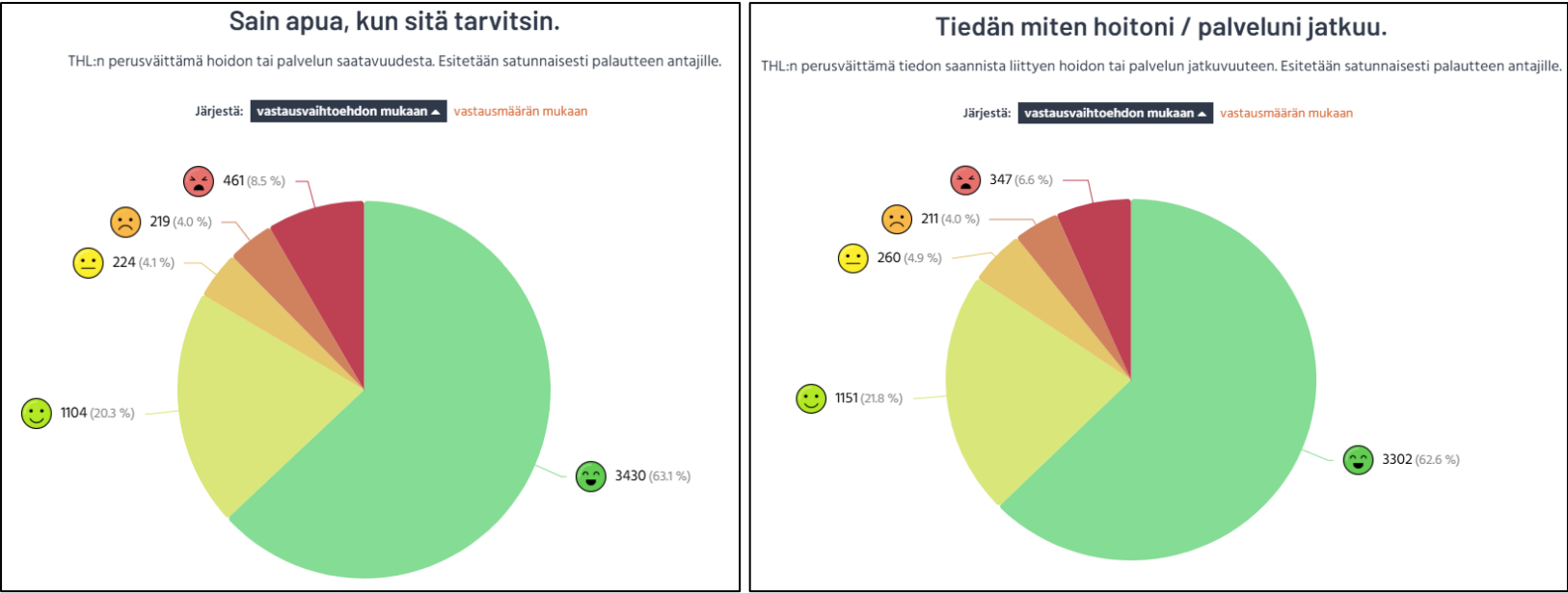
Keusoten palvelukatalogi on julkisesti saatavilla:



Palvelujen verkostosuunnitelma on julkisesti saatavilla:



Asiakkaiden kokemus palvelujen saatavuudesta ja jatkuvuudesta



Kuva 1-2: THL:n perusväittämät asiakaskokemuksen mittaamisesta. Tulokset ajalta 1-4/2026.

Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus I Terveystenhuolto 1/2

Palvelujen saatavuuden varmistamista seurataan arvioimalla hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteisten määräaikojen toteutumista palveluittain (tavoite 100 %).

Palvelu/palveluun pääsyn vaihe	Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteinen määräaika	Toteuma 1-4/2026 K = lakisääteinen määräaika toteutuu E = lakisääteinen määräaika ei toteutunut	Havaittujen poikkeamien omavalvonnalliset toimenpiteet ja ohjaus
Yhteyden saaminen sote-keskukseen	Samana arkipäivänä (virka-aikana)	Samana päivänä hoidettujen takaisinsoittopyyntöjen osuus oli 73 % (2025 88 %). E	- Takaisinsoittopyyntöjen hoitamiseksi määräajassa laadittu suunnitelma, toimipisteet ja digitiimi auttavat toisiaan. - Hoitoonpääsyn parantamiseksi suunnatut toimenpiteet vaikuttavat myös yhteydensaannin toteutumiseen.
Perusterveydenhuollon kiireetön hoito	≥23-vuotiaat 3 kk hoidon tarpeen arviosta - alle 23-vuotiaat viimeistään 14 vrk	0–22 vuotiaista avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle pääsi määräajassa 70 % E, Hoitajan vastaanotolle 99 % K. - Yli 23v vuotiaista avosairaanhoidon lääkärin ja hoitajan vastaanotolle pääsi määräajassa 100 %. Luku ei sisällä jonossa olevia, yli 3kk lääkärin vastaanottoaikaa odottaneita (4/26: 2500) E - Kuntoutuspalveluissa yli 23v hoitotakuu toteutui fysio-, toiminta- ja puheterapiassa 100 % K 0–22v osalta hoitoon pääsi määräajassa fysioterapiassa 59 % , puheterapiassa 45 % ja toimintaterapiassa 64 % E - Sairaalapalveluiden polikliinisten palveluiden hoitotakuu toteutuu 100 % K	- Vastaanottopalvelut: ajanvarauspohjat on yhtenäistetty ja työpohjat on avattu pääsääntöisesti 3 kk eteenpäin. Alle 23 vuotiaita ei laiteta jonoon. Lääkäri- ja hoitajaresurssit on jaettu väestömäärän suhteessa. Ostolääkäreitä on palkattu lääkärivajeen vuoksi. - Kuntoutuspalvelut: tavallista heikompi toteuma johtuu APTJ-järjestelmän tiedonhallinnan ja raportoinnin haasteista, jossa hoitoonpääsyn dataan lukeutuu virheellisesti myös kuntoutussuunnitelmakäyntejä. Korjaavina toimenpiteinä HTA-ohjeistusta tehostettu, ajanvarauskirjakäytänteitä muutettu, seuranta tehostettu, tunnistettujen asiakasvirtauksen haasteiden korjaamista edistetään virtauksen sujuvoitumiseksi palveluketjuissa.
Nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut (palvelut, jotka järjestetään pth:n palveluna esim. nuorisosaama)	Alle 23-vuotiaat viimeistään 14 vrk	- Perheneuvolan lasten mielenterveys- ja päihdepalveluissa ensikäynnit toteutuivat 100 % 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. K - Nuorisosaaman nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitotakuu toteutui 90 % 14 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Muilla kunta-alueilla hoitotakuu toteutuu pois lukien Järvenpää, jonne pääsee 5 vkon sisällä. E	- Hoidontarpeen arviointi ja ensikäynti tullaan yhdistämään, tälle ei lainsäädännöllistä estettä - Raportin luotettavuutta haastaa Koodistomuutokset (uusi THL ohjeistus), jonka myötä ajanvarausten ja käyntien tilastoinnissa käytössä on kaksi erilaista Y-koodia. Tilanteen odotetaan korjautuvan syksyn päivityksessä.

Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus I Terveystenhuolto 2/2

Palvelujen saatavuuden varmistamista seurataan arvioimalla hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteisten määräaikojen toteutumista palveluittain (tavoite 100 %).

Palvelu/palveluun pääsyn vaihe	Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteinen määräaika	Toteuma 1-4/2026 K = lakisääteinen määräaika toteutuu E = lakisääteinen määräaika ei toteudut	Havaittujen poikkeamien omavalvonnalliset toimenpiteet ja ohjaus
Suun terveydenhuolto	≥23-vuotiaat 6 kk hoidon tarpeen arviosta - alle 23-vuotiaat viimeistään 3 kk	- Yli 23v kohdalla hoitotakuu toteutui 98 %:sti. K 0–22v kohdalla hammaslääkärin vastaanotolle pääsi määräajassa 89 % E ja suuhygienistien 96 % K	- Aloitettu suuhygienistin tarkastustiimit (Mäntsälä, JUST, Hyvinkää ja Hyrylä) (Nurmijärvelle ei tilapuutteen vuoksi mahdu), johon ohjataan nuoret ja hyvän suun terveydentilan omaavat aikuiset. Tällä saadaan parannettua em. ryhmän hoitoonpääsyä, mutta samalla vapautettua hammaslääkärin aikoja niitä tarvitseville. 10/26 alkaa kiirehoidon keskittämisen pilotti, jolla tarkoitus vapauttaa hammaslääkärin aikoja tarkastuksiin ja niiden jatkohoitoihin.
Lasten ja nuorten terapiatakuu (1.5.2025 alkaen)	Alle 23-vuotiaat hoitotakuu 28 vrk (pth) ja 30 vrk (sos)	Lakisääteinen raportointivelvoite 1.9.2026 alkaen.	Kirjaamisohjeiden valmistelu aloitettu.

Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus I Sosiaalihuolto

Palvelujen saatavuuden varmistamista seurataan arvioimalla hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteisten määräaikojen toteutumista palveluittain (tavoite 100 %).

Palvelu/palveluun pääsyn vaihe	Hoitoon ja palveluun pääsyn lakisääteinen määräaika	Toteuma 1-4/2026 K= lakisääteinen määräaika toteutuu E = lakisääteinen määräaika ei toteudu	Havaittujen poikkeamien oma-valvonnalliset toimenpiteet ja ohjaus
Yhteydenotto sosiaalihuoltoon	Käsiteltävä viipymättä	Tietoa ei ole saatavissa	
Palvelutarpeen arvioinnin aloitus	- Viimeistään 7 vrk yhteydenotosta ≥75-v viipymättä, viimeistään 7 arkipäivässä	- Lapsiperheiden asiakasohjauksessa (sis. lastensuojelu) läpimenoaika vireilletulosta PTA:n aloitukseen: keskiarvo 3 arkipäivää (K) ja vireille tulosta palvelutarpeen arvioinnin valmistumiseen keskiarvo 52 päivää (K). - Työikäisten asiakasohjauksessa läpimenoaika vireilletulosta PTA:n aloitukseen keskiarvo 23 arkipäivää (E) ja vireille tulosta palvelutarpeen arvioinnin valmistumiseen keskiarvo 68 päivää (K) . - Ikäihmisten asiakasohjauksessa läpimenoaika vireilletulosta PTA:n aloitukseen keskiarvo 3 (K) arkipäivää ja vireille tulosta palvelutarpeen arvioinnin valmistumiseen keskiarvo 32 päivää (K).	Seurattu läpimenoaikoja ja reagoitu tarvittaessa johtamistoimenpitein. Osa ylityksistä asiakkaista johtuvia syitä, mm. tapaamisaikojen peruuntumisia.
Palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen	Ilman aiheutonta viivytystä, viimeistään 3 kk		
Ikääntyneiden palvelut	- Kotihoito ja tukipalvelut 7 vrk - Yhteisöllinen asuminen 3 kk - Ympäri vuorokautinen palveluasuminen 3 kk	- Kotihoidon palvelu on alkanut palvelutarpeen arvioinnin perusteella pääsääntöisesti seuraavana päivänä palvelutarpeen toteamisesta. Viive on ollut enintään kaksi vuorokautta. Sosiaalihuoltolain mukaiset tukipalvelut on aloitettu viipymättä palvelutarpeen arvioinnin jälkeen. K - Ikääntyneiden yhteisölliseen asumiseen jonotusaika keskimäärin 3,4 kk (98 vrk). E - Ikääntyneiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen jonotusaika keskimäärin 2,3 kk (68 vrk). K	- Järjestäjän tilannekuvan seuranta järjestäjätiimissä kuukausittain. Poikkeamiin reagointi johtamistoimenpitein. - Kotihoidon osalta keskeisenä omaavonnallisena toimenpiteenä on varmistaa toiminnan edellyttämät riittävät henkilöstöresurssit ja käytettävissä olevat määrärahat suhteessa palvelutarpeeseen.
Toimeentulotuki	7 arkipäivää	Asiakasohjausyksikön käsittelemistä toimeentulotukihakemuksista 99,9% (1413/1421) käsiteltiin lakisääteisessä määräajassa.	Ei poikkeamia
Asiakkuuden alkaessa	Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)	Omatyöntekijän tiedot näkyvät OmaKannassa asiakkaalle 23.9.25 alkaen, jos asiakkaalle on kirjattu kantaan arkistoituva asiakirja. ATPJ-järjestelmästä on saatavissa työntekijäkohtaiset asiakaslistat, mutta ei sitä tietoa kuinka monella % :lla asiakkaista on nimetty omatyöntekijä.	Omatyöntekijän/ muun palveluvastaavan nimeäminen ohjeistettu kirjaamisen käsikirjassa, (hyväksytty 25.4.2024). Kaikille asiakkuudessa oleville nimetään omatyöntekijä.

Laatu ja turvallisuus

1-4/2026

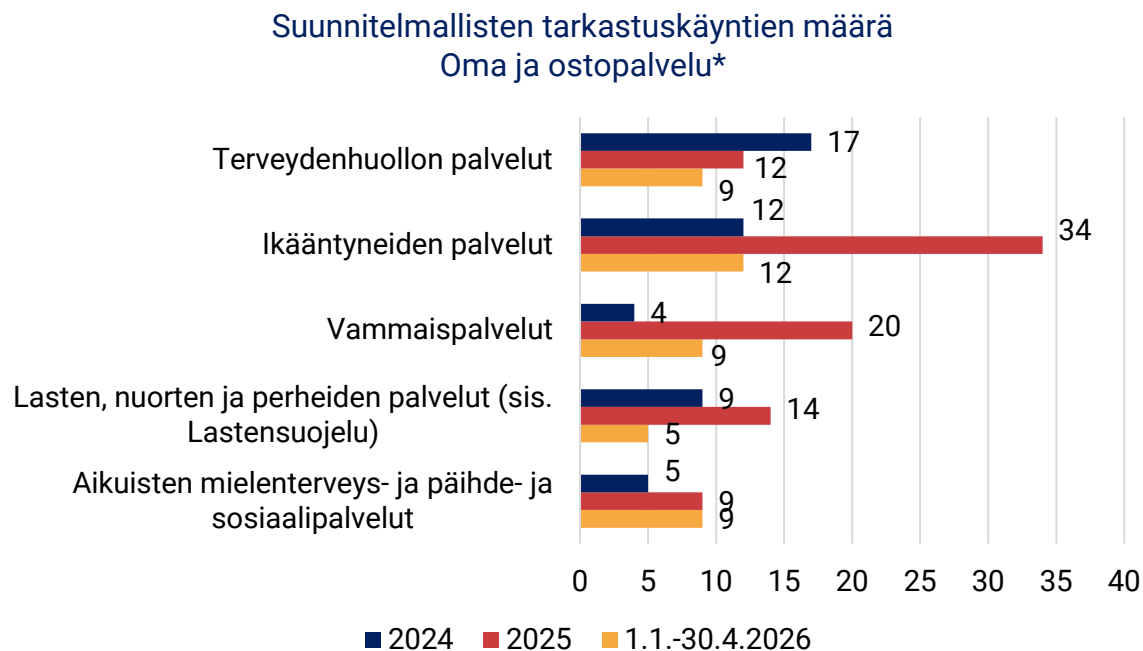


KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

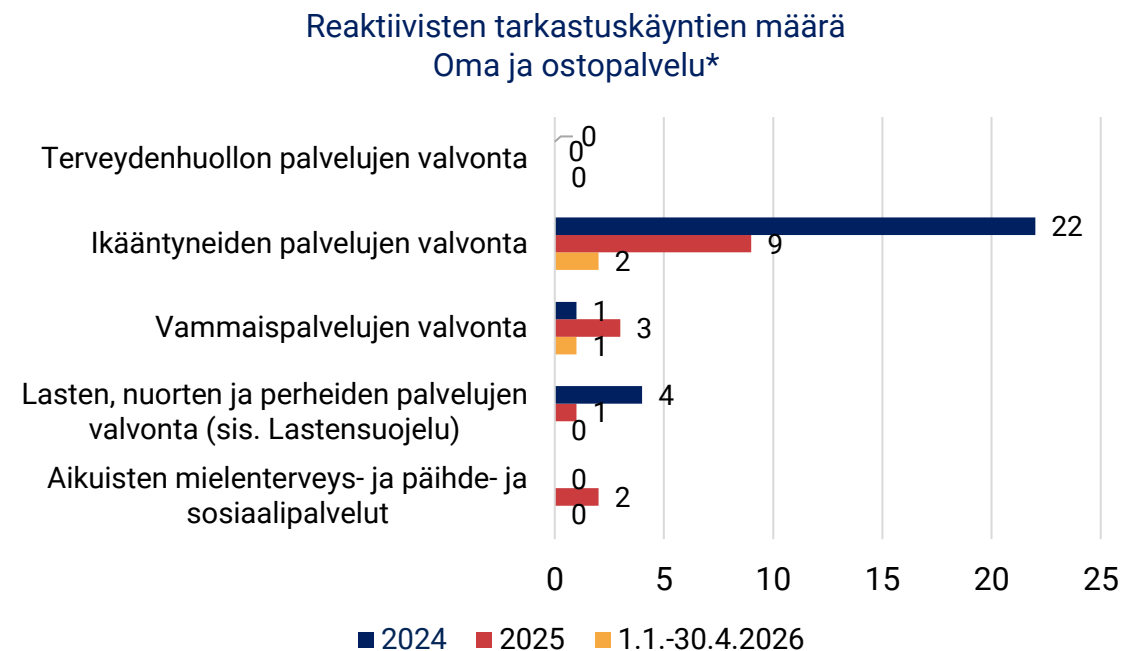
Valvonta ja tuottajaohjaus I Valvonta- ja tarkastuskäynnit

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

Raportointiaikana 1.1.-30.4.2026 tarkastuskäynteihin (47 kpl) liittyvistä havainnoista (437 kpl) vakavia poikkeamia oli 7% (32 kpl).



Kaavio 1. Suunnitelmalliset tarkastuskäynnit 2024-2026



Kaavio 2. Reaktiiviset tarkastuskäynnit 2024-2026

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

Valvonta ja tuottajaohjaus I Terveystenhuolto

Terveystenhuollon palvelujen omien sekä ostopalveluntuottajien tarkastuskäynnit, valvontahavainnot ja tehdyt korjaavat toimenpiteet

Positiiviset havainnot:

- Haitta- ja vaaratilanteiden esiin tuomista pidetään helppona, ja henkilöstö tunnistaa ilmoitusten merkityksen asiakas- ja potilasturvallisuuden tukena.
- Työyhteisö koetaan myönteiseksi ja tiiviiksi, ja henkilöstö kokee saavansa tukea kollegoilta myös kuormittavissa tilanteissa.
- Henkilöstö toimii omavalvonnan periaatteiden mukaisesti, reagoi havaittuihin epäkohtiin ja reflektoi omaa toimintaansa avoimesti.

Epäkohdat ja puutteet:

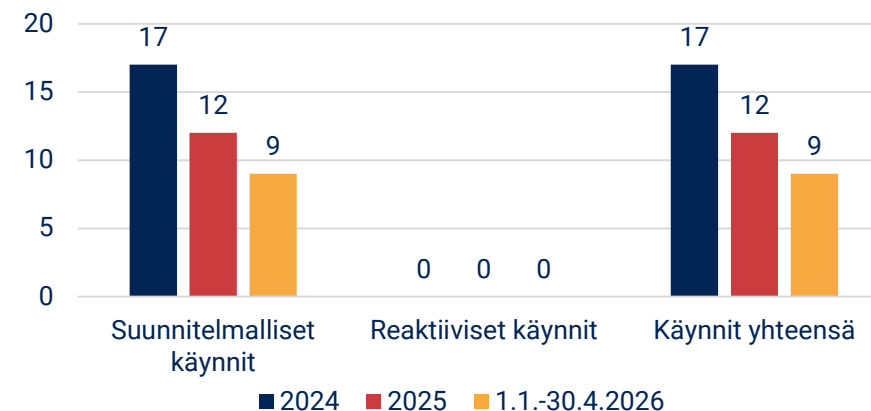
- Henkilöstöresurssit eivät ole olleet riittävät, mikä on johtanut hoitoon pääsyn viivästymisiin, lakisääteisten palvelujen puutteelliseen toteutumiseen ja potilasturvallisuusriskeihin.
- Lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja osaamisen varmistaminen eivät ole toteutuneet vaatimusten mukaisesti, ja lääkkeiden säilytyksessä on havaittu toistuvia puutteita.
- Omavalvontasuunnitelmat eivät ole olleet ajantasaisia, eikä omavalvonnan seurannan perusteella tehtyjen muutosten esilläpito ole toteutunut.
- Asiakkaiden ja potilaiden oikeuksiin liittyvä tiedottaminen on ollut puutteellista, ja muistutusten käsittely ei ole toteutunut lain edellyttämässä kohtuullisessa ajassa.
- Tietosuoja ja yksityisyyden toteutumisessa on havaittu puutteita tilaratkaisuissa, toimintatavoissa ja informointivelvoitteiden täyttämisessä.
- Henkilöstön perehdytys, ohjeiden tuntemus ja poikkeamien käsittely eivät ole olleet riittävän systemaattisia tai osallistavia, mikä heikentää laatua ja työelämän toimivuutta.

Keskeisimmät korjaavat toimenpiteet:

- Yksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat päivitetään toukokuussa 2026
- Omavalvontasuunnitelmat päivitetään toukokuussa 2026.
- Pelastussuunnitelmia on laadittu ja toimitettu hyväksyttäväksi.
- Poistumisturvallisuutta koskeva työ on kesken ja asiaa käsitellään talokokouksissa.
- Potilasasiavastaavien yhteystiedot sekä vaaratilanneilmoitusjulistet on tuotu näkyville yksikön tiloihin.

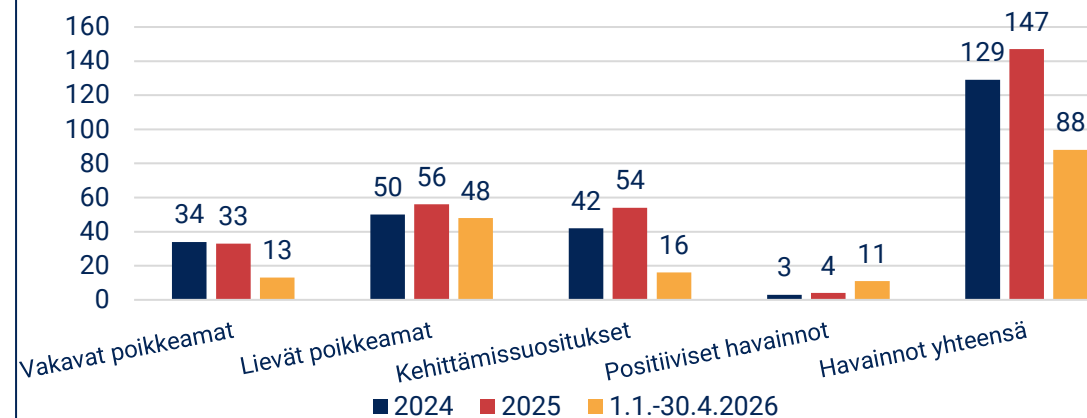
(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

Terveystenhuollon palvelujen tarkastuskäynnit
Oma toiminta ja ostopalvelut



Kaavio 3. Terveystenhuollon palvelujen tarkastuskäyntien määrät

Terveystenhuollon tarkastuskäyntien havaintojen laatu (lkm)
Oma toiminta ja ostopalvelut



Kaavio 4. Terveystenhuollon palvelujen tarkastuskäyntien havaintojen laatu ja lukumäärät

Valvonta ja tuottajaohjaus I Ikääntyneiden kotihoito

Ikääntyneiden kotihoidon omien sekä ostopalveluntuottajien tarkastuskäynnit, valvontahavainnot ja tehdyt korjaavat toimenpiteet

Positiiviset havainnot:

- Lääkehoidon omavalvontakäytäntöjä on kehitetty

Epäkohdat ja puutteet:

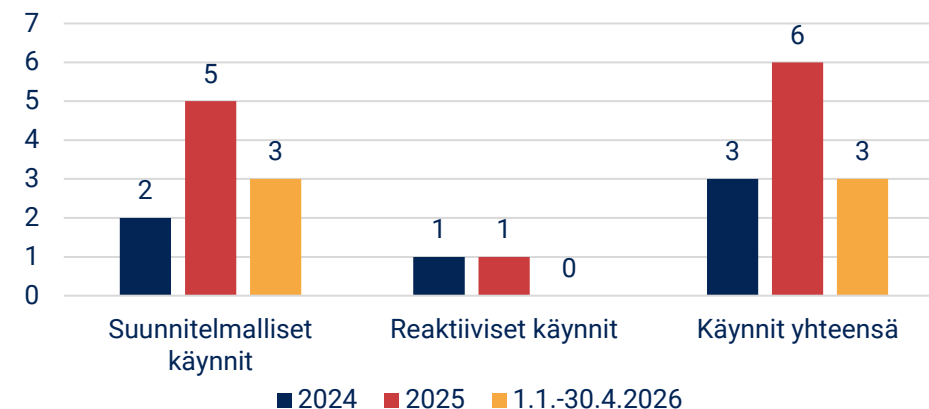
- Toteuttamissuunnitelmat, RAI-arvioinnit ja asiakaskirjaukset eivät ole kaikilta osin ajantasaisia tai keskenään yhdenmukaisia, eikä kirjauksista aina ole todennettavissa hoidon ja hoivan toteutuminen suunnitelmien mukaisesti.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Toimintatapoja kehitetään, jotta RAI-arviointeja voidaan tehdä suunnitellusti arjen työn ohessa. Tavoitteena on nostaa RAI-arviointien kattavuus 90 prosenttiin vuoden 2026 loppuun mennessä.

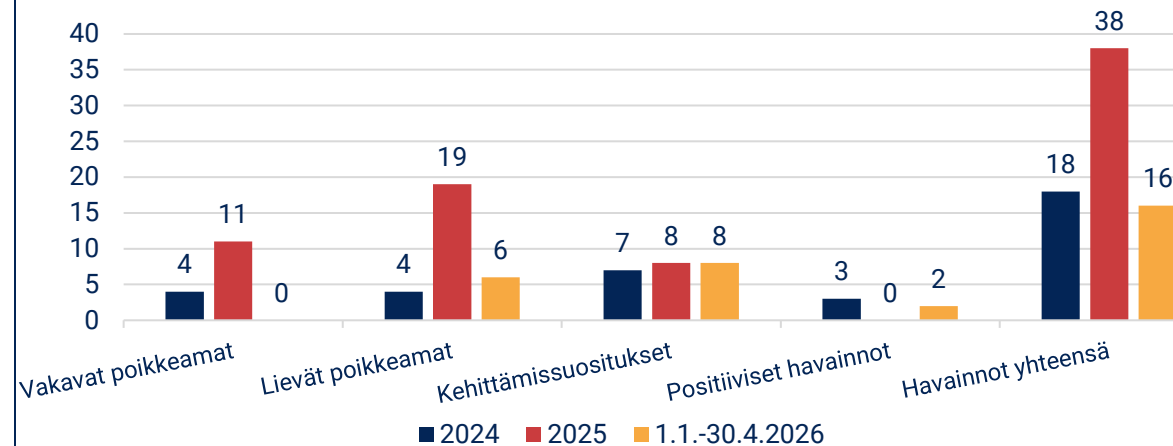
(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

Ikääntyneiden kotihoidon palvelujen tarkastuskäynnit
Oma toiminta ja ostopalvelut



Kaavio 5. Ikääntyneiden kotihoidon tarkastuskäyntien määrät

Ikääntyneiden kotihoidon tarkastuskäyntien havaintojen laatu
(lkm) Oma toiminta ja ostopalvelut



Kaavio 6. Ikääntyneiden kotihoidon tarkastuskäyntien havaintojen laatu ja lukumäärät

Valvonta ja tuottajaohjaus | Ikääntyneiden asumispalvelut

Ikääntyneiden asumispalvelujen omien sekä ostopalveluntuottajien tarkastuskäynnit, valvontahavainnot ja tehdyt korjaavat toimenpiteet

Positiiviset havainnot:

- Asiakkaiden osallisuuden tukeminen arjessa on huomioitu

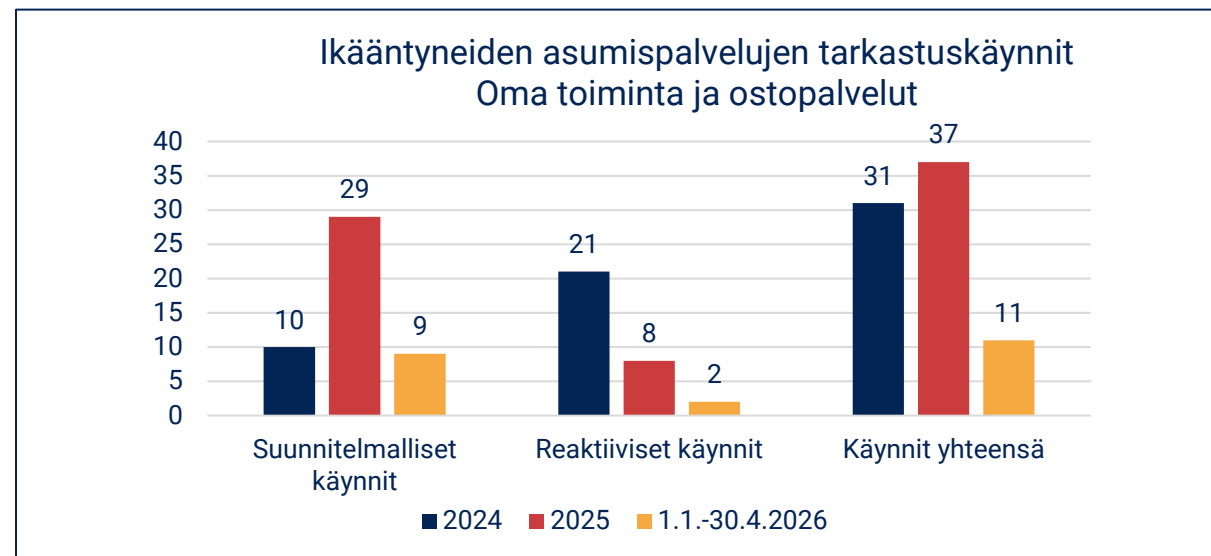
Epäkohdat ja puutteet:

- Lääkehoidon osaamisen varmistamis- ja lupakäytännöissä, lääkkeiden ja lääkejätteiden säilytyksessä ja hävittämisessä sekä lääkkeiden säilytystilojen lämpötilaseurannassa todettu puutteita
- Henkilöstömäärän riittävydessä, osaamisen ja kielitaidon varmistamisessa, perehdytyksessä, ammattioikeuksien rekisteröinneissä puutteita
- Toteuttamissuunnitelmien ja päivittäiskirjausten sisällössä puutteita
- Rajoittamistoimenpiteiden kirjaaminen palvelun toteuttamissuunnitelmiin ja päivittäiskirjauksiin on puutteellista
- Kemikaalien ja terävien esineiden turvallisen säilyttämisen käytännöissä puutteita
- Yksityisyyden suojan huomioimisessa puutteita

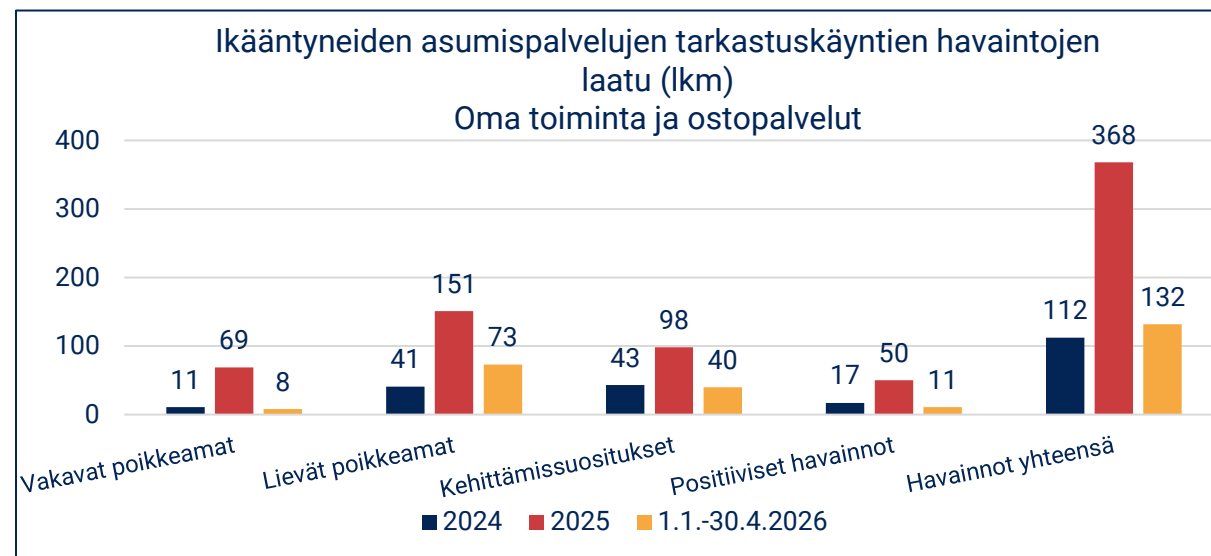
Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Lääkehoidon osaamisen varmistamis- ja lupakäytäntöjen, lääkkeiden säilytyksen ja hävittämisen ohjeistukset kerrattu henkilöstön kanssa ja niiden toteutumista ohjeiden mukaisesti seurataan osana oma- ja turvavaltajien
- Kirjaamisen laatua vahvistetaan ohjeilla, koulutuksella ja seurannalla. Palvelun toteuttamissuunnitelmia päivitetään systemaattisesti.
- Rajoittamistoimenpiteiden kirjaamista palvelun toteuttamissuunnitelmiin ja päivittäiskirjauksiin on tarkennettu ja kirjaamisen toteutumista ohjeiden mukaisesti seurataan osana oma- ja turvavaltajien
- Asukkaiden toiveiden ja valintojen huomioimista arjessa korostetaan ja niiden näkyminen suunnitelmissa ja kirjauksissa varmistetaan.
- Perehdytystä, koulutuksia ja työn organisointia on kehitetty tukemaan turvallista ja laadukasta hoitoa.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)



Kaavio 7. Ikääntyneiden asumispalvelujen tarkastuskäyntien määrät



Kaavio 8. Ikääntyneiden asumispalvelujen tarkastuskäyntien havaintojen laatu ja lukumäärät

Valvonta ja tuottajaohjaus I Vammaisten palvelut

Vammaisten palvelujen omien sekä ostopalveluntuottajien tarkastuskäynnit, valvontahavainnot ja tehdyt korjaavat toimenpiteet

Positiiviset havainnot:

- Yksikön tilat ovat viihtyisiä, kodikkaita, tilavia ja esteettömiä, ja ne tukevat asukkaiden omatoimisuutta, liikkumista ja arjen sujuvuutta.
- Asiakkaiden toiveet, tavat ja osallistuminen arjen suunnitteluun huomioidaan, ja toiminta on kodinomaista, aktiivista ja asiakkaiden tarpeita vastaavaa.

Epäkohdat ja puutteet:

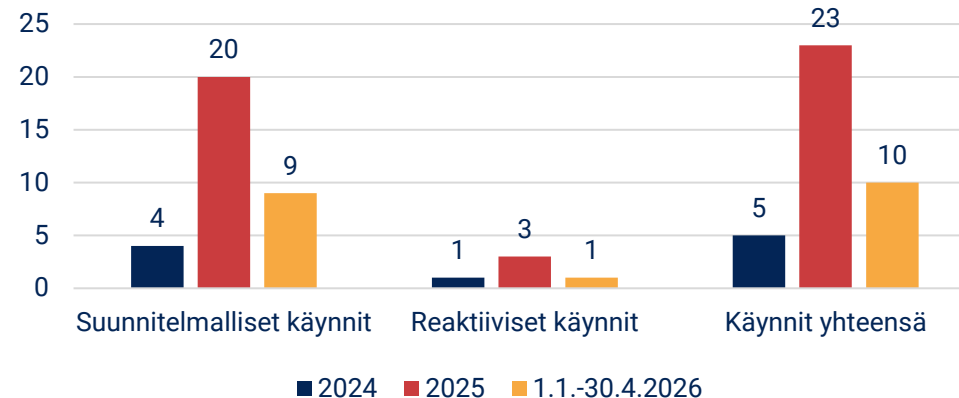
- Lääkehoidon lupakäytännöissä, osaamisen varmistamisessa, vastuissa sekä lääkkeiden säilytyksessä ja tunnistettavuudessa on puutteita.
- Rajoitustoimenpiteiden päätöksenteossa, perusteluissa ja kirjauksissa on puutteita, ja rajoituksia on sovellettu ilman lain edellyttämiä päätöksiä, arviointeja tai asianmukaista dokumentaatiota.
- Asiakkaiden pankkikorttien PIN-koodien hallussapito ja rahavarojen käsittely eivät täytä vaatimuksia ja sisältävät oikeusturvariskejä.
- Päivittäiskirjaukset sekä palvelujen toteuttamis- ja IMO-suunnitelmat ovat toistuvasti niukkoja, puutteellisia tai vaatimusten vastaisia,
- Omavalvontasuunnitelmien sisällössä, riskien tunnistamisessa, raportoinnissa sekä vaara- ja haittatapahtumien ilmoitus- ja käsittelykäytännöissä on puutteita.

Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Rajoittamista koskevat käytännöt on täsmennetty ja erotettu selkeästi turvallisuutta tukevista, suostumukseen perustuvista toimista.
- Kirjaaminen ja toteuttamissuunnitelmat on yhdenmukaistettu vastaamaan lainsäädäntöä ja tekemään hoidon toteutuminen todennettavaksi.
- Omavalvontaa on vahvistettu riskienhallinnan, muistutusten käsittelyn ja ilmoitusvelvollisuuden osalta.
- Lääkehoidon turvallisuutta ja henkilöstön osaamista on parannettu selkeyttämällä vastuita, lupakäytäntöjä ja koulutuksia.

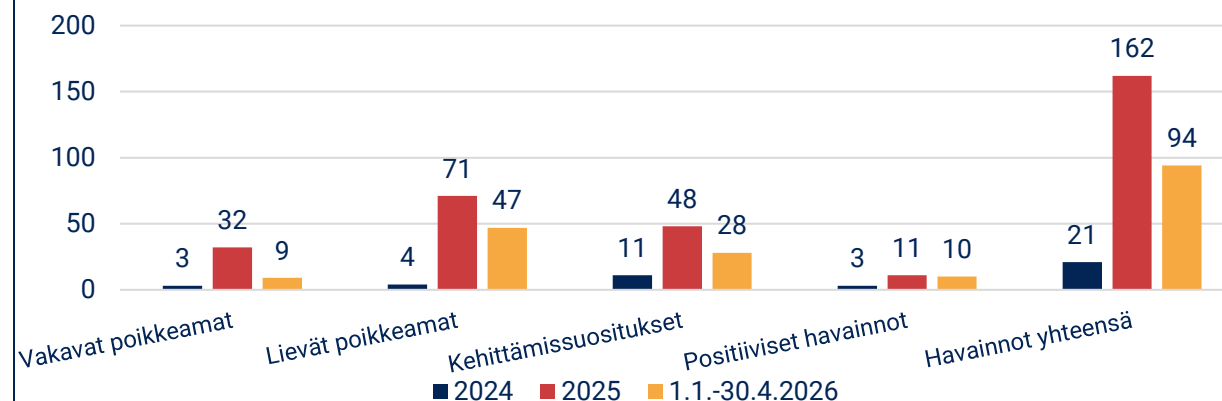
(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

Vammaisten palvelujen tarkastuskäynnit
Oma toiminta ja ostopalvelut



Kaavio 9. Vammaisten palvelujen tarkastuskäyntien määrät

Vammaisten palvelujen tarkastuskäyntien havaintojen laatu (lkm)
Oma toiminta ja ostopalvelut



Kaavio 10. Vammaisten palvelujen tarkastuskäyntien havaintojen laatu ja lukumäärät

Valvonta ja tuottajaohjaus I Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen omien sekä ostopalveluntuottajien tarkastuskäynneillä tehdyt valvontahavainnot ja tehdyt korjaavat toimenpiteet

Positiiviset havainnot:

- Osassa palveluja laaditaan omavalvontasuunnitelmien seurantaraportteja kattavasti, ja niistä käy selkeästi ilmi havaitut poikkeamat sekä niihin perustuvat muutokset.
- Asiakaspalautetta kerätään runsaasti ja sitä hyödynnetään aktiivisesti kehittämisessä.
- Osassa palveluja henkilöstöllä on hyvät lisä- ja täydennyskoulutusmahdollisuudet, joita myös hyödynnetään laajasti.
- Osassa palveluja yksiköiden hyvän kohtelun suunnitelmat ovat sisällöltään erittäin kattavia ja täyttävät lastensuojelulain vaatimukset; suunnitelmissa korostuu lapsia kunnioittava ja myönteinen sävy.

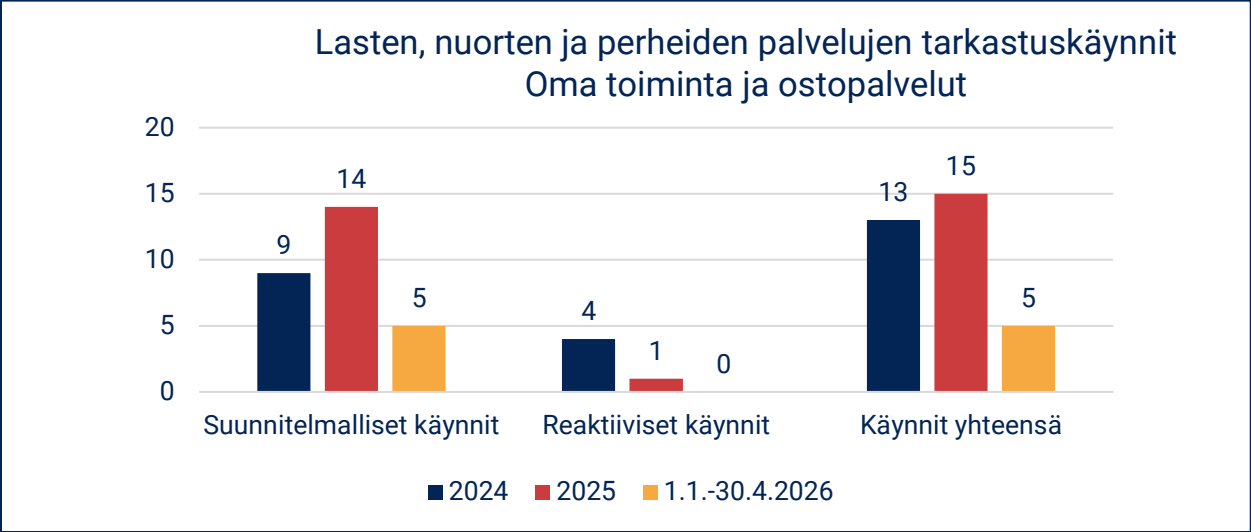
Epäkohdat ja puutteet:

- Keskeisissä asiakirjoissa (mm. omavalvontasuunnitelmat, häiriötilanneohjeet, tietosuojaselosteet) on puutteita sisällössä, ajantasaisuudessa tai näkyvyydessä.
- Osassa palveluja omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelmien seurannan perusteella tehtyjen muutosten julkaisu ja esilläpito ei toteudu lainsäädännön edellyttämällä tavalla
- Osassa palveluja pelastussuunnitelmien ja turvallisuuskävelyjen dokumentoinnissa on puutteita ja poistumisharjoitukset toteuttamatta.
- Osassa palveluja lasten yksityisyyden suoja ei toteudu yleisissä tiloissa huonoista äänieristyksistä johtuen.
- Osassa palveluja lapsikohtaiset arviot rajoitustoimenpiteiden jälkeen eivät toteudu.

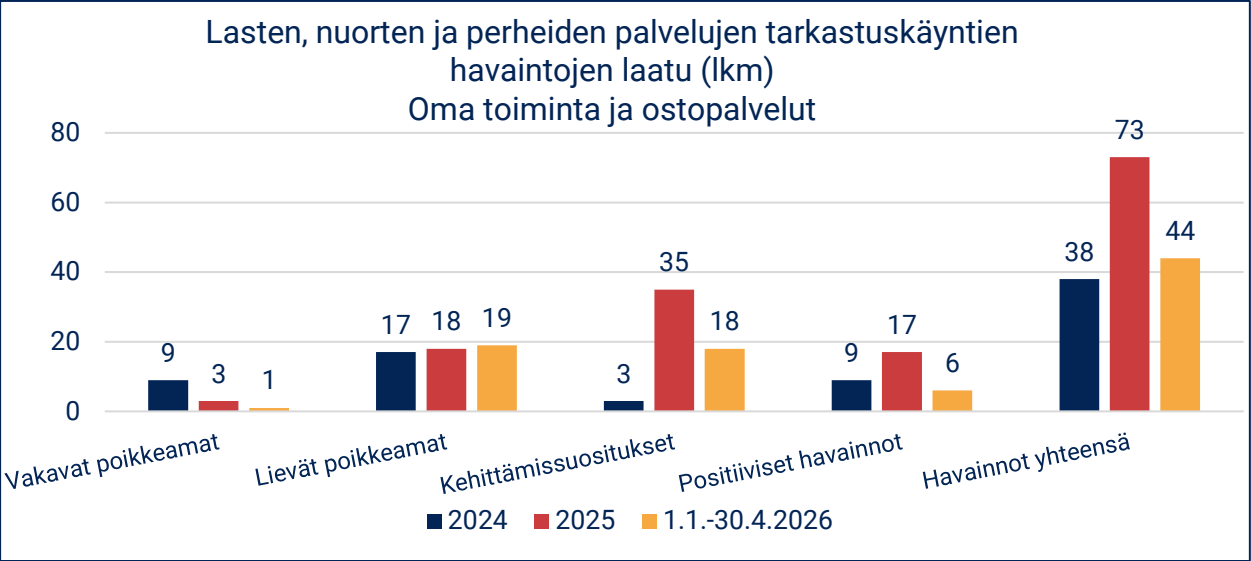
Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Omavalvontasuunnitelmien sisältöjä on täydennetty. Kulunvalvontaa koskeva tietosuojaseloste on laadittu ja jalkautettu henkilöstölle.
- Omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelmien seuranta selkeytetty ja aineistot saatetaan julkisiksi verkkosivuilla.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)



Kaavio 11. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tarkastuskäyntien määrät



Kaavio 12. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tarkastuskäyntien havaintojen laatu ja lukumäärät

Valvonta ja tuottajaohjaus | Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut

Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen omien sekä ostopalveluntuottajien tarkastuskäynnit, valvontahavainnot ja tehdyt korjaavat toimenpiteet

Positiiviset havainnot:

- Asiakkaat osallistuvat aktiivisesti yksikön yhteisölliseen toimintaan ja asiakkailla on merkittävä rooli yhteisön käytäntöjen toteuttamisessa.
- Asiakkaiden osallisuutta tuetaan monipuolisesti ja yksiköissä on käytössä erilaisia harrastus-, liikunta- ja virkistysmahdollisuuksia.
- Yksiköissä on toteutettu osallistavia turvallisuuskäytäntöjä, kuten turvallisuuskävelyitä, joihin myös asiakkaat osallistuvat.
- Fyysiset tilat ovat viihtyisät ja tukevat yhteistä toimintaa ja asiakkaiden arkea, ja tilojen ilme ja toiminnallisuus edistävät yhdessäoloa.

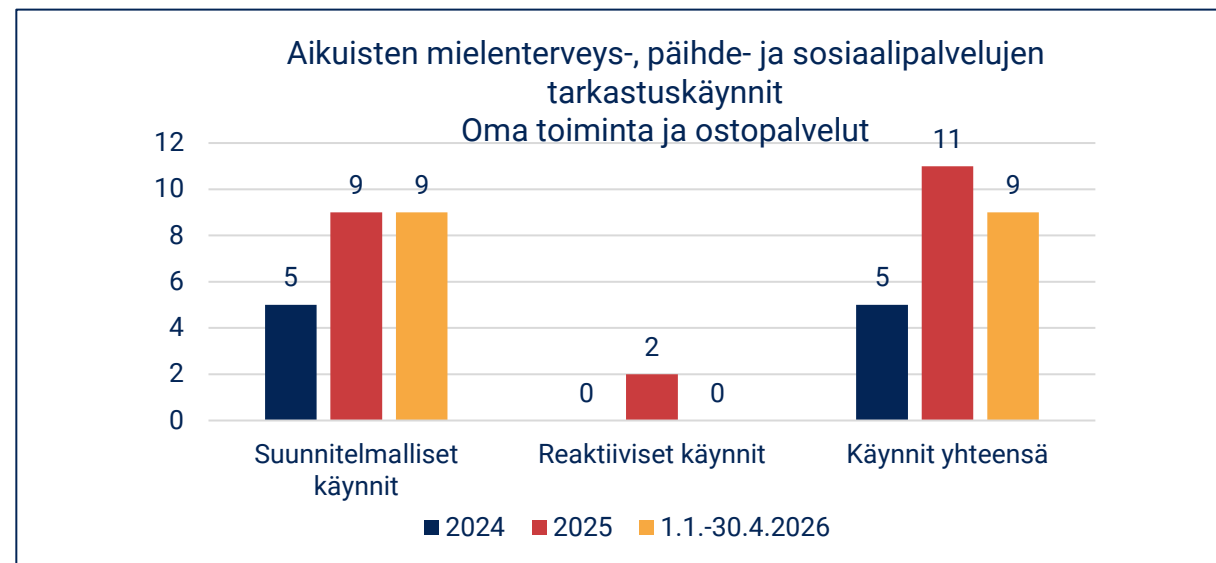
Epäkohdat ja puutteet:

- Omavalvontasuunnitelmien sisällöissä, seurannoissa ja raportoinneissa on ollut puutteita.
- Lääkkeiden säilytyksessä on havaittu puutteita.

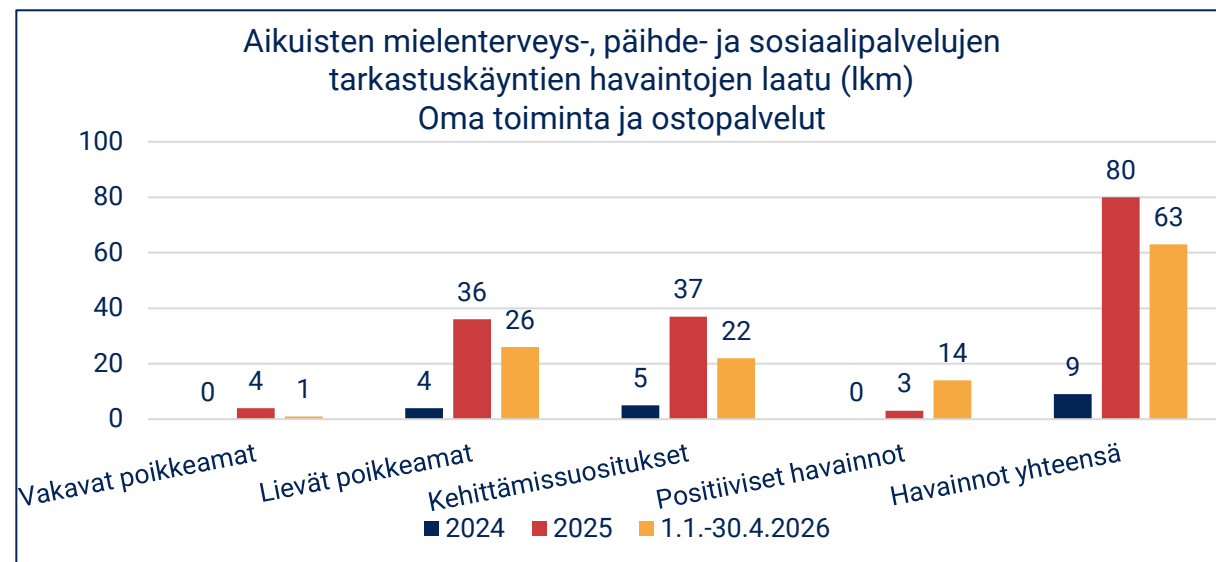
Keskeisimmät korjaustoimenpiteet:

- Omavalvontasuunnitelmia on päivitetty mm. itsemääräämisoikeuden ja asiakkaan taloudellisen turvallisuuden osalta ja on laadittu kirjalliset ohjeet riskien hallintaan.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)



Kaavio 13. Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen tarkastuskäyntien määrät



Kaavio 14. Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen tarkastuskäyntien havaintojen laatu ja lukumäärät

Riskienhallinta | Riskien arvioinnin tilannekuva

Ensivaiheessa on valmistelussa alustavat suunnitelmat riskeihin, jotka liittyvät ICT-järjestelmien toimivuuteen, toimitilaturvallisuuden hajanaisuuteen, valmiussuunnitteluun sekä mediataitoihin.

1. ICT ja toiminnan jatkuvuus

Tämä on yksi kriittisimmistä osa-alueista, jossa riskitasot ovat korkeita. Merkittävin riski on laaja tietoteknisen ympäristön häiriö, joka vaarantaa välittömästi asiakas- ja potilasturvallisuuden. ICT-järjestelmien toimintakatkokset virka-ajan ulkopuolella muodostavat korkean tason riskin, sillä ICT-päivystys puuttuu klo 8–16 ulkopuolelta.

2. Toimitila- ja kiinteistöturvallisuus

Turvallisuusriskejä korostaa järjestelmien pirstaloituneisuus ja tekninen ikääntyminen. Yhtenäisen kamera- ja kulunhallintajärjestelmän puute heikentää kokonaisturvallisuuden hallintaa.

3. Valmiussuunnittelu ja varautuminen

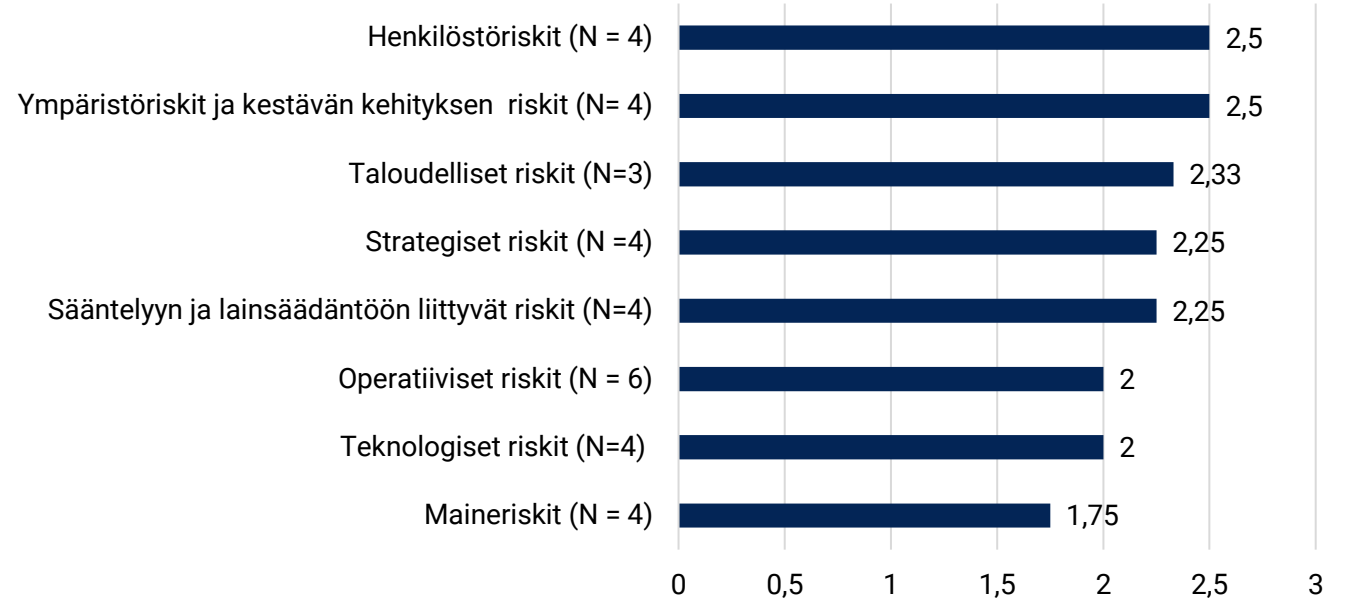
Taloudellisten resurssien riittämättömyys nähdään riskinä tosiasialliselle varautumiselle häiriötilanteissa, suunnitelmien käytännön testaamiselle ja harjoittelulle.

4. Mediayhteistyö

Yhteistyön vähäisyys mediatalojen kanssa kasvattaa maineriskiä. Toisaalta sosiaalisen median käyttötaidot kasvattavat riskiä.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

Johdon riskien arvioinnin arviointikooste



Kaavio 15. Johdon riskienarvioinnin tulokset arviointikriteereittäin

Arviointiasteikko: 1 = ei toteudu, 2 = toteutuu osittain, 3 = toteutuu täysin

N = arvioitujen kriteerien lukumäärä

Lomakkeen kriteerit yhteensä 32 kpl, joista

- Toteutuu täysin 7 kpl, Toteutuu osittain 23 kpl, Ei toteudu 2 kpl

Tunnistettuja riskejä 25 kpl, joista luokiteltuja

- 1 kpl riskiluokka II
- 6 kpl riskiluokka IV
- 18 tunnistetun riskin Riskiluokka ja vastuuhenkilö sovitaan kesäkuussa

Toimenpiteitä 5 kpl, joissa määräaika 31.5.2026 mennessä

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 3) seurataan säännöllisesti organisaation eri tasoilla.

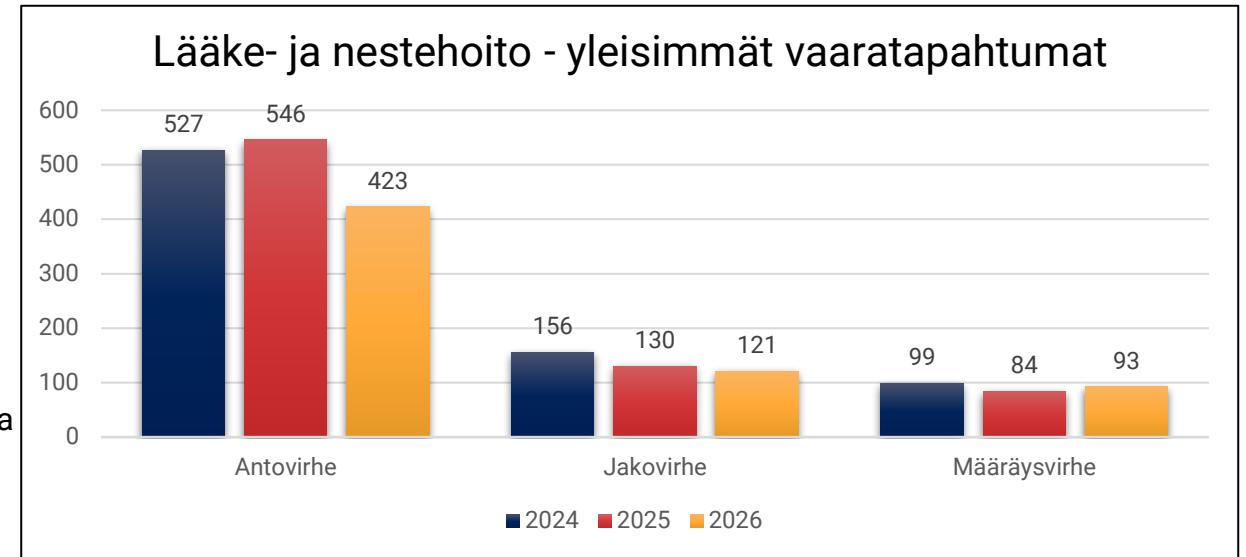


Kuva 3: Kansallisesti seurattavat asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumat ja tilannekuvan kehittyminen yleiskatsaus 1–4/2026 ja vertailu edellisiin vuosiin 1–4/2025 ja 1–4/2024.

Asiakas- ja potilasturvallisuus | Lääke- ja nestehoito

Yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskivat lääke- ja nestehoitoa (816 kpl).

- **Antovirheet:** ilmoitettujen antovirheiden määrä väheni (-123 kpl) edelliseen vuoteen verrattuna. Antovirheistä suurin osa oli: Lääke, neste tai verituote antamatta 199 kpl
- **Jakovirheet:** ilmoitettujen jakovirheiden määrä väheni hieman (-9 kpl) edelliseen vuoteen verrattuna. Jakovirheistä suurin osa oli: Lääke jakamatta 67 kpl
- **Määräysvirheet:** ilmoitettujen määräysvirheiden määrä nousi hieman (+9 kpl) edelliseen vuoteen verrattuna. Määräysvirheistä suurin osa oli: Väärä tai puuttuva annos tai vahvuus 48 kpl



Kaavio 16: Lääke- ja nestehoitoon liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1-4/2024, 1-4/2025 ja 1-4/2026.

Turvallisen lääkehoidon kehittämistoimenpiteitä:

- **Toimintamallien ja prosessien muutokset:** siirtyminen annosjakeluun, kaksoistarkistuskäytäntöjen vakiinnuttaminen, kotiutusprosessien selkeyttäminen, lääkemuutosten vastuunjaon määrittely sekä poikkeustilanteiden toimintaohjeiden laatiminen
- **Työn organisointi ja työrauha:** lääkkeenjaon rauhoittaminen, lääkeantojen aikaikkunoiden ja työvuorojen tarkentaminen sekä vuorojen välisen tiedonkulun yhtenäistäminen.
- **Hoitosuunnitelmien ja lääkelistojen kehittäminen:** hoitosuunnitelmien selkeyttäminen, yhden ajantasaisen lääkelistan käyttö, vastuiden yksiselitteinen kirjaaminen ja riskilääkkeiden näkyvä korostaminen.
- **Perehdytys ja osaamisen varmistaminen:** lääkehoidon pakollinen yksikkökohtainen perehdytys, keikkalaisten ohjeistuksen vahvistaminen ja osaamisen varmistamiskäytännöt.
- **Tilat, välineet ja fyysiset ratkaisut:** lääkkeenannon ja -säilytyksen järjestelyjen yhtenäistäminen, lukitusten parantaminen ja työympäristöön kohdistuvat turvallisuustoimet.
- **Tietojärjestelmät ja tekniset käytännöt:** järjestelmien käytön täsmentäminen, lokitietojen systemaattinen hyödyntäminen ja teknisten tukikäytäntöjen kehittäminen.

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Tapaturmat ja onnettomuudet

Toiseksi yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat tapaturmia ja onnettomuuksia (609 kpl).

Kaatumiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat lisääntyneet (+45 kpl)

Putoamiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset pysyneet lähes samana (-4 kpl) (Kaavio 17.)

Kaatumiseen liittyvien vaaratapahtumien **seuraukset potilaalle** olivat:

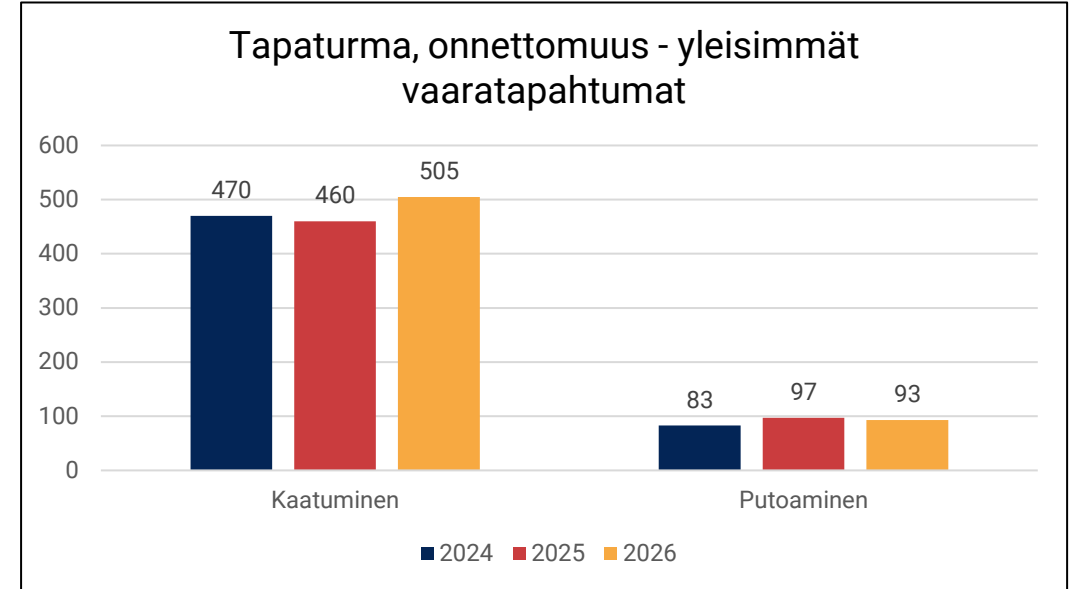
- ei haittaa (223 kpl)
- lievä haitta (204 kpl)
- kohtalainen haitta (41 kpl)
- vakava haitta (3 kpl).

Haitta ei ollut tiedossa 34 ilmoituksessa.

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

- korjattiin tilanne välittömästi (303 kpl)
- pyydetty lisähenkilökuntaa (155 kpl)
- hälytetty ulkopuolista apua (20 kpl).

Tilanteen hallinta ei ollut tiedossa 27 ilmoituksessa.



Kaavio 17: Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat ajalla 1-4/2024, 1-4/2025 ja 1-4/2026.

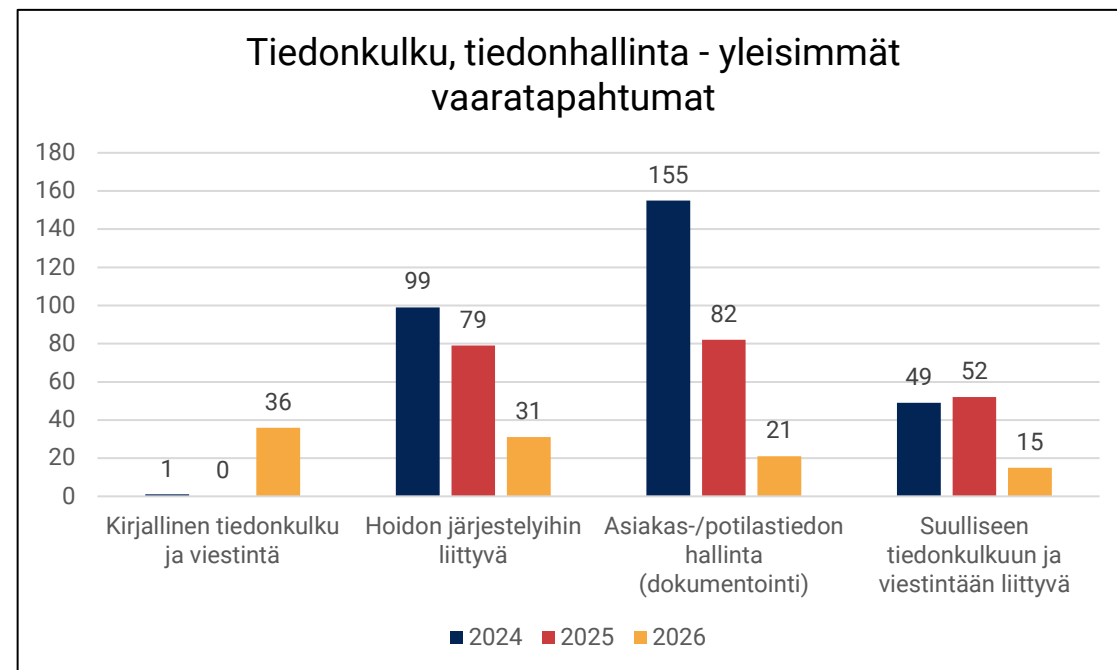
Tapaturmien ja onnettomuuksien ennalta ehkäisy ja toimenpiteet liittyivät seuraaviin teemoihin:

- **Toimintamallit ja prosessit:** kaatumisen ennaltaehkäisyyn toimintamallin käyttö sekä kaatumisriskin arvioinnit asiakkuuden alussa ja voinnin muuttuessa.
- **Työn organisointi ja vastuut:** riskiasiakkaiden siirrot kahden hoitajan avustamana, valvonnan ja käyntien lisääminen sekä yöaikaisen seurannan selkeyttäminen.
- **Apuvälineet ja fyysiset ratkaisut:** liikkumisen apuvälineiden, liukuesteiden ja lonkkahousujen käyttö sekä vuoteiden ja kalusteiden turvallisuusmuutokset.
- **Turvateknologia:** hälytysrannekkeiden sekä liike- ja liiketunnistimien käyttöönotto ja toimivuuden seuranta.
- **Lääketieteellinen arvio ja hoito:** lääkärikonsultaatiot, lääkitysten tarkistaminen ja kuntoutuksen hyödyntäminen sekä rajoittamistoimenpiteet luvanvaraisesti ja harkiten.
- **Asumisratkaisut ja palvelutaso:** pärjäämisen arviointi yhteisöllisessä asumisessa ja tarvittaessa SAS-prosessien käynnistäminen.
- **Tilaturvallisuus ja ympäristö:** valaistuksen parantaminen sekä esteiden ja liukkaiden pintojen poistaminen.
- **Ohjeistus ja osaaminen:** kaatumistilanteiden käsittely palaverissa sekä toimintaohjeiden kertaaminen ja osaamisen vahvistaminen.

Asiakas- ja potilasturvallisuus I Tiedonkulku ja tiedonhallinta

Kolmanneksi yleisimmät asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuvat läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat tiedonkulkua ja tiedonhallintaa (114 kpl). Yleisimmät poikkeamatyypit olivat:

- **Kirjallinen tiedonkulku ja viestintä**, johon liittyviä ilmoituksia ei ole aiempina vuosina juurikaan raportoitu. Yleisin ilmoitustyyppi oli Tieto jäänyt kirjaamatta, puuttuva tieto (36 kpl)
- **Hoidon järjestelyt**, jossa ilmoitukset vähenivät (-48 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisin ilmoitustyyppi oli: Väärä, virheellinen tai puuttuva potilas-/asiakasohje 20 kpl
- **Asiakas-/potilastiedon hallinta (dokumentointi)**, jossa ilmoitukset vähenivät (-61 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisin ilmoitustyyppi oli Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä asiakas-/potilastieto 10 kpl
- **Suullinen tiedonkulku ja viestintä**, jossa ilmoitukset vähenivät (-37 kpl) edellisvuoteen verrattuna. Yleisin ilmoitustyyppi oli Tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto 12 kpl



Kaavio 18: Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät yleisimmät vaaratapahtumat 1–4/2026 ja vertailuajanjaksot 1–4/2025 ja 1–4/2024.

Tiedonkulun ja tiedonhallinnan kehittämistoimenpiteitä:

- **Toimintatapojen yhtenäistäminen ja ohjeistusten selkeyttäminen:** Toimintakäytäntöjä on yhdenmukaistettu käsittelemällä tapauksia tiimi- ja henkilöstöpalavereissa sekä kertaamalla ohjeita (mm. kotiutus, lääkehoito, siirrot ja hälytykset). Lisäksi on tarkennettu ohjeistuksia ja prosesseja, jotta virhetulkinnat vähenevät ja vastuut ovat selkeämmät.
- **Tiedonkulun ja kirjaamisen parantaminen:** Tiedonkulkua on vahvistettu korostamalla ajantasaista ja tarkkaa kirjaamista sekä aktiivista yhteydenpitoa eri yksiköiden välillä. Hoitosuunnitelmien päivitystä, vastuuhenkilöiden rooleja ja kriittisten tietojen näkyvyyttä on tehostettu.
- **Osaamisen kehittäminen ja yhteistyön vahvistaminen:** Henkilöstön osaamista on lisätty koulutuksilla, perehdytyksellä ja tapauskohtaisella ohjauksella, erityisesti kirjaamiseen, palliatiiviseen hoitoon ja järjestelmien käyttöön liittyen. Samalla on vahvistettu moniammatillista yhteistyötä sekä vuoropuhelua eri toimijoiden ja järjestelmätoimittajien kanssa.

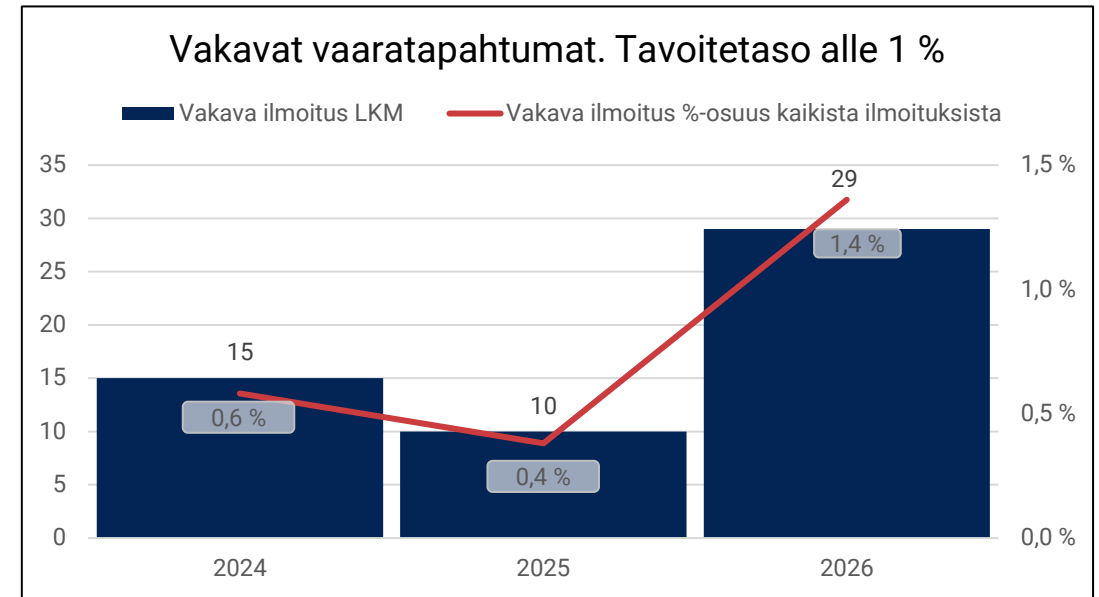
Asiakas- ja potilasturvallisuus I Vakavat vaaratapahtumat

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmä arvioi kaikki vaaratapahtumailmoitukset, joiden seuraus asiakkaalle tai potilaalle on ollut vakava tai joille 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 2–3 viikon välein
- Käynnistetty 2 uutta tutkintaa, joista 1 tutkinta saatu valmiiksi.
 - Tutkinnat kohdistuivat asiakas- ja potilastietojärjestelmän häiriöihin sekä palveluiden saatavuuteen.

Vuoden 2025 järjestelmämuutoksen jälkeen havaittiin vakavien vaaratapahtumien luokitteluvirheitä. Suurin osa raportille nousseista tapahtumista ei ole ollut todellisuudessa vakavia. Kaikki ilmoitukset on kuitenkin arvioitu, käsitelty vakavien vaaratapahtumien käsittelyprosessin mukaisesti ja annettu omaavonnallista ohjausta. Korjaavien toimenpiteiden jälkeen luokitteluvirheet ovat vähentyneet.

Lisäksi on huomioitava, että aiemmassa järjestelmässä raportille nousivat pääsääntöisesti vain vakavia seurauksia aiheuttaneet ilmoitukset, eikä riskiluokkien IV–V tapahtumia raportoitu samalla tavalla. Tämän vuoksi eri ajanjaksojen tiedot eivät ole keskenään täysin vertailukelpoisia.



Kaavio 19: Vakavat vaaratapahtumat ajalla 2024–2026

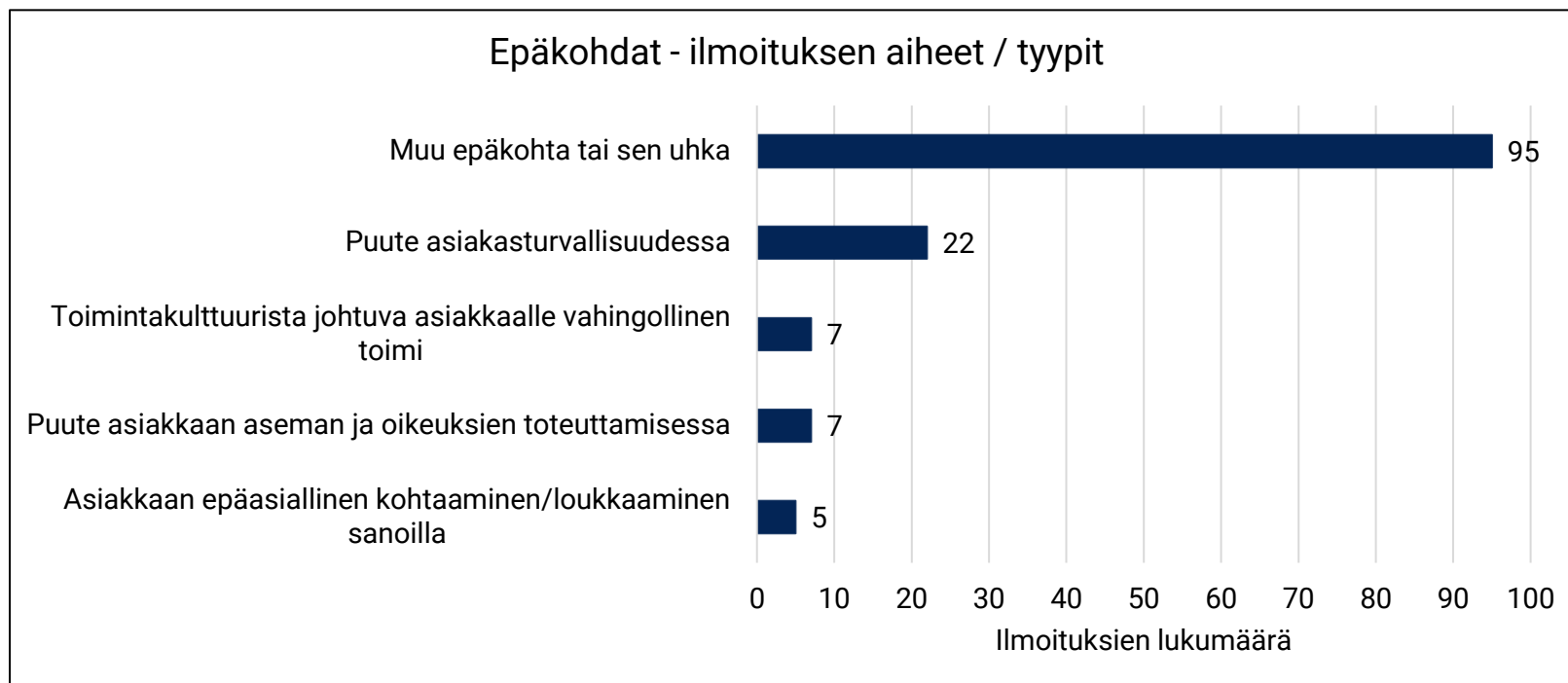
Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan tuloksena käynnistettyjä kehittämistoimenpiteitä:

- Etäkäytön toimintaohjetta tarkennetaan siten, että Silta-palvelun käyttö määritellään pakolliseksi “voidaan käyttää” -muotoilun sijaan (ongelma poistuu kokonaan Google-siirtymän myötä)
- Muistutetaan rekisterirajapintoihin liittyvistä kirjaamisohjeista tietohallinnon uutiskirjeessä sekä kevään esihenkilöaamussa (ongelma poistuu kokonaan, kun yksiköt siirtyvät terveydenhuollon rekisteriin loppuvuonna 2026)
- Selvitetään mahdollisuutta liittää kriittisiin tietojärjestelmiin toiminto, joka näyttää kriittiset huomiot ponnahdusilmoituksena järjestelmää avattaessa.
- Tarkastellaan asiakas- ja potilastietojärjestelmien laatua kokonaisuutena, selvitetään sopimuksissa asetettujen laatuvaatimusten seurannan toteutumista ja menettelytapoja laatupoikkeamien käsittelyssä.

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. Tammi-huhtikuun 2026 aikana ilmoituksia tehtiin yhteensä 75 kpl (Kaavio 20). Tammi-huhtikuussa 2025 epäkohtailmoituksia oli tehty 46 kpl. Ilmoitusmäärän kasvuun ovat vaikuttaneet tietoisuuden lisääntyminen ilmoitusvelvollisuudesta, uuden järjestelmän käyttöönotto sekä se, että henkilöstö ei aina tunnista epäkohtailmoituksen ja asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksen eroja.



Kaavio 20. Epäkohtailmoitusten aiheet 1.1–30.4.2026.

Esimerkkejä toteutetuista kehittämistoimenpiteistä

- **Toimintatapojen ja ohjeistusten selkeyttäminen:** Toimintamalleja on täsmennetty ja yhdenmukaistettu käsittelemällä tilanteita henkilöstö- ja tiimipalavereissa sekä tarkentamalla ohjeistuksia (esim. lääkehoito, turvallisuus, asiakastyö). Lisäksi on selkiytetty vastuita ja käytäntöjä, jotta toiminta olisi yhdenmukaista eri tilanteissa.
- **Henkilöstöresurssien ja osaamisen varmistaminen:** Resurssien riittävyyttä ja henkilöstön osaamista on vahvistettu perehdytyksen, rekrytointien, työnjaon ja työnjohdollisten toimenpiteiden avulla. On korostettu ammatillista toimintaa, asiakaslähtöisyyttä ja turvallista työskentelyä sekä puututtu epäasialliseen toimintaan.
- **Tiedonkulun, yhteistyön ja turvallisuuden kehittäminen:** Tiedonkulkua ja yhteistyötä on parannettu moniammatillisella keskustelulla, järjestelmäkehityksellä ja viestinnällä eri toimijoiden välillä. Samalla on kiinnitetty huomiota asiakas- ja työturvallisuuteen, riskienhallintaan sekä teknisten ja toimintaympäristöön liittyvien puutteiden korjaamiseen.

RAI | Laatutavoitteet, ikääntyneiden palvelut

Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. RAI-mittariston avulla palvelut voidaan suunnitella yksilöllisesti ja kohdentaa tarpeen mukaan. Vanhuspalvelulaki edellyttää RAI-arviointia säännöllisissä sosiaalipalveluissa yhteistyössä asiakkaan ja läheisten kanssa. Keusotessa valitaan vuosittain laatuindikaattorit ja niiden tavoitearvot. Toteutumista seurataan säännöllisesti yksikkö- ja palvelualueetasolla sekä verrataan valtakunnallisiin mittariarvoihin. Tuloksia ja kansallista RAI-vertailutietoa hyödynnetään vaikuttavuuden arvioinnissa ja palvelujen kehittämisessä. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen iäkkäiden säännöllisten palvelujen RAI-arviointitiedot ovat julkisesti saatavilla THL:n RAI-tietokannasta:

→ **RAI-tietokanta (THL)**

RAI-arvioitujen asiakkaiden määrä

- RAI-arvioidut 1-4/2026 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 3231, 15 % vastaavan ikäisestä väestöstä (22121).
- Keusoten alueen yli 75-vuotiaiden määrä vuonna 2025 oli 21161, joista arvioituja henkilöitä oli 4212 eli 20 %.

RAI-mittari: Virtsatieinfektio 1-4/2026 aktivoitunut 86 arvioiduista, virtsatieinfektioista kärsivien asiakkaiden osuus 4 % RAI-arvioiduista.

Käytössä olevat RAI-työkalut

Asiakasohjaus: InterRAI-CA+HELSA

Kotihoito ja yhteisöllinen asuminen: InterRAI-HC

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen: InterRAI-LTCF

Keusoten RAI-laatuindikaattorit	Tavoite	Toteuma 1-3/2026 (Tavoite toteutuu K = Kyllä, E = Ei)
Kaatumiset	Alle 20 %	Kaatonut % osuus arvioiduista asiakkaista: Kotihoito 28 % (392) (E), yhteisöllinen asuminen 34 % (25) (E), Ympäri vuorokautinen asuminen 22 % () (E)
Ravitsemus	alle 15 %	Ravitsemuksen poikkeama % osuus arvioiduista asiakkaista: Kotihoito 28 % (307) (E), yhteisöllinen asuminen 11 % (8) (K) Ympäri vuorokautinen asuminen 30 % (E)
Kipu	alle 10 %	Päivittäinen kipu % osuus arvioiduista asiakkaista Kotihoito 30 % (421) (E), yhteisöllinen asuminen 19 % (14) (E), Ympäri vuorokautinen asuminen 10 % (E)
Yksinäisyys	alle 30 % HC, alle 15 % LTC	Yksinäiseksi itsensä kokevien % osuus arvioiduista Kotihoito 34 % (487) (E), yhteisöllinen asuminen 32 % (24) (E) Ympäri vuorokautinen asuminen 18 % (E)
Osallisuus	0 %	Ei ole osallistunut arviointiin % arvioiduista asiakkaista Kotihoito 8 % (109) (E), yhteisöllinen asuminen 4 % (3) (E) Ympäri vuorokautinen asuminen 21 % (E)

Asiakaskokemus ja osallisuus

1-4/2026



KEUSOTE
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Asiakaspalaute I Yhteenveto asiakaskokemuksesta

Keusoten asiakaskokemus on hieman laskenut viime vuodesta. NPS oli 60, kun se oli edellisenä vuonna 63.

Pärjäämisen kokemuksen mittarin (PEI) käyttö vakioitiin. Mittari otettiin käyttöön valtaosassa terveyspalveluja ja soveltuviissa sosiaalipalveluissa. Koko Keusoten keskiarvo oli 2,88/4. Yhteensä 61,3% (n=14 585) koki pärjänneensä tilanteensa kanssa paremmin tai paljon paremmin käynnin tai saamansa palvelun jälkeen. Mittarin vakiointi osaksi asiakaskokemuksen mittaamista ja vaikuttavuuden kehittämistä auttaa pureutumaan siihen, miksi osa asiakkaista ei koe pärjäävänsä saamansa palvelun jälkeen paremmin kuin ennen.

Keusoten omista väittämistä kyselyltä poistettiin vuoden vaihtuessa "Sain tarvitsemani hoidon tai palvelun" -väittämä, koska se oli päällekkäinen THL:n kansallisen "Sain apua, kun sitä tarvitsin" -väittämän kanssa. Molemmat mittaavat hoidon tai palvelun saatavuutta.

Alkuvuodesta tuotettiin ensimmäistä kertaa palveluketjukohtaisia näkymiä asiakaskokemukseen, jotka tukevat palveluketjujohtamista. Lisäksi aloimme julkaista Keunet-intrassa positiivisia asiakaspalautteita kiitoksena henkilöstölle hyvin tehdystä työstä.

NPS 60
Tavoite = 65

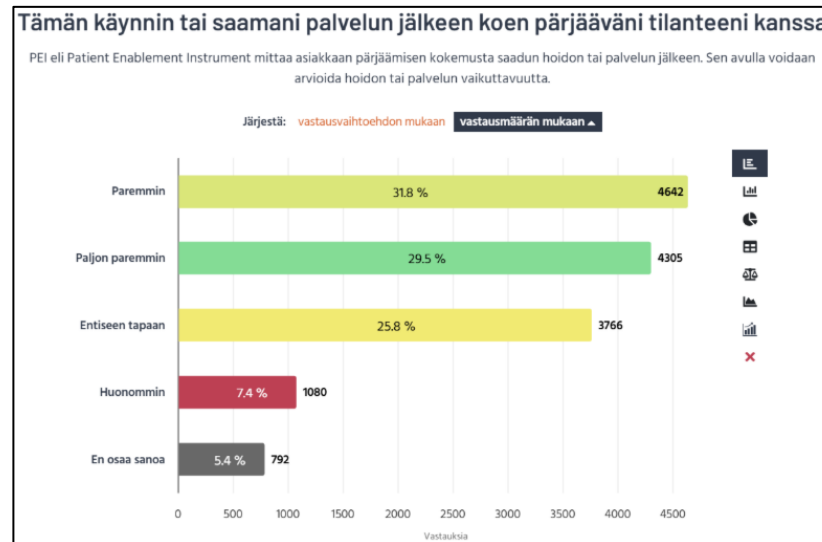
19 936
Asiakaspalautetta

74 %
Suosittelijoiden prosenttiosuus
(NPS-vastaus 9 tai 10)

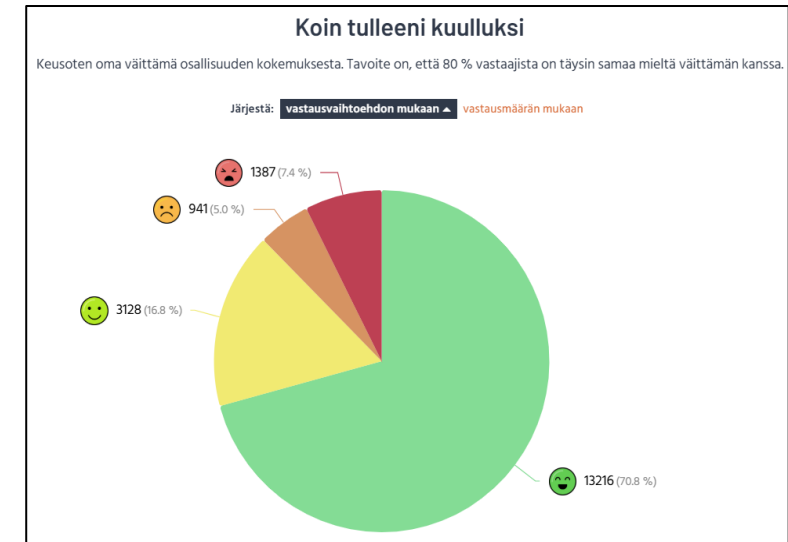
11 %
Passiivisten prosenttiosuus
(NPS-vastaus 7 tai 8)

15 %
Arvostelijoiden prosenttiosuus
(NPS-vastaus 0-6)

Kuva 3: Asiakaspalautteiden määrä, NPS-arvo, tavoite ja jakauma 1-4/2026.



Kuva 4: Pärjäämisen kokemuksen mittarin (PEI)



Kuva 5: Keusoten oma osallisuutta mittaava väittämä "Koin tullessi kuulluksi". Tulokset ajalta 1-4/2026.

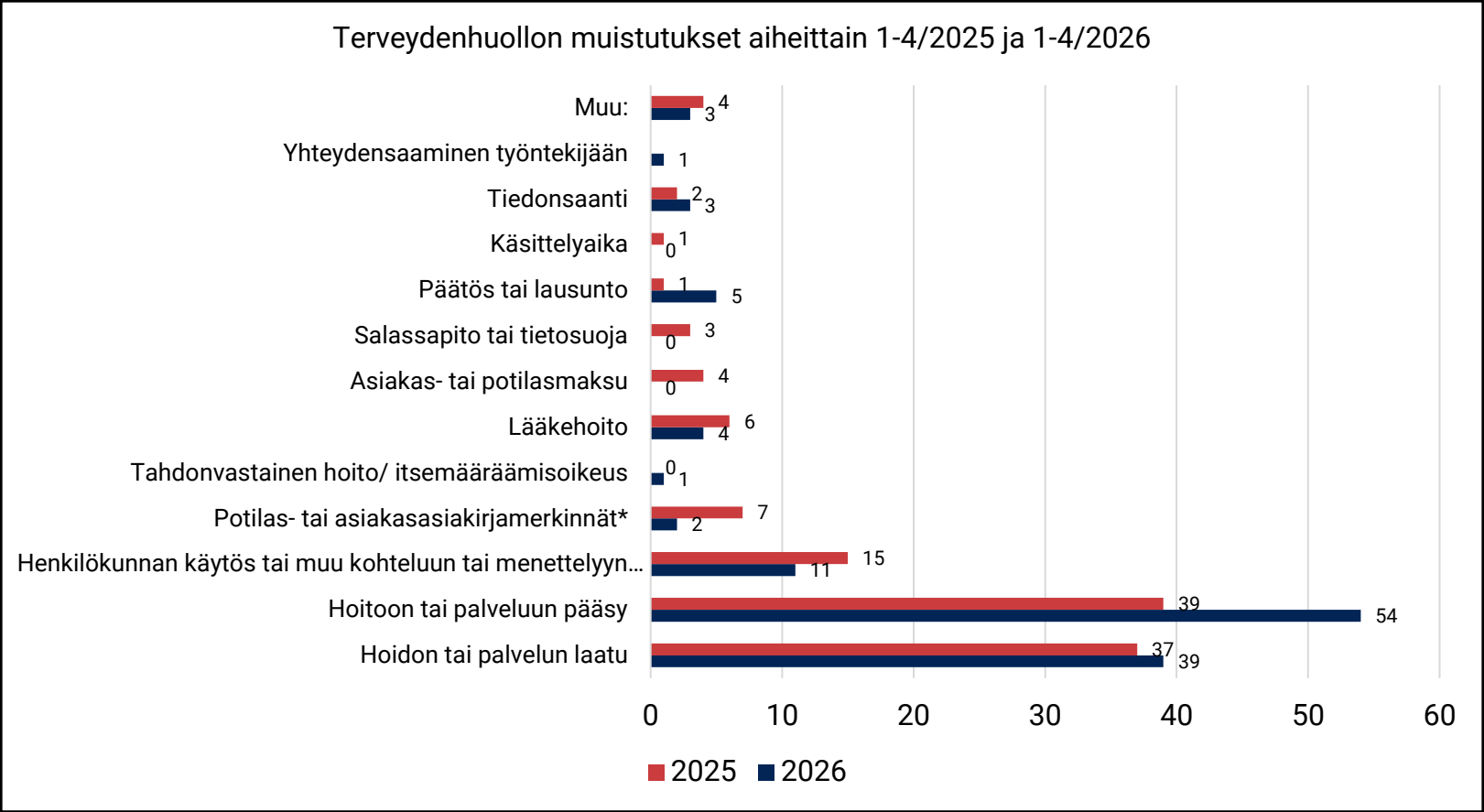
Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset aiheittain

Tarkastelujakson aikana terveydenhuollon muistutukset keskittyivät selvästi hoitoon pääsyyn sekä hoidon laatuun, jotka olivat molempina vuosina yleisimmät muistutusaiheet. Hoitoon pääsyä koskevien muistutusten määrä kasvoi vuodesta 2025 vuoteen 2026 (39 → 54), kun taas hoidon laatua koskevat muistutukset pysyivät samalla tasolla vain lievästi lisääntyen (37 → 39).

Henkilökunnan käytöstä tai kohtelua koskevien muistutusten määrä sen sijaan väheni (15 → 11). Useissa muissa aiheissa, kuten potilas- tai asiakasasiakirjamerkinnöissä, lääkehoidossa, asiakas- tai potilasmaksuissa sekä salassapitoon ja tietosuojaan liittyvissä kysymyksissä, muistutusten määrä oli selvästi vähäisempi ja pääosin laskeva.

Kokonaisuutena tarkasteltuna muistutukset kohdistuvat entistä vahvemmin palvelujärjestelmän ydinkysymyksiin, erityisesti hoitoon pääsyyn liittyviin haasteisiin, kun taas yksittäisiin hallinnollisiin tai teknisiin teemoihin liittyvät muistutukset ovat vähentyneet.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)



Kaavio 21: Terveystenhuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2025 – 30.4.2025 ja 1.1.2026 – 30.4.2026

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
2026	39	54	11	2	1	4	3	3	0	5	0	1	0	123
2025	37	39	15	7	0	6	4	2	1	1	3	-	4	119

Muistutukset I Terveystenhuollon muistutukset palveluittain

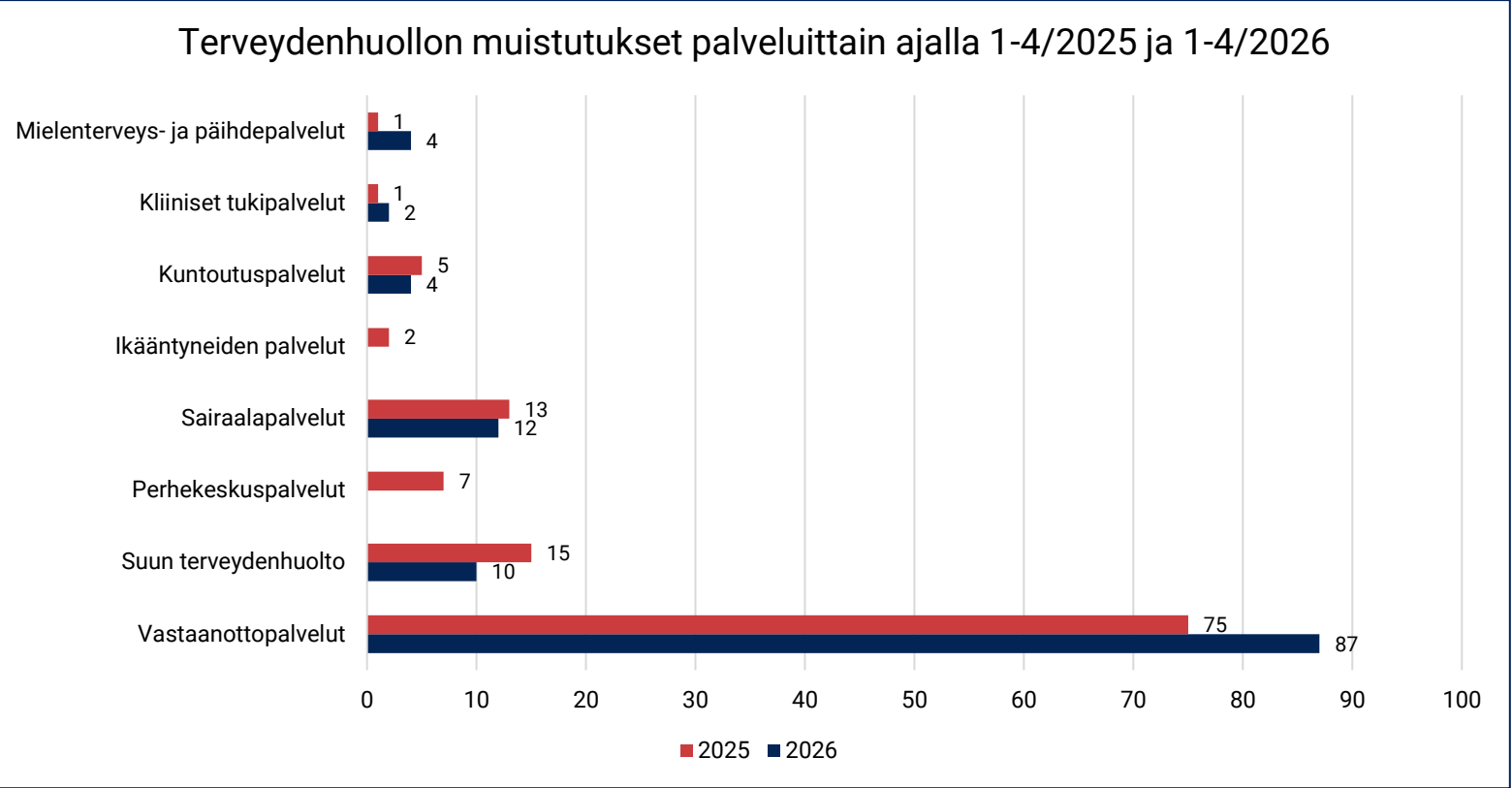
Palvelukohtainen tarkastelu osoittaa, että muistutukset kohdistuvat selvästi epätasaisesti eri terveydenhuollon palveluihin.

Perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut nousevat ylivoimaisesti yleisimmäksi muistutusten kohteeksi molempina tarkasteluvuosina, ja muistutusten määrä on kasvanut kuluvana vuotena.

Suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa muistutusten määrät ovat tänä vuonna pienempiä mutta toistuvia. Ikääntyneiden palveluissa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä muissa yksittäisissä palveluissa muistutukset jäävät määrältään vähäisiksi.

Kokonaisuutena tarkastelu osoittaa, että muistutukset keskittyvät erityisesti vastaanottopalveluihin, mikä korostaa näiden palvelujen toimivuuden, saatavuuden ja resursoinnin merkitystä kehittämisen näkökulmasta.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)



Kaavio 22. Terveystenhuollon muistutukset tulosalueittain ajalla 1.1.2025 – 30.4.2025 ja 1.1.2026 – 30.4.2026

Vuosi	Vastaanotto palvelut	Suun terveydenhuolto	Perhekeskus palvelut	Sairaalapalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Kuntoutus palvelut	Kliiniset tukipalvelut	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhtensä
2026	87	10	0	12	0	5	2	5	121
2025	75	15	7	13	2	5	1	1	119

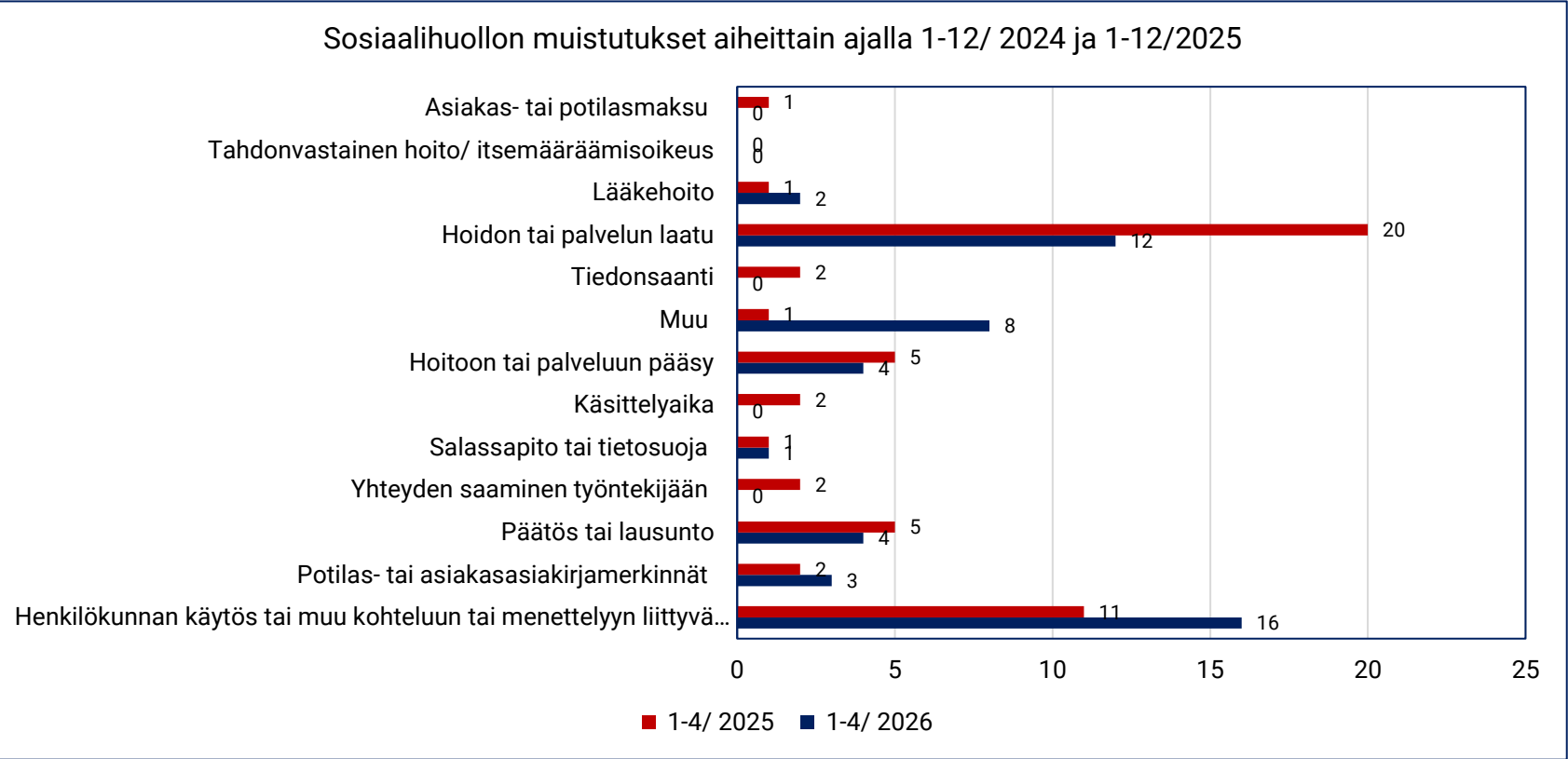
Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain

Sosiaalihuollon aiheiden osalta tilastointitavassa on tapahtunut muutoksia verrattuna vuoteen 2025. Tämä on saattanut vaikuttaa joidenkin muistutustyyppien määrään.

Sosiaalihuollon muistutuksia saapui yhteensä 50 kpl, mikä on 3 muistutusta vähemmän kuin edellisvuoden vastaavana ajankohtana. Näistä muistutuksista 16 kpl koski henkilökunnan käytöstä tai muuta kohteluun tai menettelyyn liittyvää asiaa. Määrä on lisääntynyt jonkin verran vuoteen 2025 verrattuna (+ 5 kpl).
Suurin osa näistä (9 kpl) koski lastensuojelua. Myös luokkaan ”muu” kohdistuneet muistutukset ovat lisääntyneet hieman (+7 kpl).

Hoidon tai palvelun laatuun (-8 kpl) kohdistuvat muistutukset ovat sen sijaan vähentyneet jonkin verran.

Kokonaisuutena tarkastellen suurin osa muistutustyypeistä on säilynyt lähellä viime vuoden vastaavaa tasoa ja osaan ei ole kohdistunut muistutuksia vielä ollenkaan (ks. kaavio 23).



Kaavio 23. Sosiaalihuollon muistutukset aiheittain ajalla 1.1.2025 – 30.4.2025 ja 1.1.2026 – 30.04.2025

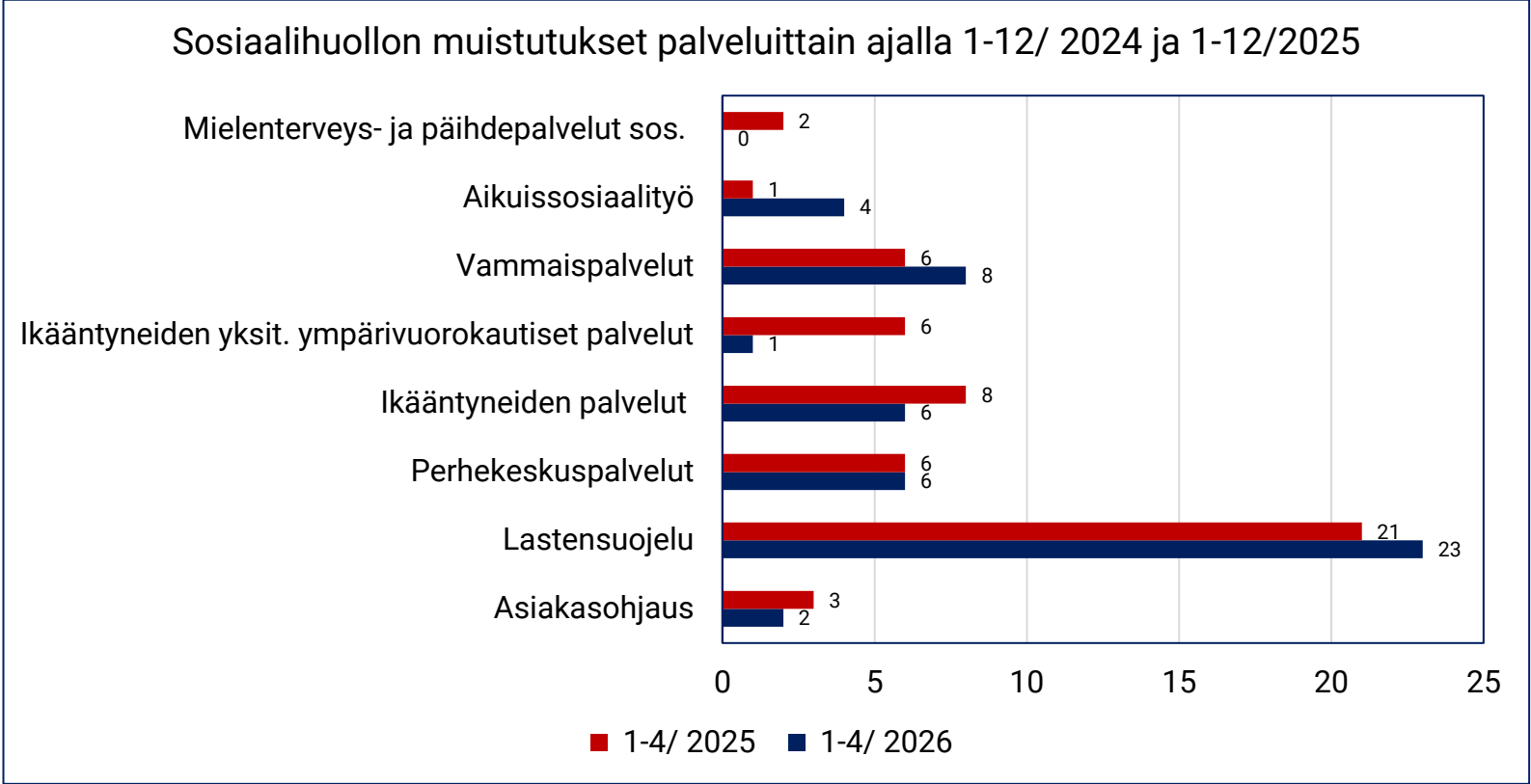
Vuosi	Asiakas- tai potilasmaksu	Tahdonvastainen hoito/ itsemääräämisoikeus	Lääkehoito	Hoidon-tai palvelun laatu	Tiedonsaanti	Muu	Hoitoon tai palveluun pääsy	Käsittelyaika	Salassapito tai tietosuoj	Yhteyden saaminen työntekijään	Päätös tai lausunto	Potilas- tai asiakasasiakirja merkinnät	Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun tai menettelyyn liittyvä asia	Yhteensä
2026	0	0	2	12	0	8	4	0	1	0	4	3	16	50
2025	1	0	1	20	2	1	5	2	1	2	5	2	11	53

Muistutukset I Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain

Aikuissosiaalityöhön (-1 kpl), mielenterveys- ja päihdepalveluihin (-2 kpl), asiakasohjaukseen (-1 kpl), ikääntyneiden palveluihin (-2 kpl) ja ikääntyneiden yksityisiin ympärivuorokautisiin palveluihin (-5 kpl) kohdistuvia muistutuksia on jonkin verran vähemmän viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna.

Muistutuksia, jotka koskevat aikuissosiaalityötä (+ 3kpl), vammaispalveluja (+2 kpl) ja lastensuojelua (+2 kpl) ovat hieman lisääntyneet viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna.

Perhekeskuspalveluihin kohdistuvat muistutukset (6 kpl) ovat pysyneet samalla tasolla.



Kaavio 24. Sosiaalihuollon muistutukset palveluittain vuosina 2025-2026

Vuosi	Asiakasohjaus	Lastensuojelu	Perhekeskuspalvelut	Ikääntyneiden palvelut	Ikääntyneiden yksit. ympärivuorokautiset palvelut	Vammaispalvelut	Aikuissosiaalityö	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Yhteensä
2026	2	23	6	6	1	8	4	0	50
2025	3	21	6	8	6	6	1	2	53

Muistutukset I Muistutusten käsittelyajat

Kaikista muistutuksista 29% (33kpl) oli käsitelty tavoiteajassa eli alle kolmessakymmenessä vuorokaudessa.

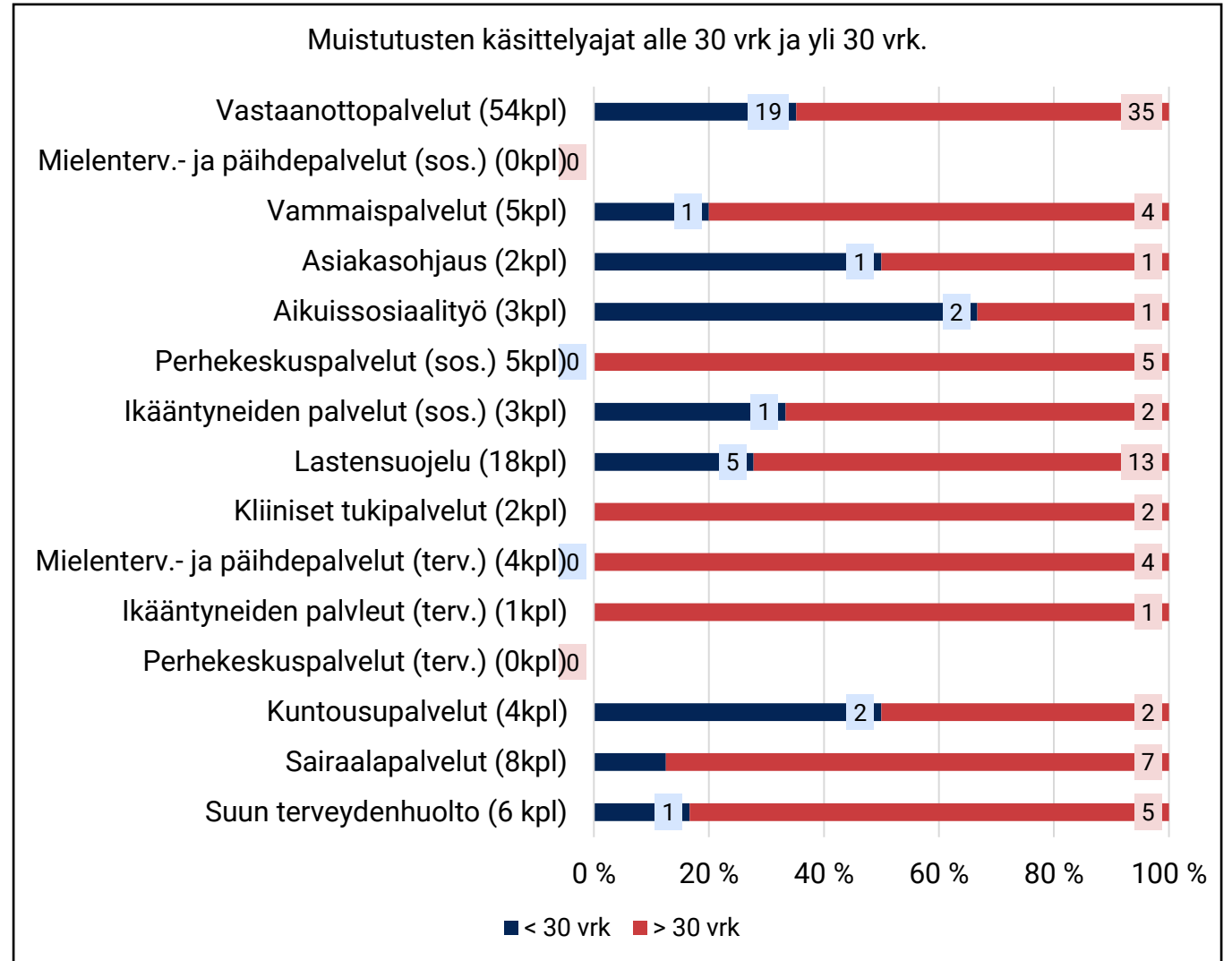
Vastaavana ajankohtana edellisenä vuonna muistutuksista tavoiteajassa oli käsitelty 31% (31kpl).

Muistutusten kohtuullisena käsittelyaikana pidetään 30 vuorokautta, mikä on myös organisaation asettama tavoite. Tarkastelujakson aikana merkittävä osa muistutusten käsittelyssä on kuitenkin ylittänyt tavoiteajan. Erityisesti vastaanottopalveluissa, joissa muistutusten kokonaismäärä on suuri, enemmistö muistutuksista ylittää 30 vuorokauden käsittelyajan. Myös lastensuojelussa valtaosa muistutuksista on käsitelty yli kohtuullisena pidetyn ajan. Useissa muissa palveluissa, kuten vammaispalveluissa, ikääntyneiden palveluissa sekä suun terveydenhuollossa, yli 30 vuorokauden käsittelyajat ovat yleisiä.

Lisäksi joissakin palveluissa, esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa terveydenhuollon puolella sekä kliinisissä tukipalveluissa, kaikki käsitellyt muistutukset ylittävät tavoiteajan, vaikka muistutusten lukumäärät näissä palveluissa ovat vähäisiä. Osassa palveluista, kuten aikuissosiaalityössä ja asiakasohjauksessa, alle 30 vuorokauden käsittelyaikojen osuus on suhteellisesti suurempi, mutta näissäkin palveluissa osa muistutuksista ylittää asetetun tavoitteen.

Kokonaisuutena tarkastelu osoittaa, että organisaation tavoite käsitellä muistutukset 30 vuorokauden kuluessa ei toteudu tasaisesti kaikissa palveluissa, ja käsittelyajat pitkittyvät erityisesti niissä palveluissa, joissa toiminnallinen kuormitus ja muistutusten määrä ovat suurempia.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)



Kaavio 25. Muistutusten käsittelyajat tulosalueittain

Kantelut ja potilasvahingot I Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteenveto

Kantelujen määrää koskeva tarkastelu osoittaa selkeää vähentymistä tarkastelujaksolla. Vuonna 2025 kanteluja oli yhteensä 11, kun taas vuonna 2026 niitä on ollut kaksi. Erityisesti terveydenhuollon kantelut ovat vähentyneet, ja vuonna 2026 terveydenhuollosta ei ole tehty lainkaan kanteluja lupa- ja valvontavirastolle tai eduskunnan oikeusasiamiehelle. Sosiaalihuollon osalta kantelujen määrä on kokonaisuutena vähäinen, mutta oikeusasiamiehelle tehtyjen kantelujen määrä on kasvanut yhdellä edellisvuoteen verrattuna. Kokonaisuutena tarkasteltuna kantelujen määrän kehitys on myönteinen, vaikka yksittäisiä sosiaalihuoltoon kohdistuvia kanteluja esiintyy edelleen.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

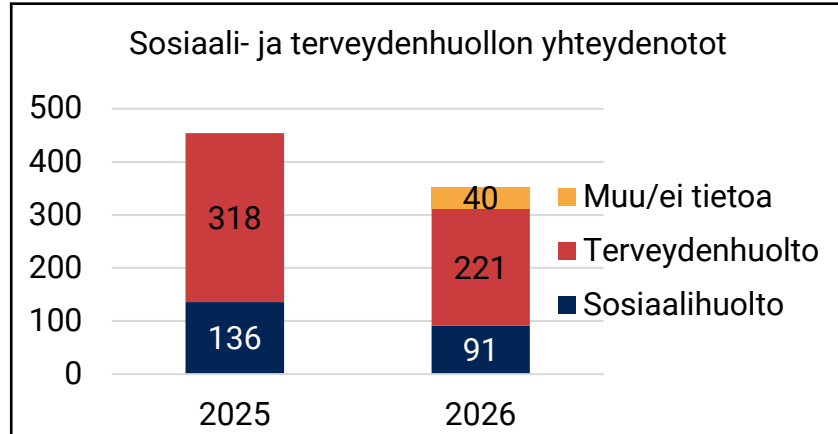
Potilasvahinkoilmoitusten tarkastelu osoittaa, että Potilasvahinkokeskuksen selvityspyyntöjen kokonaismäärä on vähentynyt. Selvityspyyntöjen määrä on laskenut 29:stä 20:een verrattuna edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan. Samalla korvattavien potilasvahinkojen määrä on vähentynyt seitsemästä viiteen. Vastaavasti ei korvattavien määrä on kasvanut 18:sta 35:een. Kokonaisuutena tarkastelu osoittaa, että vaikka potilasvahinkoasioiden vireillepano on vähentynyt, yhä suurempi osa käsitellyistä potilasvahinkoilmoituksista ei johda korvaukseen.

(Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

Kantelut	1-4/2025 lkm	1-4/2026 lkm	Muutos edelliseen vuoteen lkm
Terveydenhuollon kantelut LVV (Vuonna 2025 AVI + Valvira)	6	0	-6
Terveydenhuollon kantelut Oikeusasiamies	1	0	-1
Terveydenhuollon kantelut Oikeuskansleri	0	0	0
Sosiaalihuollon kantelut LVV (Vuonna 2025 AVI + Valvira)	3	0	-3
Sosiaalihuollon kantelut Oikeusasiamies	1	2	+1
Sosiaalihuollon kantelut Oikeuskansleri	0	0	0
Yhteensä	11	2	-9

Potilasvahinkoilmoitukset	1-4/2025 lkm	1-4/2026 lkm	Muutos edelliseen vuoteen lkm
Potilasvahinkokeskuksen selvityspyynnöt	29	20	-9
Korvattavat potilasvahingot	7	5	-2
Ei korvattava potilasvahingot	18	35	+17

Sosiaali- ja potilasasiavastaava | Yhteydenotot

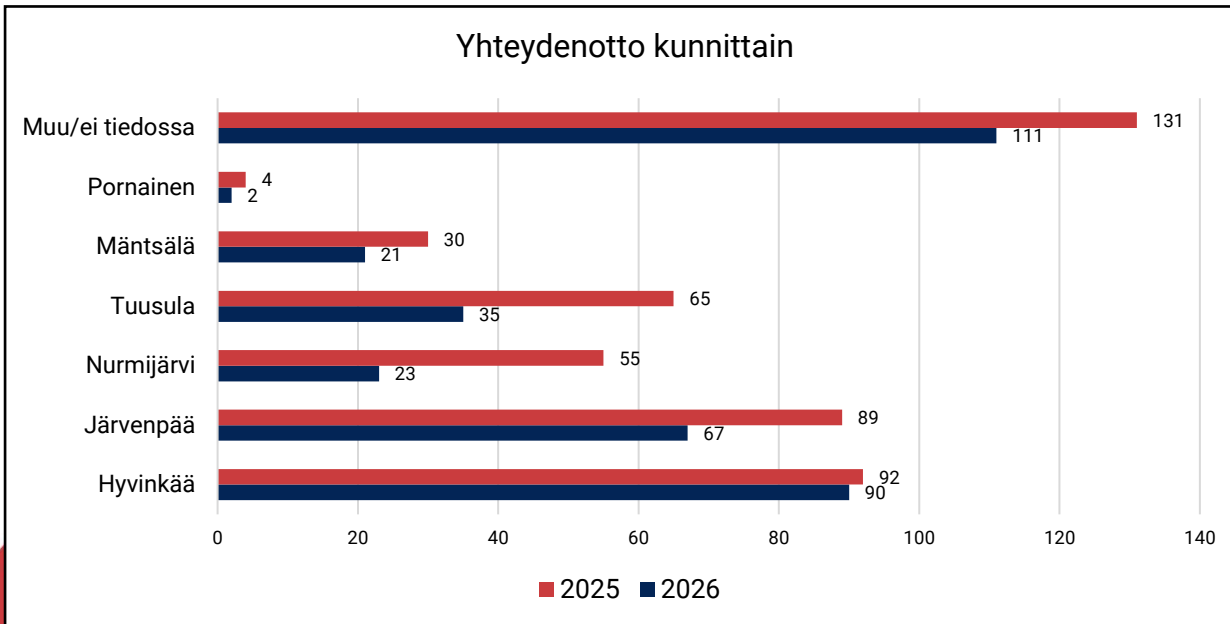


Kaavio 26. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydenotot ajalla 1.1.2025 – 30.4.2025 ja 1.1.2026 – 30.4.2026

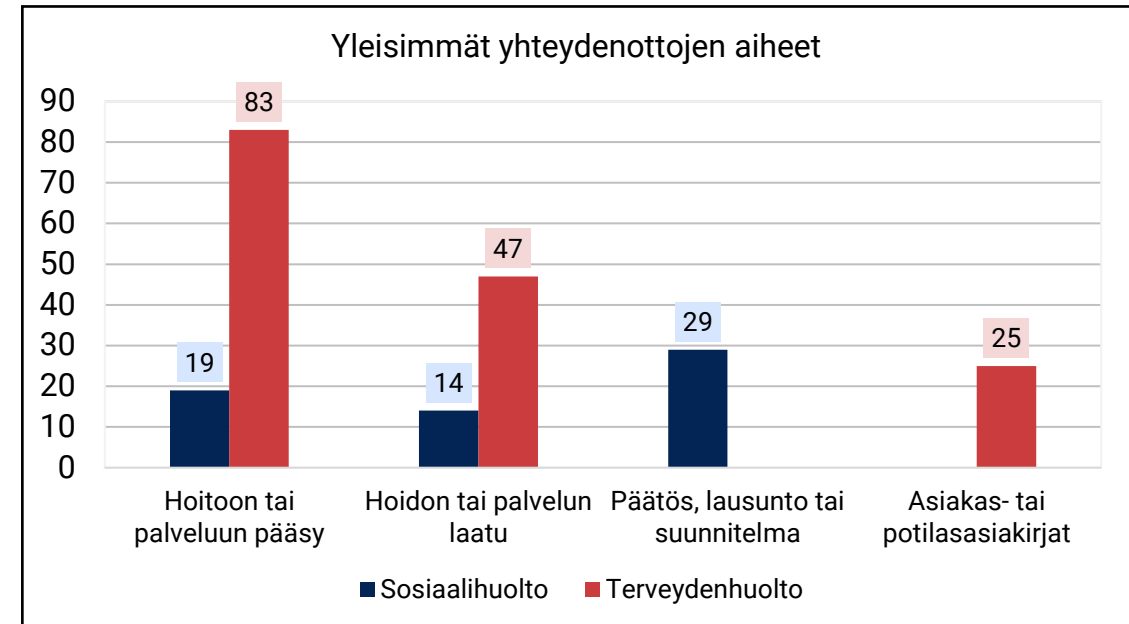
Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteydenottojen kokonaismäärä tarkastelujaksolla on pienempi kuin vuonna 2025 vastaavan ajankohtana, ja vähennys kohdistuu erityisesti terveydenhuoltoon.

Yhteydenotot keskittyvät vahvasti suuriin kuntiin, erityisesti Hyvinkäälle ja Järvenpäähän, kun taas pienemmissä kunnissa määrät jäävät selvästi vähäisemmiksi.

Aihekohtainen tarkastelu osoittaa, että yhteydenotot painottuvat ennen kaikkea hoitoon tai palveluun pääsyyn sekä hoidon tai palvelun laatuun, erityisesti terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa korostuvat suhteellisesti useammin päätöksiin, lausuntoihin ja suunnitelmiin liittyvät asiat. Kokonaisuutena tarkastelu osoittaa, että yhteydenotot heijastavat palvelujen saatavuuteen ja keskeisten prosessien toimivuuteen liittyviä haasteita, jotka painottuvat suuriin palvelukokonaisuuksiin ja kuntiin. (Tekstissä hyödynnetty tekoälyä)

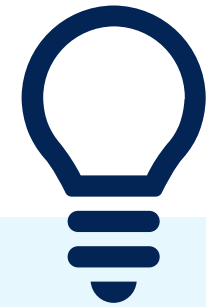


Kaavio 27. Yhteydenotot kunnittain ajalla 1.1.2025 – 30.4.2025 ja 1.1.2026 – 30.4.2026



Kaavio 28. Yleisimmät yhteydenottojen syyt ajalla 1.1.2026 – 30.4.2026

Sosiaali- ja potilasasiavastaava I Havainnot



- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaavalle tulleet yhteydenotot ovat hieman vähentyneet edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna.
- ✓ Terveysthuollon yhteydenotoissa korostui hoitoon pääsyn viivästyminen perusterveydenhuollossa. Yhteydenottojen perusteella hoitotakuun toteutumisessa esiintyy toistuvia ja pitkittyneitä ongelmia, jotka koskevat erityisesti kiireetöntä hoitoa. Asiakkaat kuvasivat olevansa hoitojonossa useita kuukausia ilman tietoa jonon etenemisestä tai mahdollisista vaihtoehtoista. Tilanne johti epävarmuuteen, turhautumiseen ja kokemukseen siitä, ettei kukaan kanna kokonaisvastuuta hoitoprosessin etenemisestä. Hoitoon pääsyn viivästyminen aiheutti asiakkaille myös konkreettista haittaa. Yhteydenotoissa kuvattiin oireiden pahenemista, lääkityskatkoja, taloudellista kuormitusta yksityisen hoidon vuoksi sekä huolta omasta tai läheisen terveydentilasta. Erityisen kuormittavina tilanteet näyttäytyivät iäkkäille, monisairaille sekä asiakkaille, joilla oli rajalliset mahdollisuudet asioida itsenäisesti.
- ✓ Sosiaali- ja potilasasiavastaava kiinnitti huomiota siihen, että muistutusten käsittelyajoissa on edelleen viivettä. Muistutusvastauksissa havaittiin edelleen puutteita, jotka edellyttävät korjaavia toimenpiteitä. Vastauksissa ei kaikilta osin noudateta Keusoten vahvistamaa asiakirjapohjaa. Jatkossa on tärkeää varmistaa, että kaikki muistutusvastaukset laaditaan yhdenmukaisesti ja että ne ovat sekä muodollisesti että sisällöllisesti asianmukaisia.
- ✓ Kantelujen määrä on vähentynyt, vaikka yksittäisiä sosiaalihuoltoon kohdistuvia kanteluja esiintyy edelleen. Myös potilasvahinkoasioiden vireillepano on vähentynyt ja yhä suurempi osa käsitellyistä potilasvahinkoilmoituksista ei johda korvaukseen.

Laatutavoitteet ja mittarit

1-4/2026 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 kestävä 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	> 65 (strateginen tavoite)	NPS 60
Asiakaskokemuksen väittämät - Sain apua, kun sitä tarvitsin (saatavuus, THL) - Koin tulleen kuulluksi (osallisuus, Keusoten oma väittäjä) - Koin oloni turvalliseksi hoidon/palvelun aikana (turvallisuus, THL)	Vastaukset eri väittämiin. THL:n väittämissä asteikko 1-5 ja Keusoten väittämässä 1-4	> 70 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	Sain apua, kun sitä tarvitsin = 63% Koin tulleen kuulluksi = 71% Koin oloni turvalliseksi hoidon/palvelun aikana = 68%
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 32.
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 28 ja 30.
Kantelut (lkm)	Kanteluiden kehitysten seuraaminen osana asiakaskokemusta ja omavalvontaa – trendikäyrän seuranta ja raportointi	Kasvu-% = 0 suht. edelliseen vuoteen	Tavoite toteutuu. Katso tarkempi toteuma dia 33.
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 5-17 ja 33-34

Laatutavoitteet ja mittarit I Henkilöstö

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Henkilöstö			
QWL-indeksi	Työelämän laatu (ollut käytössä 2025 loppuun, nyt pilotoitu omaa uutta mittaria)	> 60 (QWL) (Uuden mittarin tavoitearvo määritetään, mikäli sitä päätetään käyttää jatkossakin)	Uusi työhyvinvointikysely 5/2026, keskiarvojen summa 69,7/100 (ei vastaa QWL:ää)
Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön		30 % (QWL) (Uuden mittarin tavoitearvo määritetään, mikäli sitä päätetään käyttää jatkossakin)	Uusi työhyvinvointikysely väitteet keskiarvo 6,15/10
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: +53 (NSS indeksi)	+49 (vuosiraportissa 2025 raportoitu %-osuus olonsa turvalliseksi kokeneista 74%, NSS +44)

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 7-9.
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: 39 % yksiköistä - Päivittäisjohtamisen taulu TAI pystypalaverit: 23 % yksiköistä - Jokin muu menetelmä: 1 % yksiköistä Ei ole käytössä: 8 % yksiköistä Tietoa ei ole saatavissa: 29 % yksiköistä
Asiakaspalautekyselyn väittäjä: - Sain apua, kun sitä tarvitsin (THL)	Palvelujen saatavuuden varmistaminen Palvelukohtainen asiakaskokemus	> 70 % asiakkaista on täysin samaa mieltä	63% Katso tarkemmat tiedot dialta 6.
Sosiaalihuollon asiakkaan tarpeen mukainen omatyöntekijä on nimetty (SHL 42§)	Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	100 % Kyllä/Ei	Toteutuu osittain. Katso tarkemmat tiedot dialta 9.

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	Hyvinvointialueitasoinen lääkehoitosuunnitelma voimassa. Yhteisiä ohjaavia suunnitelmia hyväksytty 11/13 kpl = valmistumisprosentti 85 . 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	Kyllä Sisäisten auditointien integrointi osaksi palveluntuottajien tarkastuskäyntejä pilotoidaan v. 2026 aikana. Yhteisiä tarkastus- ja auditointikäyntejä on toteutettu suunnitelman mukaisesti 4 kpl.
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 24.
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.	Osittain. 35,7 % on ottanut käyttöön sähköisen infektiorjuntatoimien omavalvontalomakkeen. 14,3 % on ottanut sen käyttöön laatutavoitteen mukaisesti tai laajemmin, 21,4 % osittain.

Laatutavoitteet ja mittarit I Asiakas- ja potilasturvallisuus 1

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
 Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Asiakas- ja potilasturvallisuus			
Korvattujen potilasvahinkojen määrä kaikista potilasvahinkoilmoituksista (lkm/%)	* Kuumalinja-indikaattori (kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo)	Korvattavien potilasvahinkojen määrä laskee. Kyllä/ei	Ei. Ks. Dia 33
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 19
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 20
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 21
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 22
Etäpalvelusta/etä vastaanotosta/digi- tai eHealth kontekstista aiheutuneet vaaratapahtumat (ilmoitusten lkm)	* Määrällinen vertailumittari	Mittari on otettu käyttöön. Kyllä/Ei	Ei. Mittari otetaan käyttöön 1-8/2026 raportoinnissa
Fimealle ilmoitetut laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät vaaratilanteet (ilmoitusten lkm)	* Määrällinen vertailumittari	Mittari on otettu käyttöön. Kyllä/Ei	Ei. Mittari otetaan käyttöön 1-8/2026 raportoinnissa
Potilas- ja asiakastietojärjestelmään liittyvät vaaratilanteet (ilmoitusten lkm)	* Määrällinen vertailumittari	Mittari on otettu käyttöön. Kyllä/Ei	Ei. Mittari otetaan käyttöön 1-8/2026 raportoinnissa
*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 23
Potilas- ja asiakasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireagointiaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk	< 2 kk	Toteutuu. 9,9 vrk (reagointiaika) 13,3 vrk (käsittelyaika)
Potilaan/asiakkaan/läheisen vaaratapahtumailmoitukset käsitellään määräajassa	Palvelulupaus	< 14 vrk	
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-arvioiduista.	4 % (86 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. 39% raportoi seuraavansa kaikille yhteisiä oman toiminnan infektioidentorjunnan mittareita (ei 34%, ei vastattu 27%).

Laatutavoitteet ja mittarit I Kokonaisturvallisuus

Laatumittari	Selite	Tavoite	Toteuma
Laatutavoite/Indikaattoriluokka: Kokonaisturvallisuus / Tietosuoja- ja tietoturvallisuus			
Tarvittavat tietosuojan ja tietoturvallisuuden ilmoitukset tietosuojavaikuttajalle tehdään 72h sisällä		< 72 h	96 %
Julk. lain mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	JulkLaki – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 vk	45 % (tammi-helmikuu)
GDPR:n mukaiset tietopyynnöt käsitellään määräajassa	GDPR – Tietopyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 1 kk	42 % (tammi-helmikuu)
Lokitietopyynnöt (lkm) käsitellään määräajassa	Lokipyynnöt – Lokipyyntöjen lkm suhteutettuna käsittelyaikojen toteutumiseen	< 2 kk	87 % (tammi-helmikuu)
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 33 kpl Poistumisturvallisuusselvityksiä 41 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. Ks. Dia 39 2. Ks. Dia 27
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. Hanselin yhteishankintojen määrä 19kpl. Ympäristövastuu 42%, sosiaalinen vastuu 32% ja taloudellinen vastuu 100%. 2. Sähköisten palvelujen käyttö - Kotihoidon käynneistä 18 % toteutui kuvallisella etäyhteydellä. - Kuntoutuspalveluissa 33 % (10 695 kpl) kaikista kontakteista toteutui reaaliaikaisena asiointina (poistettu osastokuntoutus). - Vastaanottopalveluissa ei ole tarkoituksenmukaista lisätä etäasiointia nykyisestä tasosta.
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 tyyppit) vähenevät 3. Kyllä/Ei* 4. Kyllä/Ei *	1. Lääkehävikin arvo (sisältää HUS Apteekista tilatut yksiköiden lääkkeet, ei potilaiden henkilökohtaisia lääkkeitä) 1-4/2026 19389,50€ 2. 33 kpl ilmoitettua lääkkeiden säilytyspoikkeamaa 1-4/2026 3. Kyllä 4. Osittain

*Hyvinvointialueiden vastuullisuusfoorumin yhteisesti sovitut mittarit

**Hyvinvointia
yhdessä**

KEUSOTE.FI