



Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2021-2022

Sisällys

1. Johdanto	1
2. Toimintaympäristö.....	2
3. Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusjärjestelmä.....	2
3.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka	3
3.2 Laadutavoitteet	3
3.3 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen	4
3.4 Laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät ja vastuut	5
3.5 Laatu ja asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuri	10
4. Laadunhallinta	11
4.1 Prosessien ja toiminnan kehittäminen	12
4.2 Laadunhallinta-asiakirjat ja dokumenttien hallinta	13
4.3 Toiminnan seuranta ja arviointi.....	14
4.3.1 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä.....	14
4.3.2 Vaaratapahtumien tutkinta.....	15
4.3.3 Valvonta.....	15
4.3.4 Oma-valvonta.....	16
4.3.5 Ostopalvelujen sopimusvalvonta.....	17
4.3.6 Sisäinen tarkastus.....	18
4.4 Hoitoon ja palveluun pääsy	18
4.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma	20
4.6 Sosiaalihuollon asiakassuunnitelma	20
4.7 Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet	21
4.8 Hankintamenettelyt ja ostopalvelut	23
5. Riskien hallinta.....	23
5.1 Tietosuoja ja tietoturva	24
5.2 Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskien arviointi.....	25
6. Osaamisen varmistaminen	25
6.1 Osaamisen johtaminen	25
6.2 Tulevaisuuden osaamisen tarpeiden ennakointi.....	26
6.3 Perekäytys ja ammatillisen osaamisen varmistaminen	26
6.4 Osaamisen kehittämisen menetelmät	26
6.4.1 Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus.....	27
6.4.2 Lean- koulutukset	28
6.4.3 Päivittäisjohtaminen.....	28
6.4.4 Asiakaslähtöisen toiminnan koulutukset	29
6.4.5 Laadunhallinnan koulutukset.....	29
7. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen	29

7.1 Asiakkaan kohtelu	29
7.2 Asiakkaiden ja asukkaiden osallistaminen	30
7.2.1 Asiakaspalaute	30
7.2.2 Asiakasraadit, kokemusasiantuntijat ja asukaskehittäjät	31
7.2.3 Verkostokonsulttitoiminta	32
7.2 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta.....	32
7.3 Tiedon välitys ja kirjaaminen	33
7.4 Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuus	34
7.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen hoitokäytännöillä	35
7.6 Turvallinen lääkehoito.....	35
7.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon muu fyysinen ympäristö.....	36
8. Kehittämistavoitteet vuosille 2021-2022.....	37
9. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden valvonta, seuranta ja raportointi	39
9.1 Johdon katselmukset	39
9.2. Sisäiset auditoinnit	39
9.3 Laaduntarkkailukierrokset ja Gemba-kävelyt	41
9.4 Valvontakäynnit.....	42
9.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia edistävät järjestelmät	42
9.6 Vaaratapahtumien raportointi.....	44
9.7 Muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset ja muutoksenhaku	44
9.8 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo	45
9.9 Jatkuva parantaminen	46
9.10 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman ylläpito.....	46
10. Alueellinen ja valtakunnallinen yhteistyö	46
Lähteet - lait, standardit ja laatusuositukset	48
Käsitteet	49
Liitteet	50
Liite 1. Toimintaympäristö	50
Liite 2. Laatutavoitteet 2021-2022	53
Liite 3. Laadunhallinnan vuosikello	56
Liite 4. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet eri palveluissa	58
Liite 5. Tiedon välitys ja kirjaaminen.....	61
Liite 6. Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset.....	63

1. Johdanto

Laatu, asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan Keusoten laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti. Suunnitelman tavoitteena on tukea turvallista ja laadukasta asiakas- ja potilastyötä jatkuvan parantamisen periaatteella. Suunnitelman tarkoituksena on ohjata Keusoten laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta ennakoivalla riskienhallinnalla sekä varmistamalla laadun ja turvallisuuden seuranta ja kehittäminen. Suunnitelman tarkoituksena on myös viestiä yhteistyökumppaneille ja asukkaille Keusoten laadukkaasta ja turvallisesta toiminnasta, joka käsittää sujuvat, lakien ja laatusuosituksen mukaiset palveluprosessit ja toimintatavat sekä henkilöstö- ja asiakastytytyvyyden.

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä. Tuottajien vastuuseen kuuluu, että potilas- ja asiakasturvallisuus varmistetaan käytännössä. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n 4 momentin nojalla asetuksen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (6.4.2011) ja Suomen Kuntaliitto on julkaissut terveydenhuollon laatuoppaan 2019 edellä mainitun asetuksen tueksi. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian keskeinen tavoite on mahdollistaa oikea-aikainen, turvallinen ja vaikuttava hoito, hoiva ja palvelut, joista on mahdollisimman vähän haittaa potilaalle ja asiakkaalle. Kuva 1 esittää potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian keskeistä sisältöä.



Kuva 1. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimeenpanosuunnitelma 2020:1 STM 2017)

Terveydenhuoltolain 2 §:n tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja sekä vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Terveydenhuoltolain 8 § edellyttää, että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Terveydenhuollon laatua on säännöstellty myös potilaslaissa (785/1992), jonka 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Sosiaalihuollon asiakkaan

oikeuksista hyvään kohteluun, palveluun ja asiakassuhteen luottamuksellisuuteen säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) sekä useissa sosiaalihuollon eri asiakasryhmiä koskevissa erityislaeissa.

Terveystenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) ja sosiaalihuollon ammattihenkilölain (817/2015) tarkoituksena on edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä hyvää ammatillista kohtelua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edellä mainitut lait edellyttävät ammattihenkilöiltä ammattitoiminnan edellyttämää koulutusta, riittävää ammatillista pätevyyttä sekä ammattitoiminnan edellyttämiä valmiuksia ja mahdollisuutta kehittää sekä ylläpitää ammattitaitoaan. Molemmat lait velvoittavat sosiaali- ja terveystenpalveluissa sekä toiminnassa noudattamaan hyviä käytäntöjä.

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma perustuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen ja edellä mainittuun lainsäädäntöön, terveydenhuollon laatuoppaaseen, palvelukohtaisiin laatusuosituksiin, laadunhallinnan ISO 9001 ja SHQS-standardiin, kuntayhtymän strategiaan, laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan sekä kuntayhtymän sisäisiin ohjeisiin ja periaatteisiin.

Potilas- ja asiakasturvallisuus on keskeinen osa laadunhallintaa. Kuntayhtymällä on yhtymähallituksen hyväksymä laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma. Suunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vuosittain laatutyöryhmässä laadunhallinnan osalta ja potilas- ja asiakasturvallisuuden osalta potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmässä.

2. Toimintaympäristö

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä järjestää kaikki julkiset sosiaali- ja terveystenpalvelut jäsenkunnilleen (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula). Keusotessa toiminta tapahtuu kuntien omistuksessa olevissa toimitiloissa useissa eri yksiköissä. Toimintamuodot ovat eri toimipaikoissa tapahtuva vastaanottotoiminta, etävastaanottotoiminta, palvelutoiminta, etäpalvelutoiminta sekä ympärivuorokautinen asumis-, hoiva- ja sairaalapalvelu.

Kuntayhtymän sosiaali- ja terveystenpalvelut on jaettu kolmeen palvelualueeseen (ks. Liite 1):

- ikäihmisten ja vammaisten palvelut,
- terveystenpalvelut ja sairaanhoito
- aikuisten mielenterveys- ja päihde- ja sosiaalipalvelut sekä lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Lisäksi kuntayhtymä ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta ja erikoissairaanhoidosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS:ltä).

3. Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusjärjestelmä

Laatujärjestelmä on yleiskuvaus toiminnan laadusta, asiakas-, ja potilasturvallisuudesta sekä käytettävissä olevista laadunhallinnan menetelmistä. Laatujärjestelmän tarkoituksena on varmistaa laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikassa esitettyjen tavoitteiden toteutuminen sekä varmistaa, että Keusoten toimintaan liittyviä lakeja, asetuksia, standardeja, laatusuosituksia ja sääntöjä noudatetaan. Laatujärjestelmän avulla tarkastellaan palvelujärjestelmän rakennetta, prosesseja ja vaikuttavuutta systemaattisesti Sosiaali- ja terveystenpalvelujen laatuohjelman SHQS-

arviointikriteeristön avulla. Laatujärjestelmää kehitetään palautteiden, katselmusten, sisäisen tarkastuksen ja toiminnan arviointien eli auditointien avulla. Laatujärjestelmä päivitetään vähintään kerran vuodessa.

3.1 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka

Keusotessa laadukkaiden palvelujemme keskeiset elementit ovat asiakas- ja potilasturvallisuus, osallisuus, hyvä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelujen vaikuttavuus, palvelutuotannon oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus sekä valinnanvapaus. Toimintamme perustuu lakeihin, asetuksiin, laatusuosituksiin ja kuntayhtymän strategiaan. Arvoperustamme ohjaa meitä ihmislähtöiseen, avoimeen, luotettavaan ja korkealaatuiseen päivittäiseen vastuulliseen ja kustannustehokkaaseen toimintaan.

Tuotamme asiakkaille heidän tarpeidensa mukaista ja ennaltaehkäisevää laadukasta palvelua. Palveluissamme asiakkaat tulevat kuulluiksi ja heidän tarpeensa ymmärretyiksi. Kohtaamme asiakkaan hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden ja tuemme asiakasta hänen palveluihinsa liittyvissä valinnoissa. Tähtäämme parhaaseen asiakaskokemukseen, joka perustuu dialogisuuteen asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Kannustamme asiakkaitamme osallistumaan ja vaikuttamaan toimintamme laadun kehittämiseen.

Hyvinvoiva ja kyvykäs henkilöstömme on laadukkaan palvelumme menestystekijä. Toiminnassamme panostamme hyvään työntekijäkokemukseen ja mahdollistamme yksilön sekä työyhteisön kehittymisen hyvällä osaamisen johtamisella. Tulevaisuuden osaamistarpeita ennakoimalla varmistamme palvelujen laadukkaan toteutumisen.

Keusotessa hyvällä laadunhallinnalla tarkoitamme hyvää toiminnan johtamista, suunnittelua, jatkuvaa arviointia, moniammatillista ja proaktiivista toiminnan parantamista yhteistyössä henkilöstön, asukkaiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Laadunhallintajärjestelmämme sisältää strategiaa tukevat laatutavoitteet ja yhdenmukaiset prosessit, toimintamallit ja -ohjeet. Hyvä laadunhallinta täyttää asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset, lisää asiakastyytyväisyyttä, vähentää hukkaa ja varmistaa palveluiden tasalaatuisuuden.

Sitoudumme toiminnan vaikuttavuuden ja laadunhallintajärjestelmän jatkuvaan parantamiseen. Seuraamme, mittaamme ja arvioimme toimintamme laatua ja ryhdymme tarvittaviin toimenpiteisiin laatutavoitteiden ja asiakkaiden tarpeiden täyttämiseksi. Hyvällä laadunhallinnalla varmistamme palvelulupauksen toteutumisen.

3.2 Laatutavoitteet

Laatutyön tavoitteena on jatkuvan parantamisen kulttuurin ylläpitäminen systemaattisesti ja todentaminen dokumentaation keinoin. Tavoitteena on tuottaa Keusoten henkilöstölle työkaluja, toimintaohjeita ja menetelmiä, joiden avulla voidaan parantaa ja ylläpitää toiminnan ja asiakaslähtöisen palvelun laatua. Keusotessa tehtävä laatutyö nousee Keusoten arvoista, missiosta ja visiosta. Se perustuu strategiaan, laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan ja palvelulupaukseen.

Laatutyöryhmä on laatinut laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan pohjalta kuvan 2 mukaiset laatutavoitteet Keusoten toiminnalle ja palveluille vuosille 2021–2022.



Kuva 2. Laatutavoitteet 2021-2022

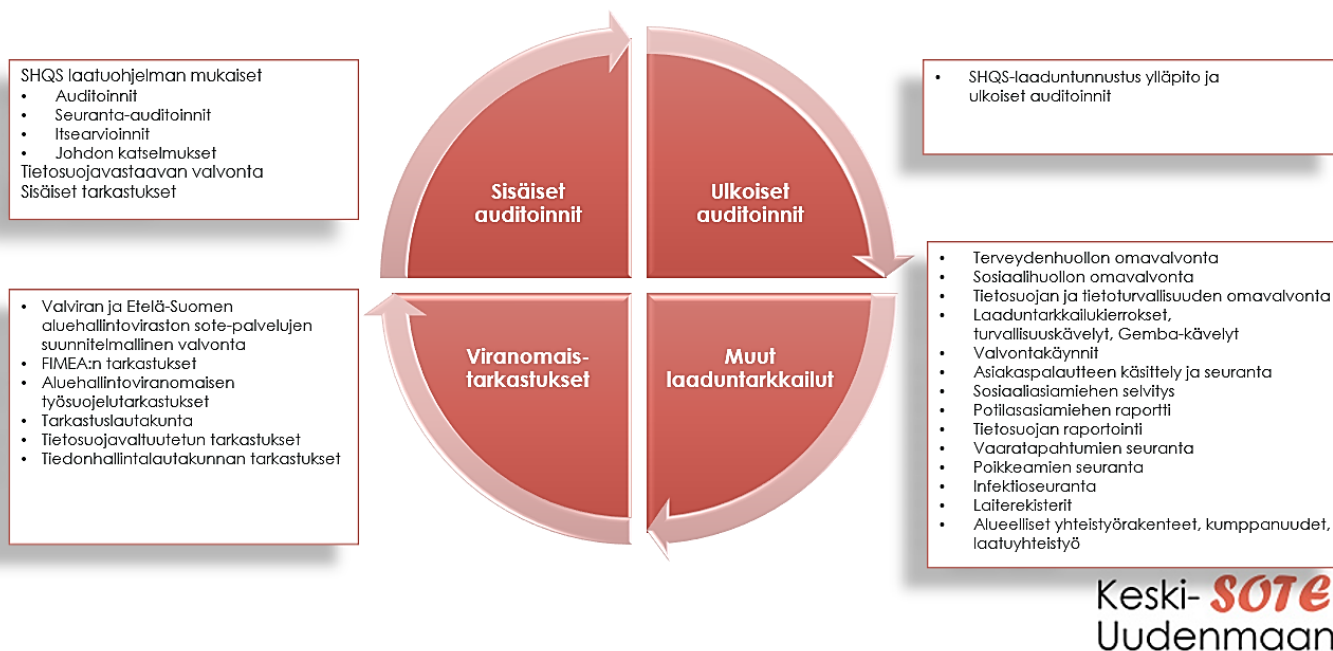
Laatutavoitteiden toteutumista seurataan ja mitataan luvussa 9.8. kuvattujen keskeisten laatumittareiden sekä liitteen 2 mukaisesti.

3.3 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen

Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan toteuttaminen edellyttää yhtymän kaikilla tasoilla systemaattista työtä, joka tukee laadukasta ja turvallista palvelua, toimintaa, moniammatillista yhteistyötä sekä toimintamallien kehittämistä.

Politiikan toteuttamisesta ja laadunhallinnasta ovat vastuussa Keusoten johdon kaikki tasot ja sen toteuttamiseen osallistuu koko henkilöstö. Heidän työtään toiminnan kehittämisessä tukevat laadun, valvonnan sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannasta ja koordinoinnista vastaavat henkilöt ja työryhmät. Kuntayhtymän johtoryhmän hyväksymä laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka ohjaa kaikilla tasoilla toteutettavaa kokonaisvaltaista laadunhallintatyötä.

Sisäisten integraatiopalvelujen lautupalvelut toimintayksikön vastuulla on kuntayhtymän laadun kehittämisen ja varmistamisen johtaminen sekä koordinointi moniammatillisessa yhteistyössä palvelualueiden ja johdon kanssa. Toiminnan ja palvelun laatua ja turvallisuutta varmistetaan mm. prosesseja kehittämällä, omavalvonnalla, sisäisellä tarkastuksella ja auditoinneilla. Laadun varmistamisen menetelmät on määriteltä seuraavassa kuvassa 3.



Kuva 3. Laadun varmistamisen menetelmät, Keusote

Laatupalvelut vastaavat kuntayhtymätasoisesta laadun sisäisestä ja ulkoisesta raportoinnista sekä asiakaskokemustiedon keräämisestä, raportoinnista ja asiakaslähtöisestä toiminnan kehittämisestä. Laatupalvelut toimintayksikkö vastaa lakisääteisen sosiaali- ja potilasasiameiestoiminnan järjestämis- ja tuottamisvastuusta, palvelun ostosta.

3.4 Laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät ja vastuut

Keusoten laadunhallintaa, asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevat työryhmät tekevät yhteistyötä kokonaisvaltaisen laadunhallinnan toteuttamiseksi.

Laatutyöryhmä

Laatutyöryhmän keskeiset tehtävät ovat

- Seurata ja arvioida laatustandardien ja -suositusten mukaisen toiminnan toteutumista.
- Seurata ja arvioida sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakas- ja potilaslähtöisyyttä
- Laatua sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönoton tukeminen, laatu- ja toimenpiteiden toimeenpano sekä menetelmien vaikuttavuuden arviointi, poikkeamien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden riittävyyden arvioiminen, raportointi kuntayhtymän johdolle toimeenpanosta ja sen toteutumisesta.
- Koordinoida yhteistyössä asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmän kanssa terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain mukaisen laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoa ja toteutumista yhteistyössä asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmän kanssa sekä alueellinen yhteistyö.
- Organisoida laadunhallintaan liittyvien yhtymätasoisien menettelyohjeiden ja toimintaohjeiden laadintaa sekä seurata laatutyön toteutumista.
- Kehittää laadunhallinnan käytäntöjä sekä mittareita ja arviointia. Tehdä aloitteita toiminnan laadun parantamisesta.
- Laadunhallinnan vuosikellon mukaisen toiminnan koordinoiminen, seuranta ja raportointi.

Lean-valmentaja verkosto

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän toiminnan kehittämässä käytetään Lean -toimintamallia. Tätä varten on luotu Lean-valmentajien verkosto. Lean-valmentajia toimii kaikilla palvelualueilla ja konsernissa, ja he toteuttavat tehtävää oman työnsä ohessa. Lean-valmentajan tehtävä on osa työntekijän säännöllistä päivittäistä työtä. Työntekijä työskentelee asiakaslähtöisellä, valmentavalla ja työtä tavoitteellisesti kehittäväällä tavalla omassa ja tarvittaessa myös muissa työyksikössä. Lean-valmentaja edistää omalla toiminnallaan ja esimerkillään Lean filosofian mukaista toimintaa ja ohjaa työyhteisöjä uusiin asiakaskeskeisiin työtapoihin, uusien työkalujen (A3, päivittäisjohtamisen taulu) hyödyntämiseen ja olennaisen datan esille nostamiseen. Lean-valmentaja toimii aktiivisena osana Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän Lean-verkostoa ja jakaa omaa osaamistaan koko organisaation käytettäväksi. Lean-valmentajat toimivat kouluttajina ja valmentajina Lean-valmennuksissa ja -koulutuksissa.

Lean-valmentajan tehtävän keskeiset osa-alueet ja tehtäväkokonaisuudet:

1. Lean toiminnan ja kehittämistyön edistäminen sekä tiedon jakaminen omassa työyksikössä ja tarvittaessa muualla organisaatiossa
2. Asiakaskeskeinen työtap
3. Toiminta perustuu numeraaliseen dataan
4. Lean verkostossa toimiminen
5. Valmentaminen ja kouluttaminen (10 % työajasta)

Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä

- Koordinoi Terveysturvallisuuden sekä Sosiaaliturvallisuuden mukaisen laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman täytäntöönpanoa ja toteutumista yhtymässä yhteistyössä laatutyöryhmän kanssa.
- Tukee potilasturvallisuutta edistävien menetelmien ja toimintojen implementointia sekä arvioi menetelmien vaikuttavuutta.
- Arvioi ja edistää yhtymän hyvää asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuria.
- Arvioi vaaratapahtumien ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden riittävyyttä ja voi antaa suosituksia resurssointiin
- Seuraa sosiaaliturvallisuuden mukaisia epäkohtailmoituksia ja antaa niihin liittyviä toimenpidesuosituksia ja menettelyohjeita.
- Seuraa ja valvoo lääkehoitosuunnitelmien laatimista ja ylläpitoa.
- Työryhmän puheenjohtaja raportoi yhteistyössä laatutyöryhmän puheenjohtajan kanssa yhtymän johtoryhmälle laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden toimeenpanosta ja sen toteutumisesta kaksi kertaa vuodessa.
- Organisoii potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvää yhtymätasoisia koulutusta. Suunnitelmaa päivitetään ja sen sisällön ajankäytettä arvioidaan säännöllisesti osana laadunhallinnan ja johtamisen vuosikelloa.
- Hallinnoi koordinoitua asiakas- ja potilasturvallisuutta tukevia koulutuksia Esim. Haipro-koulutuksia.
- Toimialojen välinen yhteistyö mm. koulutuksien osalta esim. Ensiapukoulutukset, lääkintälaitteet
- Työryhmä viestii monikanavaisesti omasta toiminnastaan henkilöstölle
- Kansallinen ja kansainvälinen verkostoyhteistyö.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintatyöryhmä

Kuntayhtymään perustetaan vakavien vaaratapahtumien tutkintatyöryhmä, joka käsittelee asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumailmoitusten vakavat ja merkittävät riskiryhmien IV ja V tapahtumat. Harkintansa mukaan tutkintaryhmä voi ottaa käsiteltäväkseen myös riskiluokan III tapahtuman. Työryhmä analysoi tapahtumien juurisyyt ja myötävaikuttavat tekijät, arvioi toteutettujen toimenpiteiden riittävyyttä ja antaa tilanteen korjaamiseksi ja tulevien tapahtumien ennaltaehkäisemiseksi suositukset kehittämistoimenpiteistä. Vaaratapahtumien tutkintatyöryhmä työskentelee turvallisuusjohtotiimin alaisuudessa ja raportoi johtoryhmälle.

Lääkehoitosuunnitelma -työryhmä

Tavoitteena on yhtenäistää kuntayhtymän lääkehoitoon liittyviä käytäntöjä ja parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Ryhmä koostuu eri yksiköiden moniammatillisesta henkilökunnasta. Ryhmän vastuulla on:

- Arvioida lääkehoidon turvallisuutta ja siihen liittyviä riskejä
- Antaa suosituksia lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen
- Ylläpitää Keusoten lääkehoitosuunnitelman sisältöä ja tiedottaa siihen liittyvistä muutoksista

Uudenmaan maakunnan kilpailutukset -työryhmä

Lastensuojelun sijaishuollon palvelut on kilpailutettu yhdessä Uudenmaan kuntien kesken. Kilpailutukseen liittyvää sopimus- ja laadunvalvontaa sekä toiminnan seuranta toteuttavaan työryhmään osallistuu myös Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän lastensuojelupalveluiden edustaja.

Valvonnan yhteistyöryhmä

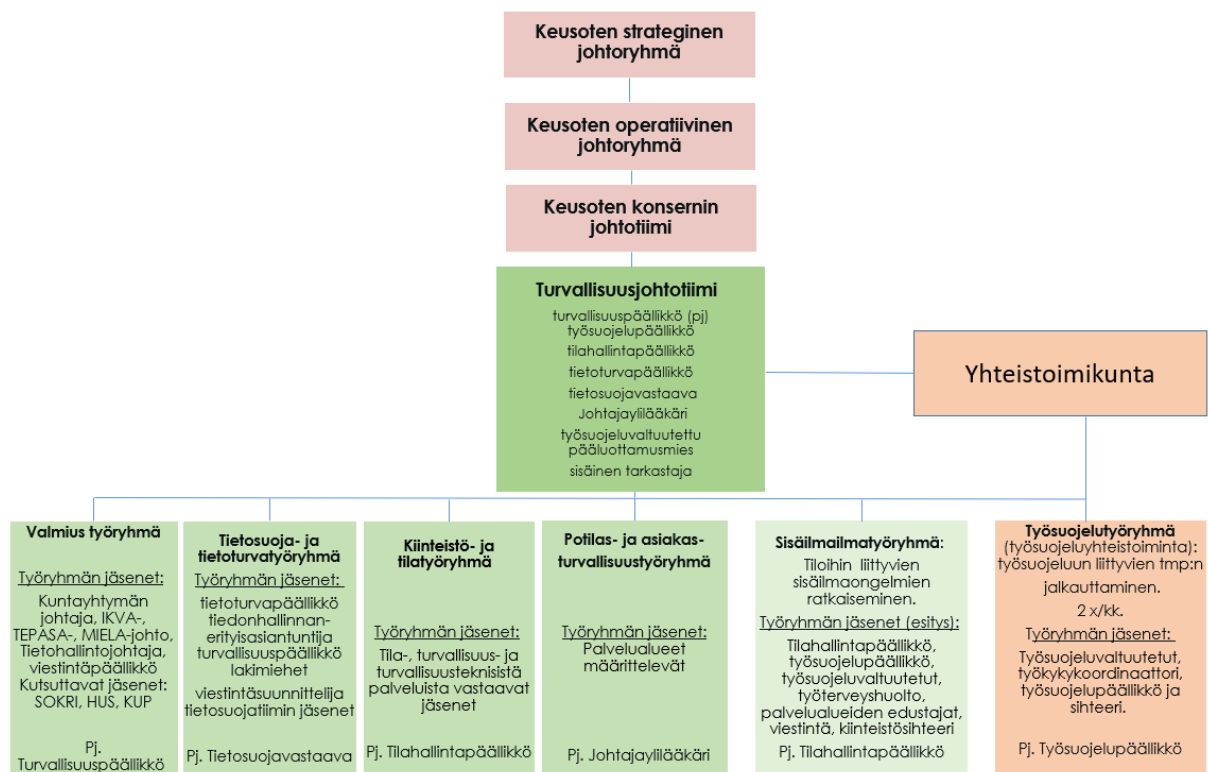
Valvonnan yhteistyöryhmän tehtävänä on sosiaalipalvelujen ohjauksen ja valvonnan kokonaisuuden yhtenäistäminen ja kehittäminen. Yhteistyöryhmässä kehitetään ohjauksen ja valvonnan laatua jakamalla tietoa, hyviä käytäntöjä ja kokemuksia, yhteisillä koulutuksilla tai infotilaisuuksilla sekä yhteistyöllä aluehallintoviraston (AVI:n) kanssa. Yhteistyöryhmässä seurataan ja arvioidaan valvontaohjelman toteutumista ja raportoidaan siitä vuosittain valvontakertomuksella kuntayhtymän johtoryhmälle ja yhtymähallitukselle.

Turvallisuusjohtotiimi

Kuntayhtymän kokonaisturvallisuudesta vastaa kuntayhtymän johtoryhmä ja turvallisuusjohtotiimin tehtävänä on tukea Keusoten johtoryhmää kokonaisturvallisuuden kaikissa osa-alueissa ja valmistella johtoryhmän päätettäväksi menevät strategiset suunnitelmat ja päätökset (Kuva 4). Turvallisuusjohtotiimi varmistaa kuntayhtymän kokonaisturvallisuusasioiden koordinoinnin.

Turvallisuusjohtotiimin keskeiset tehtävät ovat:

- Päättää kokonaisturvallisuuden ja riskienhallinnan operatiivisista prosesseista ja linjauksista sekä turvallisuusyhteistyöstä omistajakuntien ja ulkopuolisten yhteistyötahojen kanssa.
- Laatia kuntayhtymätasoiset turvallisuusasiakirjat.
- Tuottaa turvallisuuteen liittyviä analyysejä, selontekoja ja kehittämis ehdotuksia yhteistyössä palvelualueiden kanssa.
- Koordinoida kuntayhtymän turvallisuusasioita.
- Koordinoida vuosittaiset raportit vaarojen arvioinnista.



Kuva 4. Turvallisuusjohtotiimi ja siihen liitännäiset Keusoten työryhmät

Sisäisen tarkastuksen roolit ja vastuut laadun toteuttamiseen liittyen

Sisäinen tarkastus tekee havaintoja laadunhallinnan tilasta ja kypsyydestä arvioidessaan johtamis- ja hallintojärjestelmää, riskienhallintaa ja sisäistä valvontaa eri kohteissa ja koko sote-kuntayhtymän tasolla. Sisäinen tarkastus vastaa ammatillisessa viitekehyksessä määriteltujen ammattistandardiensä mukaisesta työstä. Sisäisellä tarkastuksella on asiantuntijavastuu työstään, mutta ei ole päätösvaltaa eikä toiminnallista vastuuta tarkastettavien ja arvioitavien kuntayhtymän toimintojen suhteen. Kuntayhtymän kattavan valvontajärjestelmän muodostavat ulkoinen ja sisäinen tarkastus sekä muut varmennustoiminnot kuten riskien- ja laadunhallinta, turvallisuuden-, jatkuvuuden-, valmiuden- ja muiden varmennustoimintojen hallinta, tietoturva ja tietosuoja. Sisäinen tarkastus tekee yhteistyötä ulkoisen tarkastuksen (tilintarkastajien ja tarkastuslautakunnan) kanssa. Sisäinen tarkastus voi tukeutua muiden arviointi- ja varmistuspalveluja tuottavien osapuolten työhön. Laadun- ja riskienhallinta voivat hyödyntää sisäisen tarkastuksen tuottamia havaintoja ja suosituksia.

Keusoten hallinto- ja toimintasäännössä on määritetty viranhaltijoiden toimi- ja päätösvalta. Laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta ja sen toteuttamista koskeva vastuujako on seuraava:

Kuntayhtymän johtaja toimii johtajayliäkärinä ja vastaa kuntayhtymätasoisesta potilas- ja asiakasturvallisuudesta sekä toiminnan laadusta. Kuntayhtymän johtajalla on kokonaisvastuu laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta.

Johtajat ja päälliköt vastaavat palvelualueensa ja tulosalueensa potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumisesta sekä toiminnan ja palvelun laadusta ja sen kehittämisestä. Vastuunjako on määritetty tarkemmin toimintasäännössä.

Terveysten edistämisen päällikkö vastaa Lean-toiminnassa prosessien ja toiminnan laadun kehittämisestä yhteistyössä palvelualueiden ja konsernin sekä työtiimien kanssa. Lisäksi tehtäviin kuuluu Lean-valmentajaverkoston johtaminen ja Keusoten Lean-koulutusten organisoiminen ja toteutus.

Kehittämispäällikkö vastaa kuntayhtymätasoisien prosessikartan ja kokonaisuuden koordinoinnista.

Laatupäällikkö vastaa laadunhallinnan ohjauksesta sekä kehittämisestä. Tukee johtoa laadunhallinnan järjestämisessä ja laadun johtamisessa. Vastaa laatujärjestelmän ja laadunhallinnan kokonaiskuvan ylläpidosta, raportoinnista ja kehittämisestä. Lisäksi vastaa yhtymän laatujärjestelmän mukaisista toimenpiteistä, kuten toimintamallien ja prosessien sisäisistä auditoinneista sekä katselmuksista.

Valvontakoordinaattori vastaa yhtymätasoisien valvonnan koordinoinnista ja laadunvarmistuksesta sekä seurannasta ja raportoinnista. Lisäksi vastaa palvelualueiden ohjauksesta ja neuvonnasta omavalvontaan ja valvontaan liittyvissä asioissa, kuntayhtymän omien yksiköiden omavalvonnan ja palvelujen lainmukaisuuden ja laatuvaatimusten mukaisen toteutumisen valvonnasta, seurannasta ja raportoinnista.

Valvontaviranomainen toimii tulosalueensa yksityisten palveluntuottajien ohjauksen ja valvonnan toteuttajana. Valvontaviranomaisella on ohjauksen ja neuvonnan velvollisuus sekä oikeus tarkastaa palvelujen tuottajan toiminnan, toimintayksiköt ja toimitilat sekä tehdä johtopäätökset jatkotoimenpiteistä. Valvontaviranomainen toteuttaa valvontakäynnit ja valvontaan liittyvät tapaamiset ja selvitykset käytännössä.

Valvonnan vastuhenkilö vastaa tulosalueensa yksityisten palveluntuottajien ohjauksen ja valvonnan suunnittelusta, toteutumisesta ja raportoinnista.

Tietosuojavastaava vastaa Tietosuojalain (EU 2016/679, artikla 39) noudattamisen seurannasta ja avustaa rekisterinpitäjää lainmukaisen tietosuojan toteutumisessa. Tietosuojavastaava on yhdysside rekisteröityihin ja valvontaviranomaisiin. Tietosuojavastaavan tehtävä on kerätä tietoa käsittelytoimista ja analysoida sekä raportoida ovatko toimet vaatimusten mukaisia. Tietosuojavastaava valvoo myös henkilötietojen käsittelyä ja avustaa riskien hallinnassa ja vaikutusten arvioinnin tekemisessä (DPIA). Tietosuojavastaava raportoi rekisterinpitäjälle ja johdolle. Toimii tietosuojaj- ja tietoturvatyöryhmän puheenjohtajana.

Tietoturvapäällikkö vastaa tietoturvallisuuden hallinnasta sekä integroitumisesta muihin kokonaisturvallisuuden osa-alueisiin. Vastuuseen sisältyy tarvittava suunnittelu, ohjaus, seuranta ja kehittäminen, sekä tietoturvariskien ja -poikkeamien hallinnan koordinointi. Tietoturvapäällikkö raportoi tietohallintojohtajalle.

Turvallisuuspäällikkö toimii kuntayhtymän turvallisuusyhteyshenkilönä viranomaisiin, Helsingin sairaanhoitopiiriin ja omistajakuntiin sekä kehittää yhteistyössä varautumisjärjestelyjä ja varautumisen prosesseja, mitä kautta varmistetaan elintärkeiden turvallisuustoimintojen jatkuvuus häiriö- ja poikkeustilanteissa. Hän koordinoi valmiusharjoitteluun liittyvää toimintaa laajassa yhteistyössä sisäisten ja ulkoisten kumppanien kanssa sekä toimii Turvallisuusjohtotiimin puheenjohtajana.

Työhyvinvointi- ja työsuojelupäällikkö toimii johtavana asiantuntijana organisaation johdon ja esimiesten kumppanina edesauttaen työhyvinvoinnin johtamisen päämääriä. Linjaa, ohjaa sekä

vastaa työhyvinvointijohtamisen vahvistamisesta, erilaisten työkalujen ja toimintamallien kehittämisestä. Toimii organisaation työsuojelupäällikkönä.

Työsuojelun valvontalain mukaan työsuojelupäällikön tehtävänä on avustaa työnantajaa ja esimiehiä tehtävissä, jotka liittyvät työsuojelun asiantuntemuksen hankintaan sekä yhteistyöhön työntekijöiden ja työsuojeluviranomaisten kanssa. Tässä tarkoituksessa työsuojelupäällikön tehtävänä on ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin työnantajan ja työntekijöiden välisen yhteistoiminnan järjestämiseksi ja ylläpitämiseksi työpaikalla sekä toimia työsuojelua koskevan yhteistoiminnan kehittämiseksi.

Erityisasiantuntija (asiakkuuksien johtaminen) vastaa asiakkuuksien johtamisen prosessien kehittämisestä strategisten tavoitteiden mukaisesti. Erityisasiantuntija koordinoi palvelupalautteen (sisäinen ja ulkoinen palaute) keräämistä, laatii tilastoja ja raportteja ja toimii yhtymän asiakaspalautejärjestelmän pääkäyttäjänä. Tehtävään sisältyy asiakkuuksien johtamiseen ja asiakaskokemuksen kehittämiseen liittyvien koulutusten suunnittelu ja toteuttaminen.

Erityisasiantuntija (laatupalvelut) koordinoi laatuun liittyvän tiedon keräämistä, laatii tilastoja ja raportteja. Toteuttaa strategisia tavoitteita laadunhallintaan liittyvien tehtävien osalta. Erityisasiantuntija toimii Laatuportin ja laadunhallinnan järjestelmän pääkäyttäjänä. Lisäksi erityisasiantuntija edistää Lean toimintaa ja kehittämistyötä sekä toimii Lean-valmentajana.

Sisäinen auditoija toimii Keusoten laatujärjestelmän mukaisesti sisäisten auditointien toteuttajana. Auditoijan tehtävänä on arvioida sisäisten auditointien avulla Keusoten toimintaa laatuvaatimusten mukaisesti sekä raportoida auditoinnin tulokset laatu työryhmälle/laatupäällikölle.

Esimies vastaa potilas- ja asiakasturvallisuuden, palvelun ja toiminnan laadun toteuttamisesta ja kehittämisestä oman vastuuyksikkönsä osalta.

Työntekijä vastaa oman toimintansa turvallisuudesta ja laadusta sekä kehittää omaa työtään ja työympäristöään itse- ja yhteisöohjautuvasti.

3.5 Laatu ja asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään toimintaan liittyviä riskejä ja potilaille ja asiakkaille toiminnan aikana aiheutuvia haittoja. Turvallisuuskulttuurissa on ensisijaisesti kyse siitä, että henkilöstöllä on edellytykset suoriutua hyvin työstään, turvallisuutta pidetään organisaatiossa aidosti tärkeänä asiana, turvallisuus ymmärretään systeemisesti ja riittävän laajasti sekä toimintaan liittyvistä vaaroista ollaan tietoisia. Yhtä tärkeää kuin vaarojen ja turvallisuuden ymmärtäminen on myös se, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan yhteisvastuuta ja mahdollisuutta vaikuttaa. Tärkeää hyvässä turvallisuuskulttuurissa on myös se, että potilaita, asiakkaita ja heidän läheisiään kuunnellaan, ymmärretään ja otetaan aktiivisesti mukaan turvallisuuden ja laadun kehittämistyöhön. Avoin- ja luottavainen ilmapiiri on edellytys poikkeamien analysointiin ja asioiden parantamiseen.

Toimivan turvallisuuskulttuurin rakentamista edistää määrätietoinen turvallisuustyö ja siitä viestiminen, turvallisuuskoulutukset ja -harjoitukset. Turvallisuuskulttuuri edistää kriittisten toimintojen seuraamista mittaamalla ja arvioimalla tuloksia säännöllisesti ja kehittämällä toimintatapoja siten, että mahdollisiin riskeihin voidaan varautua riittävästi ja ennakoivasti. Laadukkaassa ja turvallisessa toimintakulttuurissa työympäristön turvallisuudesta huolehtiminen kuuluu jokaiselle.

Keusoten turvallisuuskulttuuria edistäviä menetelmiä ovat riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen yhdessä potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Turvallisuus- ja riskienhallintapolitiikka ohjaa Keusoten turvallisuuskulttuuria.

4. Laadunhallinta

Laadunhallinnan yleiset periaatteet muodostavat perustan Keusoten laadunhallinnalle. Keusoten toiminnalla on yhteinen perusta, joka on määritelty vision, perustehtävän ja arvoihin perustuvan laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan, laatutavoitteiden ja laatuksiteereiden kautta. Asiakkaiden odotukset ja tarpeet sekä muut toimintaan kohdistuvat vaatimukset on tunnistettu. Sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi on olemassa riittävät edellytykset, henkilöstöllä ja johdolla on tarvittava ammatillinen sekä työn hallintaan liittyvä osaaminen. Ydinprosessit ja palvelut tehdään näkyväksi ja kuvataan niin, että niitä voidaan analysoida ja arvioida sekä arviointien perusteella parantaa. Henkilöstön käytössä on yhteiset työt ja toimintaa ohjaavat dokumentit ja menettelytavat laadun suunnittelua, seuranta, arviointia ja varmistamista varten.

Keusoten laadunhallinnan tavoitteena on toiminnan jatkuva parantaminen ja asiakastyytyväisyyden lisääminen. Laadunhallinnalla tarkoitetaan kuntayhtymän menettelytapoja, prosesseja ja järjestelmiä, joiden avulla varmistetaan sekä kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja palvelun laatua. Laadunhallinta kattaa laadun suunnittelun, varmistamisen, ohjauksen ja kehittämisen. Laadunhallinnan tehtävänä on auttaa toiminnan ja sen tulosten jatkuvassa parantamisessa ja kehittämisessä.

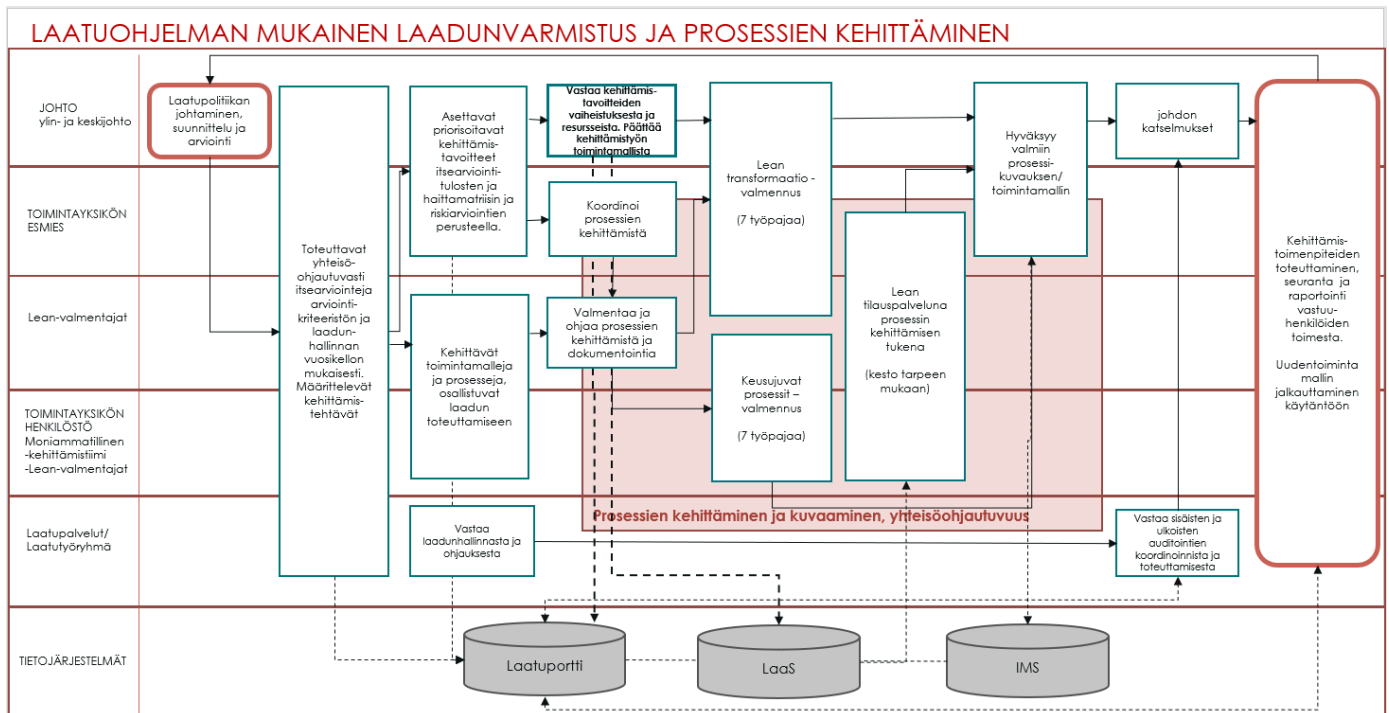
Laadunhallinnalla tuetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntayhtymässä on otettu käyttöön alkuvuodesta 2020 sosiaali- ja terveystalveluiden laatuohjelma SHQS (Social and Health Care Quality Standard) laatujärjestelmän viitekehikseksi. Keusotessa sitoudutaan laadunhallintaan, laadunvarmistukseen ja toiminnan jatkuvaan kehittämiseen SHQS-laatuohjelman ja -menetelmän mukaisesti. Laatuohjelma sisältää vuosittain toteutettavat itsearvioinnit ja sisäiset auditoinnit. Itsearvioinnit ja auditoinnit toteutetaan Laatuportissa. SHQS-laatuohjelman mukaisilla itsearviointeilla saadaan Keusoten tilannekuva toiminnasta ja voidaan arvioida kehittämistarpeita. Laadunhallinnan koulutusta järjestetään henkilöstölle vuosittain laadunhallinnan vuosikellon ja koulutussuunnitelmien mukaisesti. Tavoitteena on toteuttaa ensimmäinen ulkoinen laaduntunnustusauditointi vuoden 2023 aikana.

Potilas- ja asiakasturvallisuus on osa kuntayhtymän kokonaisvaltaista laadun- ja riskienhallintaa. Laatujärjestelmä tukee johtamisjärjestelmää sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta. Laatujärjestelmän avulla seurataan ja arvioidaan turvallisuutta ja johtamisjärjestelmän toteuttamista ja siihen liittyvien vaatimusten noudattamista. Laatujärjestelmän avulla varmistetaan ja arvioidaan myös asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman toteutuminen käytännössä.

Laadunhallinnan vuosikello integroituu talouden ja toiminnan vuosikelloon, jota ylläpidetään visuaalisella [Plandisc](#) -suunnitteluohjelmalla. Vuosikello on kuvattu taulukkomuodossa liitteessä 3.

Laadunvarmistusta ja prosessien Lean-kehittämistä toteutetaan Keusotessa yhdenmukaisella tavalla kuvan 5 mukaisesti. Prosessikuvauksen tarkoituksena on toimia yhteisenä työvälineenä koko Keusoten henkilökunnalle ja johdolle. Toimintamallin tavoitteena on varmistaa yhdenmukainen SHQS-laatuohjelman mukainen laadunvarmistuksen ja prosessien kehittäminen

jatkuvan parantamisen periaatteita noudattaen. Toimintaa kehitetään tulevaisuudessa myös sisäisten auditointien ja yksikkökohtaisten itsearviointien perusteella.



Kuva 5. Laatuohjelman mukainen laadunvarmistus ja prosessien kehittäminen

Laatuohjelman mukaisessa laadunvarmistuksessa ja prosessien kehittämisen toimintamallissa johto ja henkilöstö toteuttavat yhteisöohjautuvasti itsearviointeja valmentavan johtajuuden periaatteita noudattaen. Valmentavaa johtajuutta sekä itse- ja yhteisöohjautuvuutta edistetään osana Lean-valmennuksia, joilla tuetaan prosessien ja toiminnan kehittämistä.

4.1 Prosessien ja toiminnan kehittäminen

SHQS-laatuohjelma edellyttää palveluun ja hoitoon liittyvien prosessien asiakaslähtöistä kuvaamista laadukkaan sekä asiakas- ja potilasturvallisen toiminnan turvaamiseksi.

Prosessikartta on prosessikuvausten ylin taso, jossa kuvataan organisaation toiminta. Siinä esitetään organisaation toiminnot kokonaisuuksittain. Prosessikartan tehtävänä on esittää kokonaiskuva organisaation toiminnasta. Yleisimmän tason pelkistetty kuvaus on prosessikartta, jossa esitetään tärkeimmät prosessit (ydin- ja tukiprosessit), pelkistetty organisaatio ja toimintaympäristö. Kuntayhtymässä käynnistetään prosessien ohjaaminen ja kehittäminen vuoden 2021 aikana, joka pitää sisällään keskeisten prosessien ja prosessin omistajien määrittelytyön. Prosessien kehittämistyö toteutetaan Lean-periaatteiden mukaisesti ja moniammatillisesti, Lean-valmentajien tuella, tunnistamalla prosessin asiakaslähtöisiä ongelmia (turvallisuus, toimitusvarmuus, laatu ja kustannukset), etsimällä juurisyytää ja kokeilemalla toimenpiteitä kohti asetettua asiakaslähtöistä tavoitetta. Prosessien ja toiminnan kehittämisessä osallistetaan työntekijöitä, asiakkaita ja yhteistyökumppaneita.

Prosessien kuvaamisessa noudatetaan [JHS 152 suosituksia](#), jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja selkeyttää julkisen hallinnon prosessien kuvaamista. Prosessien kuvaustasot jaetaan neljään kuvaustasoon: prosessikartta, toimintamalli, prosessin kulku ja työnkulku.

Kuvausten yksityiskohtaisuus lisääntyy kuvaustasoittain prosessityöskentelyn edetessä tulevien vuosien aikana.

Prosesseja määrittelemällä ja kehittämällä tavoitellaan vakioituja toimintamalleja, parempaa laatua, asiakkaiden tarpeiden huomioon ottamista ja kustannustehokkuutta. Prosessi lähtee asiakkaan tarpeen havaitsemisesta ja päättyy tarpeen tyydyttämiseen, kuten palvelun tai tiedon antamiseen. Kehittämistyössä selvitetään, mitkä prosessin osat tuottavat asiakkaalle arvoa ja mitkä eivät ja arvoa tuottamattomat osat poistetaan. Prosessien laatua mitataan mm. asiakastyytyväisyyden avulla.

Kuntayhtymän tavoitteena on olla Lean-organisaatio vuonna 2022. Organisaatiossa toimii Lean-valmentajien verkosto, joka tukee ja valmentaa henkilökuntaa sekä johtoa systemaattisesti Lean-filosofiaan. Tavoitteena on sujuvat, kustannustehokkaat ja asiakkaalle arvoa tuottavat prosessit sekä jatkuvan parantamisen rutiini. [Keunet Lean Keusote Lean Teams \(julkinen\)](#)

4.2 Laadunhallinta-asiakirjat ja dokumenttien hallinta

Dokumenttien hallinta on osa tiedonhallintaa.

Keusoten laadunhallinta-asiakirjoilla ohjataan laadukkaan ja turvallisen palvelun ja hoidon toteutumista. Asiakirjoihin kuuluvat:

- Asiakaspalauteraportti
- Auditointiraportti
- Johdon katselmukset
- Kirjallinen visio
- Kirjallinen laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikka
- Kirjallinen tietosuoja- ja tietoturvapolitiikka
- Laadunhallintasuunnitelma
- Laatukäsikirja
- Laaturaportti
- Omavalvontasuunnitelmat
- Palvelukuvaukset
- Pandemiasuunnitelma
- Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma
- Prosessikuvaukset
- Lääkehoitosuunnitelma
- Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta
- Turvallisuussuunnitelma
- Toiminta- ja menettelyohjeet, lomakkeet
- Valvonnan vuosikertomus
- Valvontaohjelma
- Valvontaraportit
- Valvontasuunnitelmat
- Valmiussuunnitelma

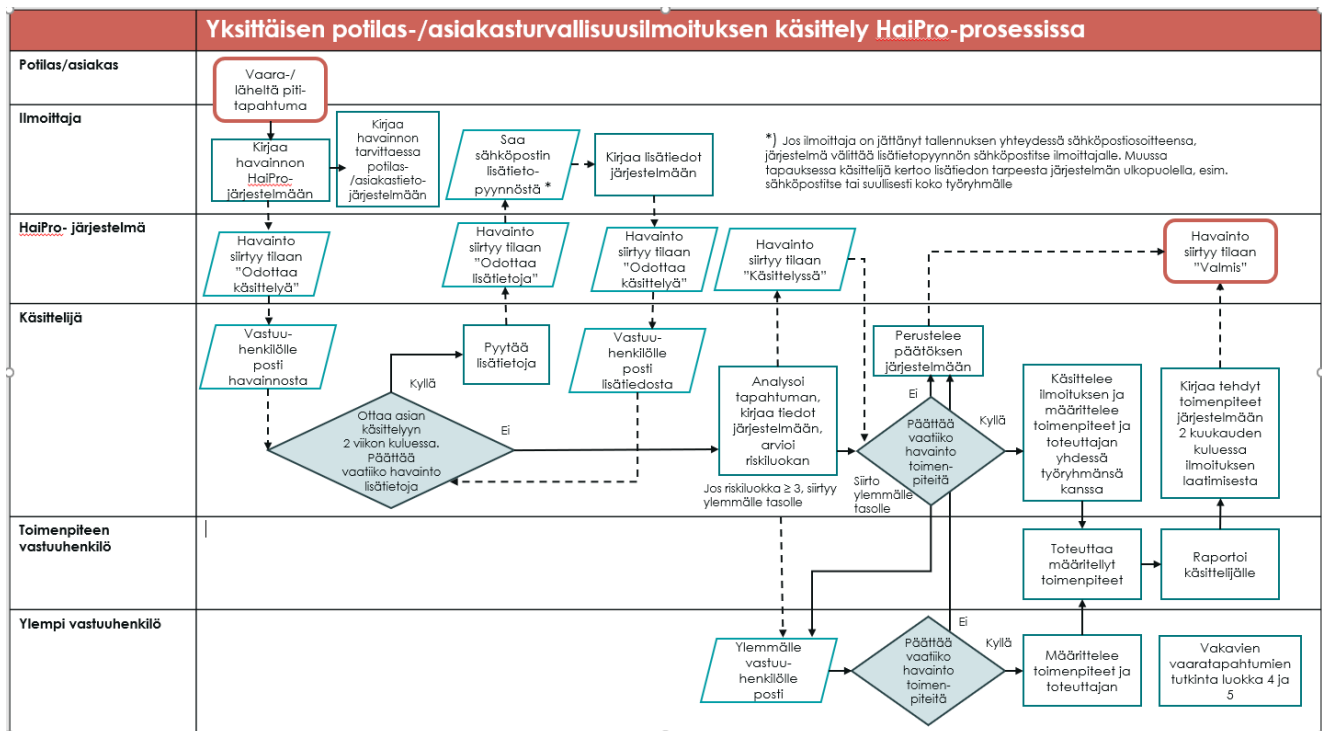
Keusoten dokumenttien laadinta ja hallinta ohjeistetaan erillisessä toimintaohjeessa Dokumenttien hallinta ja laatukriteerit. Dokumenttien arkistointi toteutetaan yhtymän arkistonmuodostussuunnitelman ja asiakirjahallinta -ohjeiden mukaisesti.

4.3 Toiminnan seuranta ja arviointi

4.3.1 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä

Keusotessa on käytössä sähköinen HaiPro-järjestelmä potilas- tai asiakasturvallisuutta vaarantaneiden tilanteiden dokumentointiin, käsittelyyn, seurantaan ja raportointiin. HaiPron potilas-/ asiakasturvallisuusilmoituksen voi tehdä kuka tahansa henkilökuntaan kuuluva havaitessaan potilaan/asiakkaan turvallisuuden vaarantavan tapahtuman. Ilmoitukset jaotellaan "läheltä piti"-tapahtumiin ja "tapahtui potilaalle/asiakkaalle"-tapahtumiin. "Läheltä piti"-tapahtuma on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle/asiakkaalle. Haitalta välttyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. "Tapahtui potilaalle/asiakkaalle" on vaaratapahtuma, joka aiheutti haittaa potilaalle/asiakkaalle (esimerkiksi tilapäisen tai pysyvän vamman tai vahinkoa, kärsimystä tai lisätoimenpiteitä). Tähän luetaan myös tapahtumat, jotka eivät aiheuttaneet potilaalle/asiakkaalle varsinaista haittaa, mutta koskettivat heitä konkreettisesti – esimerkiksi potilas sai väärän lääkeannoksen, mutta ilman haitallisia seurauksia. Ilmoitus tehdään aina kun ilmoittaja kokee, että johonkin asiaan puuttumalla voitaisiin turvallisuutta kehittää tai muut voisivat oppia ilmoituksen kautta saatavasta tiedosta. Jos ilmoittaja on epävarma ilmoittamisesta, on varmintä tehdä ilmoitus. Ilmoituksen voi tehdä myös muusta potilas-/asiakasturvallisuuteen liittyvästä havainnosta tai kehittämis ehdotuksesta. Vaaratapahtumien ilmoittaminen perustuu työntekijöiden aloitteellisuuteen. Organisaation johdon ja yksiköiden esimiesten tehtävänä on luoda avoin ja oikeudenmukainen toimintaympäristö kannustamaan henkilöstöä ilmoittamaan vaaratapahtumista aktiivisesti.

Yksittäisen potilas-/asiakasturvallisuusilmoituksen käsittely HaiPro-prosessissa on kuvattu kuvassa 6. Ilmoituksen käsittelyssä on tärkeää analysoida tapahtumaa, arvioida mm. tapahtuman seurauksia ja tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Ilmoituksen luokittelutietojen kirjaaminen järjestelmään mahdollisimman tarkasti on myös tärkeää, koska luokiteltu tieto on paremmin hyödynnettävissä ilmoitusten yhteenvetoraportteja analysoitaessa. Riskiluokan määrittelyyn tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ilmoitukset käsitellään yhdessä työyhteisön kanssa. Tapahtumasta on hyvä keskustella yleisellä tasolla, eikä ruodita tietyn työntekijän tekemisiä asiassa, koska raportoinnissa ei haluta syyllistää ketään. Yhteisen keskustelun tavoitteena on oppia tapahtuneesta tulevaisuutta ajatellen ja sopia välittömistä ja välillisistä toimista, joilla pyritään ennaltaehkäisemään vastaavat tilanteet tulevaisuudessa. Työyhteisö pohtii yhdessä, että mitä tapahtumaan ja toimintaprosessiin liittyy, mitä tapahtuman taustalla on ja miten tämän tyyppinen tapahtuma voitaisiin jatkossa ennaltaehkäistä tai miten tämän tyyppiset tilanteet tulisi jatkossa hoitaa. Sovitut toimenpiteet kirjataan myös palaverimuistioon ja tarvittaessa päivitetään toiminta- tai perehdytysohjeisiin. Muutoksista tiedotetaan tarvittavia tahoja.



Kuva 6. Yksittäisen potilas-/asiakasturvallisuusilmoituksen käsittely HaiPro-prosessissa

4.3.2 Vaaratapahtumien tutkinta

Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantaneiden tapahtumien tutkinta on osa Keusoten laadunhallintaa ja omavalvontaa. Tutkinnan tavoitteena on löytää tapahtuman taustalla olevat järjestelmän toimintaan liittyvät tekijät, puuttuvat suojausmekanismit sekä muut kehittämiskohteet. Tavoitteena on ennaltaehkäistä vastaavanlaisia tilanteita.

Vakavassa vaaratapahtumassa potilaalle on aiheutunut tai olisi voinut aiheutua merkittävää, vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa, taikka hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuu vakava vaara. Vakava vaaratapahtuma on myös tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon ihmisiä. Vakavaksi haitaksi katsotaan tyypillisesti kuolemaan johtanut, henkeä uhannut, sairaalahoidon aloittamiseen tai jatkamiseen johtanut, pysyvään tai merkittävään vammaan ja toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtanut tilanne.

Vakavilla vaaratapahtumilla tarkoitetaan HaiPro riskiluokan IV – V tapahtumia tai III riskiluokan tapahtumaa, jos seuraus potilaalle on ollut vakava.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaa varten nimetään kuukausittain kokoontuva tutkintaryhmä, jossa on turvallisuuden eri osajia. Tutkintaryhmää täydennetään tarpeen mukaan aina muilla asiantuntijoilla. Vaaratapahtumat käsitellään systemaattisesti. Käsittelyprosessiin kuuluu tiedonhankinta, tapahtumaketjujen kuvaaminen, tapahtuneeseen vaikuttaneiden tekijöiden havaitseminen ja organisaation toiminnan tarkastelu. Lisäksi tehdään johtopäätökset ja suositukset ja nimetään kehittämistoimenpiteiden vastuuhenkilöt.

4.3.3 Valvonta

Kuntayhtymällä on itsehallintonsa mukaisesti sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäjänä vastuu palvelujen lainmukaisuuden ja asianmukaisuuden varmistamisesta. Valvontavastuu koskee

kaikkea sen järjestämisvastuulla olevaa toimintaa, niin omaa palvelutuotantoa kuin ostopalveluna tai palvelusetelillä hankittua yksityistä palvelutuotantoa ja sosiaalipalveluissa lisäksi kaikkia kuntayhtymän alueella sijaitsevia yksityisiä palveluntuottajia riippumatta siitä, että hankitaanko palvelua kyseiseltä palveluntuottajalta. Valvonnassa korostuu vastuu asiakkaiden perusoikeuksien toteutumisen turvaamisesta, palvelujen laadusta, lainmukaisuudesta, yhdenvertaisuudesta sekä potilas- ja asiakasturvallisuudesta. Valvonnan tarkoitus on edistää sosiaali- ja terveystalouden laatua ennalta ehkäisemällä epäasianmukaisia hoito- ja toimintakäytäntöjä ja puuttamalla säädösten vastaiseen tai muutoin virheelliseen menettelyyn tai laiminlyönteihin. Valvontaa ohjaavat useat eri lait ja asetukset, laatusuosituksien sekä Valviran ja aluehallintoviraston antamat erilaiset ohjeet, ohjelmat ja vaatimukset. Hyvä valvonta on ennakoivaa, ohjaavaa ja vuorovaikutuksellista. Valtakunnallisesti valvontaa kehitetään siten, että painopiste siirtyy entistä enemmän ennakoivaan valvontaan ja palveluntuottajien toteuttamaan omavalvontaan.

Keusoten sosiaalipalveluissa ennakoivaa ohjausta ja valvontaa toteutetaan mm. palveluntuottajien yleisellä neuvonnalla ja ohjauksella, omavalvonnan ohjauksella, tiedottamalla, erilaisin yhteistyön menetelmin, hoito- ja palvelusuunnitelmien tai asiakassuunnitelmien laadinnan tapaamisissa, lupatarkastuskäynneillä ja asumisyksiköihin tehtävillä säännöllisillä toiminnan aikaisilla ohjaus- ja arviointikäynneillä. Jälkikäteen eli reaktiivinen valvonta käynnistyy asiakaspalautteiden, muistutusten, epäkohtailmoitusten tai kantelujen perusteella. Tällöin käynnistetään aina selvitystyö, jossa tilanteen vaatimalla tavalla joko pyydetään suullista tai kirjallista selvitystä, järjestetään asiaan liittyvä tapaaminen tai tehdään tarvittaessa tarkastuskäynti joko ennalta ilmoitettuna tai ennalta ilmoittamatta. Terveystalouden Keusote toteuttaa yksityisten palveluntuottajien lupahakemuksiin liittyvät palveluntuottajan tilojen ja laitteiden tarkastukset ennen käyttöönottoa.

Keusotessa valvonnan vastuut jakautuvat [kuntayhtymän valvonnan hybridimallin](#) mukaisesti. Valvontakoordinaattori laatii yhteistyössä palvelualueiden kanssa kahdeksi vuodeksi kerrallaan valvontaohjelman, joka on kuntayhtymätasoinen ohje/suunnitelma kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden piirissä olevien sosiaali- ja terveystalouden palvelujen valvonnasta. [Valvontaohjelmassa](#) kuvataan valvonnan arvot ja laatuvaatimukset, lakisäätelliset valvontavelvoitteet, valvottavat kohteet, valvonnan muodot ja vastuut sekä toimintalinjat valvontaa toteuttaville viranhaltijoille. Valvontaohjelmassa määritellään valvonnan kehittämistavoitteet kahdelle vuodelle. Sosiaalipalvelujen tulosalueiden valvonnan vastuuhenkilöt laativat valvontasuunnitelmat alueensa yksityisten sosiaalipalvelujen ohjaukseen ja valvontaan. Uutta valvontasuunnitelmaa vahvistettaessa tulosalueen valvonnan vastuuhenkilöt raportoivat edellisen vuoden suunnitelman toteutumisesta valvontakoordinaattorille laatimalla yhteenvedon kuluneen vuoden valvonnasta. Valvontakoordinaattori koostaa raportit valvontakertomukseen, jossa arvioidaan ja raportoidaan valvontaohjelman toteutumisesta kuntayhtymän johtoryhmälle ja yhtymähallitukselle vuosittain helmikuussa.

4.3.4 Omavalvonta

Omavalvonta on palveluntuottajan omatoimista laadun varmistamista siten, että toiminnassa toteutuvat lainsäädännön, Valviran ohjeiden ja laatusuosituksien sekä palvelujen tuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat vaatimukset. Omavalvonta on yksi palveluntuottajan työkaluista, jonka avulla seurataan, arvioidaan ja kehitetään palvelujen laatua ja turvallisuutta toimintayksiköiden päivittäisessä asiakastyössä. Omavalvonta perustuu yksikössä toteutettavaan riskienhallintaan, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakas-/potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on, että asiakkaan palveluissa esiintyvät epäkohdat ja palvelun

onnistumisen kannalta epävarmat ja riskiä aiheuttavat tilanteet pystytään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan suunnitelmallisesti ja nopeasti. Omavalvonnan tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää jälkikäteisen valvonnan tarvetta. Omavalvonta edellyttää palveluntuottajien, henkilöstön ja kuluttajien aktiivista osallistumista valvontaan. Tärkeää on omavalvontakulttuurin omaksuminen osaksi toimintayksikön johtamista, laatutyötä ja työn kehittämistä.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 47§:n mukaisesti kaikki sosiaalihuollon toimintayksiköt ovat velvollisia laatimaan omavalvontasuunnitelman. Keusotessa on laadittu kuntayhtymän sosiaalipalvelujen [omavalvontasuunnitelman lomakepohja](#), jota toimintayksiköt käyttävät omavalvontasuunnitelmien laadinnassa. Omavalvontasuunnitelman laadinnan vastuut ja ohjeet on kuvattu [omavalvontasuunnitelman laadinnan toimintaohjeessa](#). Toimintayksikön esimies on vastuussa omavalvontasuunnitelman laadinnasta ja päivittämisestä. Omavalvontasuunnitelmaa laaditaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Omavalvontasuunnitelman tulee aina olla ajantasainen. Toimintayksikössä omavalvontasuunnitelma päivitetään aina, jos toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä muutoksia, tai vastuuhenkilöitä vaihtuu. Omavalvontasuunnitelman tulee toimintayksikössä julkisesti nähtävillä, asiakkaiden saatavilla. Lisäksi omavalvontasuunnitelmat julkaistaan Keusoten verkkosivuilla.

Sosiaalipalvelujen omavalvontaan liittyy sosiaalihuoltolain (1301/2014) 48 § ja 49 §:ien mukainen sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus. Laki velvoittaa sosiaalihuollon henkilökuntaa ilmoittamaan viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos he tehtävissään huomaavat epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan epäasiallista kohtaamista, asiakasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan kaltoin kohtelua, asiakkaan aseman ja oikeuksien toteuttamisessa tai perushoivassa ja hoidossa olevia vakavia puutteita tai toimintakulttuurin liittyviä epäeettisiä ohjeita tai asiakkaalle vahingollisia toimintatapoja, esim. pakotteita tai rajoitteita käytetään ilman asiakaskohtaista, määräaikaista lupaa. Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoin kohtelua. Ilmoitus tehdään ja käsitellään [sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus – toimintaohjeen](#) mukaisesti. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena. Ilmoituksen vastaanottaja on ryhdyttävä välittömästi toimenpiteisiin epäkohdan tai epäkohdan uhan poistamiseksi. Mikäli epäkohtaa ei korjata viivytyksettä, on ilmoittajan ilmoitettava asiasta aluehallintovirastolle (AVI). Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

4.3.5 Ostopalvelujen sopimusvalvonta

Keusote järjestää osan sosiaali- ja terveyspalveluistaan ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. Hankinnoissa noudatetaan hankintalakia (laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista 1397/2016). Kilpailu- ja kuluttajavirasto valvoo valtakunnallisesti hankintalain noudattamista. Keusotella on ostamiensa sosiaali- ja terveyspalvelujen valvontavastuu. Käytettäessä yksityisiä palveluntuottajia on palveluiden laadukkuus varmistettava jo kilpailutus vaiheessa ja sopimusta tehtäessä. Kuntayhtymän on varmistuttava siitä, että palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Tilajavastuulaki (laki tilaajan selvitysvelvollisuudesta ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä 1233/2006) velvoittaa palvelun järjestäjää seuraamaan ostopalveluntuottajien taloudellista ja rahoituksellista tilannetta sekä työvoiman käyttöä sekä ennen sopimuksen kirjoittamista että myös sopimuksen kirjoittamisen jälkeen koko hankinnan ajan. Yksityisten palveluntuottajien velvollisuutena on toimia lupaehtojen ja kuntayhtymän kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti. Valvonnassa noudatetaan sopimusten, kilpailutuksen ja sen

määrittelemien tarjouspyyntöasiakirjojen kriteerien, ehtojen ja sisältöjen toteutumisen seuranta kuntayhtymässä määritellyllä tavalla. Valvonnassa käytetään tukena sopimusta ja kilpailutuksen asiakirjoja.

4.3.6 Sisäinen tarkastus

Keusoten sisäinen tarkastus on järjestetty omana työnä palkkaamalla yksi sisäinen tarkastaja. Sisäinen tarkastus on asemoitu riippumattomaksi osaksi kuntayhtymän johtamisjärjestelmää. Yhtymähallitus ja kuntayhtymän johtaja käyttävät sitä toteuttaessaan valvontavelvollisuuttaan. Sisäinen tarkastus noudattaa toiminnassaan lainsäädäntöä ja kansainvälisen ammatillisen viitekehyksen pääperiaatteita ja ammattistandardeja. Sisäisellä tarkastuksella on yhtymähallituksen hyväksymä oma toimintaohje.

Sisäinen tarkastus tarjoaa riskiperusteista ja objektiivista varmistusta, neuvoja ja näkemyksiä tavoitteena parantaa kuntayhtymän toimintaa, edistää päämäärien ja tavoitteiden saavuttamista ja uudistumiskykyä. Sisäinen tarkastus tarjoaa järjestelmällisen lähestymistavan kuntayhtymän riskienhallinnan, sisäisen valvonnan sekä johtamis- ja hallintoprosessien arviointiin ja kehittämiseen. Sisäisen tarkastuksen laatua arvioidaan jatkuvasti.

Sisäinen tarkastus laatii valtuustokauden suunnitelmansa riskiperusteisesti. Valtuustokauden suunnitelma tarkennetaan vuosisuunnitelmissa, joiden mukaiset tehtävänsä ja tarvittavat muut sovitut tarkastus-, arviointi ja konsultointitoimeksiantonsa sisäinen tarkastus toteuttaa ja raportoi.

Yhtymähallitus hyväksyy valtuustokauden ja vuosisuunnitelmat. Vuosisuunnitelmaa toteuttavien yksittäisten toimeksiantojensa tulokset sisäinen tarkastus raportoi tarkastuskohteille ja niiden johdolle sekä kuntayhtymän johtajalle. Lisäksi sisäinen tarkastus raportoi vuosittain yhtymähallitukselle.

Sisäinen tarkastus voi konsulttoimalla tukea riskienhallinnan käytäntöön viemistä, osallistua työryhmien ja hankkeiden työskentelyyn tuomalla sinne riskienhallinnan näkökulmaa sekä kouluttaa sisäistä valvontaa ja riskienhallintaa tilivelvollisille kuntayhtymässä.

4.4 Hoitoon ja palveluun pääsy

Keusotessa seurataan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnin ja kiireettömään hoitoon pääsyn odotusaikojen sekä palveluun pääsyn lakisääteisten määräaikojen toteutumista. Tiedot julkaistaan lainsäädännön mukaisesti Keusoten verkkosivuilla.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää kaksi kertaa vuodessa kunnilta ja kuntayhtymiltä toimeentulotuen ja lastensuojelun lakisääteisten määräaikojen seuranta ja toteutumista koskevat tiedot. Valvontaviranomaiset kohdistavat niiden perusteella tarvittaessa kirjalliset selvitykset ja seuraamusten arvioinnin sekä ohjaus- ja arviointikäynnit.

Terveydenhuolto

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteiden tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteiden, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellistä, hoidollista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36§:n ja 45§:n, mukaisesti sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta, jos henkilö on yli 75-vuotias tai saa vammaisetuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta. Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta.

Palvelutarpeen selvittämisen perusteella arvioidaan, onko henkilöllä tuen tarvetta. Jos henkilö tarvitsee tukea, arvioidaan, onko tuen tarve luonteeltaan tilapäistä, toistuvaa tai pitkäaikaista. Palvelutarpeen arviointi sisältää:

- 1) yhteenvedon asiakkaan tilanteesta sekä sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeesta;
- 2) sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä;
- 3) asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen palvelutarpeestaan, ellei palvelutarpeen arvioimiseen yhteistyössä asiakkaan kanssa ole ilmeistä estettä;
- 4) asiakkaan ja sosiaalihuollon ammattihenkilön arvion 42 §:n mukaisen omatyöntekijän tarpeesta.

[THL:n on määritellyt asiakasasiakirjarakenteen palvelutarpeen arvioimiseksi.](#)

Asiakasasiakirjarakennetta tulee noudattaa asiakastietojärjestelmien kirjaamisessa arvioitaessa asiakkaan palvelutarvetta.

Vanhuspalvelulain (980/2012) 18§:n mukaan iäkkään henkilön päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä asian vireille tulosta ja henkilöllä on oikeus saada myönnetty palvelut viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta. Kunnan tai kuntayhtymän on julkaistava ainakin puolivuositain tiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. Tiedot on julkaistava sellaisia menetelmiä käyttäen, että iäkkäillä henkilöillä on tosiasiallinen mahdollisuus tietojen saamiseen.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (981/2008) määrittelee, että vammaisen henkilön palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemän arkipäivän kuluessa ja päätös on tehtävä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa asian vireille tulosta, jollei asian selvittäminen erityisestä syystä vaadi pitempää käsittelyaikaa.

Laki toimeentulotuesta (815/2015) 14§ määrittelee, että täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen hakemukset on käsiteltävä viimeistään 7 arkipäivän kuluessa vireille tulosta. Kiireellisissä tapauksissa päätös on tehtävä joko samana päivänä tai seuraavana arkipäivänä vireille tulosta. Toimeentulotukiasiakkaalle tulee järjestää mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti kuntayhtymän sosiaalityöntekijän tai sosionomin kanssa viimeistään

seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun asiakas on tätä pyytänyt. Kun kuntayhtymä käsittelee toimeentulotukea koskevaa asiaa, sen tulee tiedottaa toimeentulotukiasiakkaalle edellä mainitusta oikeudesta henkilökohtaiseen keskusteluun ja tarvittaessa neuvoa asiakasta tämän oikeuden käyttämisessä.

Lastensuojelulain (417/2007) 26§:n mukaan lastensuojeluasian vireille tulon jälkeen lapsen mahdollinen kiireellinen lastensuojelun tarve on arvioitava välittömästi. Muissa kuin kiireellisissä tapauksissa palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään 7 arkipäivän kuluessa ja sen on valmistuttava viimeistään 3 kuukauden kuluessa vireille tulosta.

4.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 12 § määrittää, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirja-asetus (298/2009) asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoitus on hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittäminen ja kuvaaminen yhdessä potilaan kanssa. Se laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinoimista ja jotka hyötyvät tehdystä suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisairaat potilaat tai paljon palveluita käyttävät. Se voidaan laatia myös, jos potilas niin haluaa.

Keusotessa terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa, joka useimmiten on potilaan hoitovastaava. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt.

Terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu seuraavista pääkohdasta:

1. hoidon tarve, jonka potilas itse sanoittaa
2. hoidon tavoite, joka asetetaan yhdessä
3. suunnitellun hoidon toteutus ja keinot sovitaan yhdessä
4. suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi yhdessä sovitaan yhdessä

Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa on eroja, johtuen kolmesta eri potilastietojärjestelmästä (Pegasos, GFS ja Lifecare). Kanta-rakenteen mukaiset otsikot on sisällytetty potilastietojärjestelmiin, mutta otsikoiden käyttö vaihtelee eri kunnissa.

4.6 Sosiaalihuollon asiakassuunnitelma

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 39 §:n mukaan sosiaalihuollon asiakkaan palvelutarpeen arviointia täydennetään asiakassuunnitelmalla, ellei sen laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Vammaispalvelulaissa ja vanhuspalvelulaissa vastaavasta suunnitelmasta käytetään nimeä palvelusuunnitelma. Asiakas- tai palvelusuunnitelma perustuu palvelutarpeen arviointiin. Arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa. Arviointia tehtäessä on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan tai asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa/omaisensa tai muun läheisen kanssa, ellei siihen ole ilmeistä estettä.

Asiakassuunnitelman laadinnassa otetaan huomioon asiakkaan muut mahdolliset palvelukohtaiset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat. Suunnitelman sisältö sovitetaan yhteen henkilön tarvitsemien muiden palvelujen ja tukitoimien kanssa. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 7§:n mukaan palvelua toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Asiakkaan suostumuksella voidaan myös laatia sosiaalihuollon ja muiden hallinnonalojen palveluja ja tukitoimia koskeva yhteinen suunnitelma.

Asiakassuunnitelma sisältää asiakkaan ja sosiaalihuollon työntekijän yhteisen

- arvion tuen tarpeesta
- arvion tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä
- arvion asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista
- yhdessä asettamat tavoitteet, joihin sosiaalihuollon avulla pyritään.

Lisäksi asiakassuunnitelmassa on oltava

- työntekijän arvio asiakkaan terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömistä sosiaalipalveluista, niiden alkamisajankohdasta ja kestosta
- tiedot siitä kuinka usein asiakas ja työntekijä tulevat tapaamaan
- arvio asiakkuuden kestosta
- tiedot eri alojen yhteistyötahoista, jotka osallistuvat asiakkaan tarpeisiin vastaamiseen ja vastuiden jakautuminen niiden kesken sekä
- suunnitelman toteutumisen seuranta, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot.

Asiakassuunnitelma on arvioitava ja tarkistettava, jos asiakkaan palveluntarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia sekä muutoinkin tarpeen mukaan. Asiakassuunnitelmaan sisällytetään maininta siitä, kuinka usein suunnitelmaa tarkistetaan.

Asiakassuunnitelma on osa asiakkaan palveluihin ohjaamista ja väline asiakkaan palvelukokonaisuuden hallinnalle ja koordinoinnille. Keusoten asiakasohjaus ohjaa ja neuvoo asiakkaita heidän tarpeidensa mukaisesti oikeisiin palveluihin. Suurelle osalle asiakkaista riittää ohjaaminen esimerkiksi kunnan palveluihin tai järjestöjen toimintaan. Joillekin asiakkaille asiakasohjaus tarkoittaa hyvin tiivistä yhteistyötä asiakkaan ja työntekijän välillä. Asiakas- ja palveluohjauksen kokonaisuuteen kuuluu silloin palvelutarpeiden arviointi, asiakassuunnitelman valmistelu sekä palveluja koskevien päätösten tekeminen. Keusoten tulevaisuuden tavoitteena on, että asiakkaalle laaditaan yhteinen asiakassuunnitelma, johon kootaan asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut kokonaisuudeksi ja tarvittavat ammattilaiset yhteistyöverkostoksi asiakkaiden ympärille.

4.7 Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, yhdenvertaisuuteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään sekä oikeutta päättää itseään koskevista asioista. Tarkempi kuvaus itsemääräämisoikeudesta ja rajoittamistoimenpiteistä on liitteessä 4.

Keusotessa käytössä olevien SHQS-laatukriteereiden mukaisesti asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta vahvistetaan ja edistetään menettelytavoilla, jotka mahdollistavat asiakkaan/potilaan osallistumisen häntä koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaan/potilaan palvelu/hoito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen. Itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden käyttöön tulee määrittää menettelytapa ja sen tulee olla henkilöstön tiedossa:

- 1) Rajoittavien toimenpiteiden käytöstä tulee olla laadittu toimintaohje, joka noudattaa viranomaisvaatimuksia
- 2) Rajoittavien toimenpiteiden käytön vähentämiseksi tulee olla suunnitelma
- 3) Rajoittavien toimenpiteiden käyttöä tulee seurata ja valvoa

Keusotessa on valmisteilla kuntayhtymätasoinen rajoittamistoimenpidesuunnitelma, johon on koottu lakisääteiset toimenpiteet ja niiden arviointi. Tavoitteena on määrittää yhtenäiset ohjeet itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden käyttöön.

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa terveydenhuollon palveluissa vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumisessa ja erilaisiin hoito- tai muihin toimenpiteisiin suostumisessa. Laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään hoidostaan, ja että heidän arvioidun etunsa pohjalta toimitaan vain silloin, kun selvitystä heidän omasta tahdostaan ei saada. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide sekä kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Lastensuojelulain (417/2007) mukaan lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (4 §) ja lisäksi on selvitettävä lapsen toivomukset ja mielipide sekä otettava huomioon lapsen iän ja kehitystason edellyttämällä tavalla (20 §). Kun lapsi on otettu huostaan, sosiaalihuollosta vastaavalla toimielimellä on oikeus huostaanoton tarkoituksen toteuttamiseksi päättää lapsen olinpaikasta sekä hoidosta, kasvatuksesta, valvonnasta ja muusta huolenpidosta (45 §). Kaikki Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän omat lastensuojeluyksiköt ovat sitoutuneet kunnioittamaan lapsen itsemääräämisoikeutta. Kaikkiin yksiköihin on tehty lastensuojelulain edellyttämä lapsen hyvää kohtelua koskeva suunnitelma (61 b §), johon kaikki yksiköissä työskentelevät perehdytetään. Keski-Uudenmaan soten lastensuojelupalvelut valvovat muiden valvontaviranomaisten ohella, että lapsen itsemääräämisoikeus toteutuu myös yksityisiltä palveluntuottajilta ostettavissa sijaishuollon palveluissa.

Sosiaalihuollossa rajoitustoimenpiteistä on säädetty lastensuojelulaissa (417/2007), kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977), päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990). Kehitysvammalain (519/1977) mukaan rajoitustoimenpiteitä on mahdollista käyttää vain viimesijaisena vaihtoehtona, kun kaikki muut lievemmat keinot on käytetty. Vain laissa mainitut rajoitustoimenpiteet ovat sallittuja. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Vapaaehtoisesti terveyden- tai sosiaalihuollon palveluissa oleviin kohdistettavista rajoittamistoimenpiteistä ei ole säännöksiä, eikä niiden käytöstä ole yhdenmukaisia ohjeita. Vanhustenhuollon laitos- ja asumispalveluissa asuvien asiakkaiden liikkumisvapauden, itsemääräämisoikeuden ja muiden perusoikeuksien rajoittamisesta ei ole lainsäädäntöä. Lainsäädännön puuttuessa rajoitustoimenpiteiden käytöstä linjaa valtakunnallisesti eduskunnan oikeusasiamies ja Valvira vakiintuneilla päätöksillään ja ohjeillaan.

4.8 Hankintamenettelyt ja ostopalvelut

Hankintoja voi tehdä eri menetelmillä, joita ovat avoin menettely, rajoitettu menettely, neuvottelumenettely, kilpailullinen neuvottelumenettely, suunnittelukilpailu, puitejärjestely, dynaaminen hankintajärjestelmä, sähköinen huutokauppa ja suoramarkinta. Hankintamenettelyn valinta ja käytettävyys riippuu muun muassa hankinnan arvosta ja luonteesta. Keusotessa ei ole käytetty sähköistä huutokauppaa eikä suunnittelukilpailua, myös neuvottelumenettelyjen käyttö on vähäistä. Hankintaa käynnistettäessä käydään hankintamenettelyn soveltuvuuden keskustelut tilaajan ja hankintapalveluiden kesken ja valitaan kulloiseenkin hankintaan soveltuvin hankintamenetelmä.

Hankintapalveluiden tehtävänä on huolehtia kuntayhtymän keskitetystä hankintatoimesta ja toimia kuntayhtymään kuuluvien palveluiden hankintayksikkönä. Hankintapalvelut ovat mukana yhteisten hankintojen kilpailuttamisessa, tiedottamisessa ja valvonnassa. Lisäksi hankintapalvelut auttavat kuntayhtymän yksiköjä julkisiin hankintoihin liittyvissä kysymyksissä sekä ns. erillishankintojen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tähän on käytettävissä myös kuntayhtymän lakimiesten juridista apua. Hankinnat vaikuttavat keskeisesti kuntayhtymän laadukkaan palvelutuotannon järjestämiseen. Hankinnoissa käytetään Cludia kilpailutus ja sopimushallintajärjestelmiä.

Hankinta toteutetaan kaikissa hankintamenettelyissä pääsääntöisesti kuvassa 7 esitetyn prosessin mukaisesti. Kaikissa hankinnoissa on tärkeää varata prosessille riittävästi aikaa ja tehdä yhteistyötä, jotta hankinnan valmistelu, tarjousten käsittely, hankintapäätös ja sopimukset sekä valvonta tulee hankintalain ja kuntayhtymän ohjeistusten mukaan oikein ja laadukkaasti toteutetuiksi.



Kuva 7. Hankintaprosessi

5. Riskien hallinta

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän johtamisjärjestelmällä luodaan edellytykset toimivalle riskienhallinnalle ja sisäiselle valvonnalle sekä niiden tuloksellisuudesta raportoinnille. Yhtymävaltuuston hyväksymä hallintosääntö ja kuntayhtymän riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan perusteet määrittää sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan tehtävät ja vastuut. Johtamisjärjestelmän avulla asetetaan tulos- ja vaikuttavuustavoitteita, ohjataan niiden saavuttamista ja muutosten hallintaa. Riskienhallinnan ja sisäisen valvonnan menettelyt integroidaan osaksi johtamisen ja toiminnan prosesseja, rakennetaan sisälle organisaation toimintaprosesseihin. Näin merkittävimmät riskit tunnistetaan, niiden merkitys arvioidaan ja tarvittavat riskiä hallitsevat ratkaisut tehdään päätöksenteon, prosessien hallinnan ja toiminnan organisoinnin yhteydessä.

Kuntayhtymän sisäinen valvonta ja riskienhallinta on järjestelmällistä, jäsennettyä ja ajantasaista ja se perustuu systemaattiseen ja dokumentoituun toimintatapaan. Riskienhallinnan avulla parannetaan hyvää johtamis- ja hallintotapaa, raportointia ja lisätään sidosryhmien luottamusta. Sen avulla luodaan luotettava perusta suunnittelulle ja päätöksenteolle. Hyvä johtamis- ja hallintotapa muodostuu niiden prosessien ja rakenteiden yhdistelmästä, jota johto käyttää informoidessaan organisaatiota sekä toimeenpannessaan ja seuratessaan toimintoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Keusotessa on valmisteilla turvallisuus- ja riskienhallintapolitiikan asiakirja, jossa määritellään turvallisuuden johtamisen ja toiminnan perusteet sekä mitä kaikkea organisaation turvallisuustoiminta pitää sisällään.

Riskienhallinta on organisaation kaikilla tasoilla tapahtuvaa toimintaa. Riskit jaetaan Keusotessa strategisiin, taloudellisiin, operatiivisiin ja vahinkoriskeihin. Riskienhallintaa toteuttaa jokainen työntekijä omassa toiminnassaan. Riskienhallinnassa laatua ja turvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskin suuruus määritellään seurausten vakavuuden ja todennäköisyyden perusteella. Mitä vakavampi seuraus ja todennäköisempi tapahtuma, sitä suurempi riski. Riskienhallintaan kuuluu myös suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi. Riskienhallinnan työ ei ole koskaan valmista, vaan se on jatkuvaa tunnistamista, arviointia, kehittämistoimenpiteitä, seurantaa ja raportointia.

5.1 Tietosuoja ja tietoturva

Tietosuojan tavoitteena on varmistaa, että rekisterinpitäjä noudattaa tietosuojalainsäädäntöä (josta keskeisin on EU-tietosuojasetus 679/2016 ja Tietosuojalaki 1050/2018) henkilötietojen käsittelyssä, niin että yksityisyyden suoja ja oikeusturva voi toteutua. Käytännössä rekisterinpitäjän tulee varmistaa, että sen toiminnassa noudatetaan henkilötietojen käsittelyssä annettuja ohjeita, menettelysääntöjä ja lainsäädäntöä.

Käytännössä tietosuojan toteutuminen on rekisterinpitäjän (Keusote) vastuulla ja se on velvollinen osoittamaan ja antamaan näyttöä tietosuojavelvoitteiden hoitamisesta käytännössä. Henkilötietojen käsittelyn tulee perustua etukäteiseen suunnitteluun, dokumentointiin sekä oletusarvoiseen eli sisään rakennettuun tietosuojan periaatteeseen, jonka mukaan henkilötietoja käsitellään vain siinä määrin, kuin se on tarpeen kussakin yksittäisessä tapauksessa.

Tietosuojan osalta tulee erityisesti kiinnittää huomiota käsittelyn sisältämiin riskeihin, erityisesti riskeihin, jotka kohdistuvat henkilötietojen vahingossa tapahtuvaan tai laittomaan tuhoutumiseen, häviämiseen, muuttamiseen, luvattomaan luovuttamiseen tai henkilötietoihin pääsyyn liittyviin riskeihin.

Tietoturvan keskeisimmät tavoitteet ovat tietoturvalainsäädännön noudattaminen sekä tietoturvahkien ennakointi ja torjunta. Tietoturvalainsäädännöstä sekä viranomaismääräyksistä ja suosituksista Tietohallinto ylläpitää ajantasaista listausta ja pyrkii noudattamaan niitä. Tietoturvahkien torjunnassa on riskienhallinnalla keskeinen merkitys.

Lainsäädännöstä on nostettu erityisesti esille Tietoturvan tavoitteeksi saavuttaa 1.1.2020 voimaan tulleen Tiedonhallintalain (906/2019) tietoturvaluottamusta koskevat vaatimukset. Nämä koskevat mm. henkilöstöturvallisuusselvityksiä, tietojärjestelmien turvallisuutta, tietojen turvallista siirtämistä tietoverkoissa, tietoaineistoturvallisuutta, käyttöoikeuksien hallintaa sekä lokien keräämistä.

Tietoturvan hallintamallina Keusotessa käytetään Julkisen hallinnon digitaalisen turvallisuuden johtoryhmän (VAHTI) viitekehystä.

5.2 Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskien arviointi

Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskit voivat aiheutua esimerkiksi fyysisestä toimintaympäristöstä (mm. toimitilat, ympäristö, kalusteet, laitteet, tarvikkeet, toimintatavat), psyykkisistä tekijöistä (mm. kohtelu, itsemääräämisoikeuden toteutuminen, osallisuus, ilmapiiri, luotettavuus) tai sosiaalisista tekijöistä (mm. vuorovaikutuksen tai virikkeiden puute, toiset potilaat/asiakkaat ja henkilökunta) tai muista toimintatavoista. Riskit ovat usein monien virhetoimintojen summa.

Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että potilaat/asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä epäkohtia. Riskienhallinnassa asiakas-/potilasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa.

Johto vastaa siitä, että toiminnan turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja. Heillä on myös päävastuu myönteisen asenneympäristön luomisessa epäkohtien ja turvallisuuskysymysten käsittelylle. Riskienhallinta vaatii aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen. Työntekijöillä on velvollisuus tuoda esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat. Koko henkilökunnalta vaaditaan sitoutumista, kykyä oppia virheistä sekä muutoksessa elämistä, jotta turvallisten ja laadukkaiden palvelujen tarjoaminen on mahdollista.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden riskienhallintaa ja riskien arviointia tekee jokainen työntekijä päivittäisessä työssään. Systemaattisempaan riskienhallintaan on erilaisia työkaluja, joita käytetään riskien tunnistamisen, arvioinnin, seurannan ja raportoinnin tukena. Näitä työkaluja ovat mm. HaiPro-järjestelmä, asiakaspalautteet, muistutukset, epäkohtailmoitukset. Kuntayhtymässä on käytössä WPro-riskien arviointi työkalu, joka on enemmän työntekijää koskevien työn ja työpaikan vaarojen ja terveydellisten haittojen arviointiin tarkoitettu työkalu, mutta sen kautta tulee usein esiin myös asiakas- ja potilasturvallisuutta koskevia riskejä. Toimintayksikön erilaiset ohjeistukset ja suunnitelmat ovat osa riskienhallintaa ja arviointia. Näitä ovat mm. turvallisuussuunnitelma, pelastussuunnitelma, poistumisturvallisuusselvitys, lääkehoitosuunnitelma, rajoitustoimenpideohjeet, hygieniaohjeistukset, saattohoidon ohjeet jne.

6. Osaamisen varmistaminen

6.1 Osaamisen johtaminen

Kyvykäs ja hyvinvoiva henkilöstö on yksi Keusoten strategisista tavoitteista. Osaamisen johtamisen perustana toimivat strategiset kyvykkyydet, jotka määritellään Keusotessa vuoden 2020 aikana. Strategiset kyvykkyydet kuvastavat organisaation osaamisia ja vahvuuksia, joiden avulla mahdollistetaan strategiassa onnistuminen. Osaamisen johtamisen kokonaisuus koostuu Keuakatemiasta, joka tarkoituksena on koota Keusotessa tapahtuva osaamisen kehittäminen yhteen.

6.2 Tulevaisuuden osaamisen tarpeiden ennakkointi

Tulevaisuuden osaamistarpeiden ennakkointityö on osa strategisten kyvykkyyksien määrittelytyötä, jonka avulla varmistetaan, että henkilöstön osaamisen kehittäminen perustuu tulevaisuuden tarpeisiin.

Keusotessa on 1.6.2020 otettu käyttöön [LaaS](#) (Leadership as a service) -digitaalinen johtamispalveluiden ja oppimisen verkkoalusta, jonka avulla tiimit ja yksilöt voivat tulevaisuudessa määritellä osaamisen tarpeitaan. LaaSin sisälle on rakennettu osaamisen tarpeita kuvaava kysely, joka on mahdollista ottaa käyttöön vuonna 2021.

Henkilöstö- ja koulutussuunnitelmaan kirjataan vuosittain palvelualueiden koulutustarpeet tulevalle vuodelle. Vuodesta 2021 henkilöstö- ja koulutussuunnitelma toteutetaan osana talousarviosuunnitelmaa. Henkilöstöpalvelut ovat mukana tukemassa palvelu- ja tulosalueiden osaamistarpeiden ennakkointia. Koulutussuunnitelmien toteutumisen seuranta ja arviointi on osa tätä prosessia.

Keusotessa on käytössä kehityskeskustelu-pohjat, joita esimiehet ja työyhteisöt hyödyntävät omassa osaamis- ja koulutustarpeiden määrittelyssä.

6.3 Perehdytys ja ammatillisen osaamisen varmistaminen

Keusoten uusien ja uusiin työtehtäviin siirtyvien työntekijöiden perehdyttämisen tueksi valmistellaan geneeristä kuntayhtymätasoisia perehdytysprosessia ja toimintamallia.

Jokaisella ammattihenkilöllä tulee olla tehtävän vaatima koulutus ja osaaminen sekä riittävät tiedot ja taidot työtehtävien turvalliseen ja hyvään suorittamiseen. Ammattipätevyyksien tarkistamisesta vastaa rekrytoiva esimies. Esimies varmistaa, että jokaiselle työntekijälle tarjotaan riittävä, työntekijän työtehtävän ja aseman edellyttämä perehdytys. Perehtymisen tavoitteena on Keusoten yhteisten käytäntöjen, menetelmien ja toimintamallien käyttöönotto sekä oman tehtäväkuvan haltuunotto.

Lain 1136/2013 taloudellisesti tuetusta ammatillisen osaamisen kehittämisestä tarkoituksena on edistää työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittymistä työpaikoilla.

Saadakseen verovähennyksen tai sitä vastaavan taloudellisen kannusteen työnantajan on laadittava työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittämiseksi koulutussuunnitelma.

6.4 Osaamisen kehittämisen menetelmät

Keusoten strategisena tavoitteena on yhteisöohjautuvuuden toteutuminen kaikissa työyhteisöissä. Yhteisöohjautuvuus- hanke tähtää esimiesten ja työyhteisöjen kehittämiseen jaetun johtajuuden mallin mukaiseksi. Esimiehiä valmennetaan ja koulutetaan toimimaan valmentavasti ja työyhteisöt alkavat kokeilujen kautta ottaa vastuuta tiimin yhteisistä asioista. Hanke etenee aalloittain ja on yksi keskeisimmistä esimiesvalmennuksista Keusotessa, joka koskettaa kaikki esimiehinä toimivia henkilöitä. Yhteisöohjautuvuus-hankkeen myötä Keusote on kouluttanut 20 kulttuuriagenttia (Keugenttia) tukemaan ja sparraamaan työyhteisöjä ja esimiehiä kulttuurin muutoksessa.

Formaalien koulutusten lisäksi Keusote haluaa tukea esimiehille ja henkilöstölle osaamisen kehittymistä LaaS-palveluiden avulla. LaaS-palvelut ovat henkilöstön itsensä tuottamia koulutustuokioita, joita muut voivat tilata LaaS:n kautta. Esimerkiksi Excelin-perusteet ja työajanseurantajärjestelmän -tuki ovat olleet suosittuja palveluita.

Vuoden 2020 aikana Keusotessa käynnistettiin Minun urani Keusotessa-ohjelma. Sen tavoitteena on työuran jatkumisen tukeminen uraohjauksen kautta. Käytännössä ohjelman tarkoituksena on tarjota uraohjausta yhteistyössä Keudan ja Hyrian kanssa.

Keusote haluaa tukea yksilöllisiä urapolkuja ja osaamisen kehittymistä. Ohjelman yhtenä tavoitteena on luoda hyvää työntekijäkokemusta ja tukea työuran jatkumista Keusotessa. Ensivaiheessa ohjelma on suunnattu niille työntekijöille, joille etsitään uutta työtä Keusotesta. Suunnittelussa ja toteutuksessa ovat mukana esimiehet, henkilöstön edustajat, henkilöstöpalvelut, oppilaitokset, työterveyshuolto sekä kuntien eläkevakuutusyhtiö.

6.4.1 Asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus

Keusoten koulutussuunnittelu tukee asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurin luomista ja sen edistämistä. Se tarkoittaa tämän näkökulman huomioimista kaikessa järjestettävässä koulutuksessa erityisesti tämän teeman ympärille rakennetun koulutuksen lisäksi. Koulutusten suunnittelun lähtökohtana on organisaation eri tasoilta nousevien kehittämistarpeiden tunnistaminen ja henkilöstön osaamisen varmistaminen. Kehittämistarpeiden perusteella laaditaan vuosittain koulutussuunnitelmat palvelualueittain sekä koko Keusoten tasoisesti. Koulutusten suunnittelussa ja kehittämistarpeiden tunnistamisessa voidaan hyödyntää myös kokemusasiantuntijoita ja heidän mukanaan tuomaansa osallisuuden ja asiakkuuden näkökulmaa.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisessä ja koulutustarpeiden tunnistamisessa on keskeistä, että haittatapahtumista raportoidaan ja Haipro-ilmoitukset käsitellään oikein. Haipro-järjestelmän oikeaa käyttöä koulutetaan systemaattisesti henkilöstölle, ilmoitusten käsittelijöille sekä työyksiköille ja tiimeille. Myös Haipro-järjestelmän hyödyntämistä koulutussuunnittelun välineenä kehitetään.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta erityisiä osaamisen varmistamisen tarpeita liittyy esimerkiksi potilassiirtoihin yksiköstä toiseen, turvalliseen lääkehoitoon, lääkinnällisten laitteiden käyttöön, kaatumisten ehkäisyyn, lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen sekä haastavan asiakkaan kohtaamiseen. Koulutuksen keskeisenä tavoitteena on lisätä näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä toimintakulttuurissa. Koulutuksessa hyödynnetään Keusoten sekä sen toimintayksiköiden toimintamalleja ja ohjeistuksia, kuten esimerkiksi toimintayksiköiden lääkehoitosuunnitelmia, kaatumisten ehkäisyyn tarkoitettuja näyttöön perustuvia toimintatapoja sekä Keusoten lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suunnitelmaa. Näiden toimintamallien jalkauttaminen arkityöhön on toisaalta eräs tärkeä koulutuksen tavoite.

Systemaattista, aikaan ja paikkaan situmatonta asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutusta tarjoaa esimerkiksi Duodecimin Oppiportissa julkaistu Potilasturvallisuuden koulutuskokonaisuus, joka koostuu yhdeksästä verkkokurssista sekä sähköisestä taustalukemistosta. Duodecimin Oppiportin Potilasturvallisuuden koulutuskokonaisuuden suorittaminen edellytetään jokaiselta potilashoitoon osallistuvalla työntekijältä.

Asiakas- ja potilasturvallisuudessa keskeistä koko Keusoten tasolla on myös palo- ja pelastussuunnitelmien sekä henkilöstö- ja henkilöturvallisuuden riittävä osaaminen. Henkilöstön

hätäensiapu- ja elvytysosaamisen ammattiryhmäkohtainen riittävän osaamisen taso määritetään toimintayksiköittäin ja täydennyskoulutusta järjestetään säännöllisesti tehtävien vaatimalla tavalla.

6.4.2 Lean- koulutukset

Keusoten työntekijät ja johto perehdytetään Lean-filosofiaan sisäisellä koulutuksella. Organisaatio tarjoaa kaikille työntekijöille avointa Lean-koulutusta ja tämän lisäksi Lean-palvelua räätälöidään arjen tarpeisiin työtiimien tarpeiden mukaisesti.

Keusujuvat prosessit -koulutus on tarkoitettu moniammatillisille työryhmille. Työryhmien koulutuksen aikana ryhmä saavuttaa huomattavia parannuksia valitsemassaan asiakasprosessissa, jonka avulla vähennetään hukkatyötä ja tarpeetonta vaihtelua. Koulutuksen tavoitteena on valmentaa työntekijöistä ongelmanratkaisijoita, jatkuvan parantamisen rutiinin luominen tiimiin ja Lean-periaatteiden soveltaminen oman työn kehittämisessä sekä parantunut kyky vastata alueen asiakkaiden tarpeisiin. Koulutuksen aikana ryhmä tunnistaa asiakasarvon, valitsee yhden alueensa ydinprosessin, jossa tunnistetaan asiakaslähtöinen ongelma, asettaa mitattavan tavoitteen ja tavoittelee huomattavia parannuksia valitsemassaan prosessissa. Ryhmä kehittää ongelmanratkaisutaitojaan ja kokeilee erilaisia toimintamalleja kohti tavoitetta samalla oppien itse- ja yhteisöohjautuvuuden taitoja. Ryhmä valitsee keskuudestaan coachin, joka voi olla esimies tai työntekijä. Coachin tehtävänä on vastata kehittämistyön etenemisestä työryhmän arjessa koulutuksen aikana. Koulutuksen suorittaminen edellyttää ryhmäläisten läsnäoloa lähipäivissä ja toiminnan raportointia A3-ongelmanratkaisutyökalun avulla sekä loppuentin.

Lean Transformaatio -koulutus on tarkoitettu johdolle ja esimiehille. Koulutuksen tavoitteena ovat johtamisen muuttuminen systemaattista ongelmanratkaisua valmentavaksi ja itseohjautuvuutta tukevaksi sekä tiimien toiminnan muuttuminen kohti jatkuvan parantamisen rutiinia ja näkyväksi päivittäisjohtamisen avulla. Koulutuksen aikana esimies edistää jatkuvan parantamisen rutiinin vakiintumista arjessa ja nimeää alueeltaan työryhmän, joka osallistuu aktiivisesti prosessin parantamiseen kohti asetettua tavoitetta. Työryhmä valitsee yhden alueensa ydinasiakasprosesseista, jossa tunnistetaan asiakaslähtöinen ongelma ja tavoitellaan huomattavia parannuksia koulutuksen aikana. Koulutuksen suorittaminen edellyttää läsnäoloa lähipäivissä ja pienryhmäohjauksissa sekä A3-ongelmanratkaisutyökalun käyttöä asetettujen kriteerien mukaisesti.

Valmennusten aikana ja niiden jälkeen, jatkuvan parantamisen rutiinia ja kehittämistyön tuloksia seurataan palvelualueiden johtotiimeissä.

6.4.3 Päivittäisjohtaminen

Päivittäisjohtamisen tavoitteena on varmistaa strategian toteutuminen arjen toiminnassa ja se, että kaikki työntekijät tietävät yksikkötasolla konkretisoidun toiminnan tavoitteen ja työtehtävät päivä- tai työvuorotasolla. Päivittäisjohtamista toteutetaan visuaalisesti (päivittäisjohtamisen taulut ja -kokoukset) mittareiden ja tunnuslukujen avulla. Päivittäisjohtamisen kokousten tarkoituksena on seurata tavoitteen toteutumista ja nostaa esille siihen pääsemistä estäviä laatuun, turvallisuuteen, toimintavarmuuteen ja/tai kustannuksiin liittyviä tekijöitä (poikkeamia) sekä ratkaista niitä arjen toiminnassa, kokeilujen avulla.

6.4.4 Asiakslähtöisen toiminnan koulutukset

Asiakslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollossa laadunhallinnan ja palvelutoiminnan kehittämisen keskeisiä periaatteita. Asiakslähtöistä toimintakulttuuria edistetään osana olemassa olevia rakenteita kuten yhteisöohjautuvuus, perehdytys, tavoite- ja kehityskeskustelut sekä Lean -koulutukset ja -valmennukset. Tulevaisuudessa räätälöityjä asiakslähtöiseen toimintaan liittyviä koulutuksia voi tilata LaaS –palvelun kautta ja osana keugentti -toimintaa. Toimintakulttuurin kehittymistä seurataan asiakaspalautteen, asiakaspalautteesta nostettujen kehittämiskohteiden sekä päivittäisjohtamisen avulla.

6.4.5 Laadunhallinnan koulutukset

Keusotessa toteutetaan henkilöstölle SHQS-laatuohjelman käyttöönottoon liittyen menetelmä- ja sisäisten auditoijien koulutuksia laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti.

Menetelmäkoulutuksissa perehdytään

- Sosiaali- ja terveystalvelujen laadunarvointikriteeristön rakenteeseen ja sisältöön
- Kriteeristön käyttöön itsearvointivälineenä
- Itsearvointimenetelmään kehittämistyon tukena
- SHQS-laatuohjelmaan laatujärjestelmän viitekehysten ja laadunhallintamenetelmän

Sisäisten auditoijan koulutuksissa perehdytään

- Arvioimaan oman organisaation toimintaa laatuvaatimusten mukaisesti
- Sisäisen auditoinnin menetelmään, arvioinnin toteuttamiseen ja raportointiin

Laadunhallintaan liittyvän osaamisen varmistamiseksi Keusotessa järjestetään vuodesta 2021 alkaen prosessiosaamisen ja dokumenttien hallinnan täydennyskoulutusta.

7. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen

7.1 Asiakkaan kohtelu

Keusoten palvelulupauksen mukaan asiakas saa laadukasta palvelua tarpeen mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan palvelu on asiantuntevaa, oikeudenmukaista, oikean tasoista ja oikea-aikaista. Palvelulupaus sisältää sen, että asiakas ja hänen läheisensä saavat vaikuttavaa palvelua, joka koetaan hyväksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla ja potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää kohtelua ilman syrjintää siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan ja asiakkaan äidinkieli, kulttuuri ja hänen yksilölliset tarpeensa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 3 §; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 4 §.) Perustuslain 6 §:ään sisältyvä kaikkien ihmisten yhdenvertaisuus ja tasa-arvoinen kohtelu ovat keskeisiä arvoja. Perustuslaissa on erikseen mainittu, että lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilönä. Lisäksi lastensuojelulaki määrittää erikseen mm sen, että laitoshuollon osalta lasten hyvää kohtelua varten on oltava suunnitelma. Sosiaalihuollon henkilökunnalla on sosiaalihuoltolain (1301/2014) 48 § ja 49 §:ien mukainen ilmoitusvelvollisuus, jos he tehtävissään

huomaavat epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia, kuten kaltoin kohtelua asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta ja Keusoten toimintaohjeista on kerrottu tarkemmin luvussa 4.3.4 Omavalvonta.

7.2 Asiakkaiden ja asukkaiden osallistaminen

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän osallisuusohjelma 2020-2025 on hyväksytty kuntayhtymän valtuustossa 21.11.2019, §39, vahvistamaan asukkaiden osallisuus- ja vaikuttamismahdollisuuksia. [Osallisuusohjelmassa](#) määritellään, mitä osallisuudella tarkoitetaan ja nimetään tavoitteet osallisuuden edistämiseksi. Osallisuus ymmärretään olevan kuulluksi, arvostetuksi ja ymmärretyksi tulemista. Se on halua ja mahdollisuutta päättää ja vaikuttaa omissa ja yhteisissä asioissa. Osallisuutta lisätään rakentamalla kuulemisen, kohtaamisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia. Henkilöstölle osallisuusohjelma sisältää toimintaohjeita, asukkaille/asiakkaille tietoa osallistumismahdollisuuksista ja päättäjille se on väline osallisuustavoitteiden toteutumisen arviointiin.

Osallisuuden edistämisen tavoitteena on tehostaa palvelujen oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta arvioimalla yhdessä asiakkaiden kanssa palvelukokemuksia ja kehittämisideoita. Tavoitteena on vahvistaa asiakkaan aktiivista roolia omassa palvelussaan. Osallisuus vahvistaa myös henkilöstön ymmärrystä väestön palvelutarpeista ja väestön ymmärrystä palvelutoiminnasta edistään asiakkaiden itsenäistä selviytymistä. Osallisuusohjelman tavoitteena on tukea asiakaskohtaista osallisuutta edistävää palvelutoimintaa, kuulluksi ja kohdatuksi tulemista sekä vaikuttamista omaan hyvinvointiin ja palveluprosessiin. Palvelutoiminnassa osallisuuden edistäminen edellyttää uusien osallistumisen ja kokemustiedon tuottamisen välineiden ja menetelmien kehittämistä ja hyödyntämistä, viestintää sekä digitaalisten menetelmien kokeilemistä ja käyttöönottoa.

Keskeinen ajatus on, että osallisuus on organisaation läpäisevä toimintakulttuuri, joka näkyy tavoitteissa ja teoissa. Osallisuutta edistävää toimintakulttuuria tarkastellaan neljästä näkökulmasta: osallisuus 1) tiedonsaannissa ja asiointissa, 2) palvelutilanteessa, 3) kehittämisessä sekä 4) strategiatasolla. Tavoitteena on, että asiakasosallisuutta edistetään saavutettavuuden, kohtaamisen ja yhdessä kehittämisen kautta koko organisaatiossa. Kuntayhtymän osallisuusohjelmassa osallisuus nähdään tavoitetilana, johon pyrkiminen edellyttää tietoisia valintoja organisaation kaikilla tasoilla ja yhteisillä rajapinnoilla. Osallisuuden raportointityökalun avulla tulosyksiköt raportoivat osallisuuden toteutumisesta alueillaan ja saadun tiedon kautta pystytään edelleen kehittämään osallisuuden toteutumista

7.2.1 Asiakaspalaute

Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asiakaskokemus on yksi Keusoten strategisista tavoitteista. Haluamme, että asukkaat tulevat kuulluksi ja heidän tarpeensa ymmärretyiksi. Panostamme asiakaskokemukseen kaikessa toiminnassamme.

Asiakaspalvelun laatua seurataan asiakaspalautteiden sekä laadun seurannan mittareiden avulla. Asiakaspalautteista nostetaan vuosittain yhtymätasoiset kehittämisen painopistealueet. Asiakaspalautetta kerätään systemaattisesti kuntayhtymän ulkoisilta asiakkailta, kuten potilailta, omaisilta/läheisiltä ja yhteistyökumppaneilta. Sisäisen asiakaskokemuksen kehittäminen käynnistetään vuoden 2021 aikana. Palautetta kerätään monikanavaisesti. Asiakas voi antaa palautetta suoraan henkilökunnalle, paperisella palautelomakkeella, yhtymän Internet-sivuilla olevalla verkkolomakkeella sekä toimipisteissä olevilla kiinteillä Roidu-laitteilla ja työntekijöiden

mukana kulkevilla mobiililaitteilla. Verkkokyselyn kautta tapahtuvaa palautteen keruuta tehostetaan QR-koodien avulla. Roidu-laitteet on tarkoitettu välittömän asiakaspalautteen nopeaan keräämiseen vastaanotoilla tai asiakastapaamisten päätteeksi. Palaute tulee käsitellä ja asiakkaaseen olla yhteydessä kuntayhtymän laatukriteerien mukaisesti viiden työpäivän sisällä. Palautteiden käsittely on tarkemmin kuvattu asiakaspalautteen kerääminen, käsittely ja raportointi toimintaohjeessa. Asiakaspalautteiden käsittelyn prosessi on kuvassa 8.

Kuva 8. Asiakaspalautteiden käsittelyn prosessi

Asiakasraadit

Asukaskehittäjät

Toimintayksiköt kutsuvat asukaskehittäjiä vastaamaan sähköisiin kyselyihin, osallistumaan työpajoihin tai muihin järjestämiinsä tapahtumiin kartoittaessaan nykytilaa ja kehittäessään toimintaansa. Toiminta on osa osallisuusohjelmaa ja integraatiopalvelut koordinoivat sitä yhteistyössä.

Asukaskehittäjien ohella organisaation toimijat voivat vapaasti osallistaa asiakkaitaan prosessin kehittämiseen kutsumalla heitä mukaan kertaluonteisiin tai pidempiaikaisiin asiakasraateihin, joiden tavoitteet ja sisällön palvelualueet/yksiköt itse määrittelevät.

[Asiakkaan osallisuus ja asukaskehittäjätoiminta](#)

Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista tai läheisen henkilön kautta kertynyttä kokemusta jostakin psyykkisestä tai fyysisestä sairaudesta, vammasta tai muusta vaikeasta elämäntilanteesta. Kokemusasiantuntijana toimiminen edellyttää kokemusasiantuntijakoulutuksen suorittamista.

Keusotessa kokemusasiantuntijan tehtävänä voi olla palveluiden arvioiminen, suunnittelu ja kehittäminen, ammattilaisen työparina toimiminen, erilaisiin työryhmiin, asiakasraateihin ja tapahtumiin osallistuminen, ryhmänohjaus sekä vertaisryhmissä toimiminen. Kokemusasiantuntija voi ohjata ja neuvoa asiakkaita palveluiden piiriin ja antaa tietoa Keusoten palveluista sekä asiakkaille että yhteistyökumppaneille.

Keusotessa kokemusasiantuntija- ja vertaisohjaajakoulutusta toteutetaan yhteistyössä [Werkon KOKEWA -hankkeen kanssa](#).

7.2.3 Verkostokonsulttitoiminta

Huolestuttavat tilanteet saattavat houkuttaa toimimaan monologisesti ja voi tulla tarve hallita toisten toimia tai jopa ajatuksia. Tuolloin kiinnostus toisen toimintaan ja ajatteluun vähenee, mikä on este kuulluksi tulemiselle. Kun tarkoitus on edistää osallisuutta ja saavuttaa hyviä voimavarojen yhdistelmiä (asiakkaiden, työntekijöiden, läheisverkostojen kesken) tarvitaan dialogisia kohtaamisia verkostojen välillä. Keusoten verkostokonsulttitoimintaa koordinoidaan ulkoisen integraation yksiköstä, josta konsultin voi tarvittaessa tilata asiakas- ja/ tai työntekijätilanteisiin. Verkostokonsultit ovat tilanteeseen nähden ulkopuolisia ja huolehtivat siitä, että jokainen osallistuja saa rauhassa puhua asiansa omasta näkökulmastaan käsin sekä kuunnella muiden ajatuksia tilanteesta. Verkostokonsultti ei neuvo, ota kantaa tai pyri vaikuttamaan käsiteltävään asiaan. Verkstopalaverissa vuoropuhelun lopputuloksena syntyy yhteistyösuunnitelma (esim. hoito-, kuntoutus- tai toimintasuunnitelma), johon toimijat sitoutuvat osallistuttuaan palaveriin.

7.2 Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta

Infektio- ja tartuntatautiyksikön perustehtävän määrittelee Tartuntatautilaki (1227/2016), joka edellyttää kuntayhtymältä mm. tartuntatautien ehkäisyyn, tautien varhaistoteamiseen ja seurantaan, epidemian selvittämiseen tai torjumiseen kohdentuvia toimenpiteitä sekä tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn tutkimuksen, hoidon sekä hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan hoitamista. Infektio- ja tartuntatautiyksikön operatiivisesta toiminnasta vastaa kuntayhtymän tartuntatautilääkäri johtajaylilääkärin alaisuudessa.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö perehtyy tunnettuihin hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan toimintatapoihin ja suunnittelee, priorisoi ja ohjaa sovittujen toimintatapojen käyttöönottoa yhdessä Keusoten toimintayksiköiden ja sairaanhoitopiirin kanssa.

Infektio- ja tartuntatautiyksikön tehtävänä on ylläpitää toimintayksiköiden hygieniavastuuhoitajien verkostoa ja toteuttaa verkostoyhdyshenkilöiden kanssa vuosittain 1-2 yhteistä interventiota työyksiköihin. Interventio voi olla esimerkiksi hoitoon liittyvien infektioiden prevalenssitutkimus tai käsihuuhdekulutuslaskenta. Hyödyllisimmiksi osoittautuvia tutkimuksia

toistetaan seuraavina vuosina tai hyväksi havaittuja seurantatapoja sulautetaan osaksi yksiköiden perustyötä.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö seuraa alueensa antibiooteille vastustuskykyisten bakteerien esiintyvyyttä osallistumalla Hyvinkään sairaanhoitoalueen seurantaan ja edistää halutunlaisia antibioottien käyttötapoja. Infektio- ja tartuntatautiyksikkö huolehtii kantajuus- ja altistumistietojen lisäämisestä ja purkamisesta erikoissairaanhoidon kanssa ja edistää halutunlaista antibioottien käyttötapoja.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö osallistuu ja myötävaikuttaa toimintatapoihin henkilöstön rokotussuojan ylläpitämiseksi. Työtä tehdään yhdessä kuntayhtymän henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon kanssa. Henkilöstön tietoisuutta ammattilaisten rokotuskattavuuden merkityksestä edistetään yhdessä viestinnän kanssa.

Infektio- ja tartuntatautiyksikkö vastaa oman substanssitoimintansa tiedon keräämisestä, toiminnan ja hankkeiden raportoinnista ja tehdyn työn vaikuttavuuden arvioinnista. Infektio- ja tartuntatautiin tuottamat ohjeet ja koulutukset ovat velvoittavia ja kukin työyksikkö ja työntekijä sitoutuu annettuihin ohjeisiin ja osallistuu koulutuksiin.

7.3 Tiedon välitys ja kirjaaminen

Kuntayhtymään siirtyi jäsenkunnista yhteensä 15 eri asiakas – ja potilastietojärjestelmää ja näiden lisäksi muita järjestelmiä- ja sovelluksia. Useiden rinnakkaisten järjestelmien käyttäminen on tunnistettu riski sujuvalle tiedonkululle, tiedonhallinnalle ja asiakas- ja potilasturvallisuudelle. Kuntayhtymän tavoitteena on luoda hallittava ICT-järjestelmäarkkitehtuuri vuoden 2023 loppuun mennessä. Asiakas- ja potilasrekisteristä vastaa kuntayhtymän johtaja.

Tiedon välityksestä ja kirjaamisesta on säädetty laissa ja asetuksissa. Terveystieteidenhuollon ammattihenkilöistä annetusta laissa (559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (785/1992). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) määrittää sosiaalihuollon salassapitoa, vaitiolovelvollisuutta ja tietojen luovuttamista. Tietoturva ja tietosuojaa on kuvattu tarkemmin luvussa 5.1.

Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) on säädetty potilasasiakirjojen sisällöistä, kuten potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Valvira on laatinut oppaan potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat>).

Potilasasiakirjoihin on terveydenhuollon ammattihenkilön tai hänen ohjeistuksensa mukaisesti muun hoitoon osallistuvan henkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella

- potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa sekä edistää hoidon jatkuvuutta
- potilaan tiedonsaantioikeutta ja oikeusturvaa
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa
- terveydenhuollon palvelujen turvallisuutta ja laadunvalvontaa
- toiminnan suunnittelua ja arviointia sekä tutkimusta ja opetusta

Potilasasiakirjojen merkinnöistä tarkemmin liitteessä 5.

Laki sosiaalihuollon asiakirjoista (254/2015) määrittää sosiaalihuollon asiakastyötä tekevien ammatillisen henkilöstön sekä avustavan henkilöstön kirjaamisvelvollisuutta. Siinä veloitetaan kirjaamaan sosiaalihuollon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan kannalta tarpeelliset ja riittävät tiedot määrämuotoisina asiakirjoina ja tallentamaan ne. Asiakasasiakirjoissa käytettävän kielen on oltava selkeää ja ymmärrettävää, ja niissä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Laki määrittää eri asiakirjatyyppejen sisältöjä.

Keusotessa potilaan ja asiakkaan hoidon tai palvelun riittävää ja oikeaa kirjaamista ohjaavat kirjaamisohjeet, joita on eri kunnissa ja yksiköissä vielä erilaisia johtuen eri asiakas- ja potilastietojärjestelmistä. Tavoitteena on luoda Keusoteen yhteiset kirjaamisohjeet järjestelmien yhtenäistämisen myötä.

7.4 Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuus

Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuutta ohjaa laki terveysthuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010). Lain mukaan toimintayksikön tulee a) varmistaa laitteiden turvallinen käyttö, b) ennakoida vaaratilanteet ja ilmoittaa niistä tarpeen mukaan valvovalle viranomaiselle, c) ylläpitää laitteiden seurantajärjestelmää ja d) nimetä vastuuhenkilöt vastaamaan lakien ja asetusten noudattamisesta. Lain edellyttämät vaatimukset on esitelty tarkemmin liitteessä 6.

Kuntayhtymä vastaanotti liikkeenluovutuksen yhteydessä jäsenkuntiensa terveysthuollon laitteet, tarvikkeet ja apuvälineet. Kunta-aikaiset laiteturvallisuuden käytännöt yhdenmukaistetaan vuoden 2021 aikana. Terveysthuollon laadunhallinnan ja turvallisuuden päätavoitteet ovat:

- a) Laitteiden turvallisen käytön takaamiseksi yhtenäistetään käytössä olevat ohjeistukset ja seurantamenetelmät. Käyttöön otetaan laitepassi, johon dokumentoimaan henkilöstön laitekoulutautuminen. Tavoitteena on varmistaa, että henkilöstö on systemaattisesti perehdytetty tarvitsemiensa laitteiden käyttöön ja laitteen käytön osaamista on ylläpidetty.
- b) Laitteista johtuvien vaaratilanteiden ennaltaehkäisemiseksi toiminnan ohjauksessa kiinnitetään huomio erityisesti uusien laitteiden käyttöönottoon, uuden henkilöstön ja lyhytaikaisten sijaisten perehdytykseen sekä asiakkaiden kotikäyttöön luovutettavien laitteiden käytön ohjaukseen.
- c) Keusotella ei ole yhtä yhteistä terveysthuollon laitteiden seurantajärjestelmää ja laiterekisteriä. Yhtenäisen seurantarekisterin hankinnan tarvetta kartoitetaan. Vuoden 2021 aikana alueellinen apuvälinetoiminta laajenee ja jatkossa apuvälineiden hankinnasta, huolloista ja turvallisuudesta vastaa Hyvinkään sairaalan apuvälineyksikkö ja HUS apuvälinekeskus.
- d) Varmistetaan, että kaikissa toimintayksiköissä on lain edellyttämät nimetyt vastuuhenkilöt. Vastuuhenkilöiden tehtävänä on vastata siitä, että toiminnassa noudatetaan lain ja sen nojalla annettuja säännöksiä ja määräyksiä. Vastuuhenkilöt ovat myös keskeisessä roolissa uusien toimintatapojen jalkauttamisessa.

7.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen hoitokäytännöillä

Asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää sitä, että hoitokäytännöt ja toimintatavat ovat laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Terveystieteiden laissa (1326/2010) 8 § edellyttää, että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Keusotessa pyrkimyksenä on edistää uusimpaan tutkimusnäyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen toteutumista huomioiden asiakkaan ja potilaan omatoimisuuden tukeminen. Asiakas- ja potilasturvallisuusnäkökulman toteutuminen hoitokäytäntöjä sovellettaessa varmistetaan laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan avulla (ks. luku 3.3). Kuntayhtymässä on käytössä lukuisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Keusotessa otetaan käyttöön laadunhallintajärjestelmä, joka mahdollistaa mm. hoitokäytäntöihin liittyvän yhdenmukaisen dokumentaation ja sen hallinnan yhteisessä paikassa. Järjestelmä tukee omalta osaltaan yhtenäisten hoitokäytäntöjen toteutumista.

Painopiste asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta on alueellisesti sovitut toimintatavat mm. hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy ja torjunta (ks. luku 7.2), kaatumisten ja tapaturmien ehkäisy, painehaavojen ehkäisy sekä vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito. Näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen käyttöönottoa edistetään monin eri tavoin esim. tekemällä tutkimustyötä tutkimus- kehittämis- ja innovaatiokeskuksen koordinoimana sekä tekemällä jatkuvaa yhteistyötä yliopistojen, erikoissairaanhoidon ja eri oppilaitosten kanssa. Lisäksi turvallisten ja ajantasaisten hoitokäytäntöjen toteutumista vahvistetaan koulutussuunnitelman avulla.

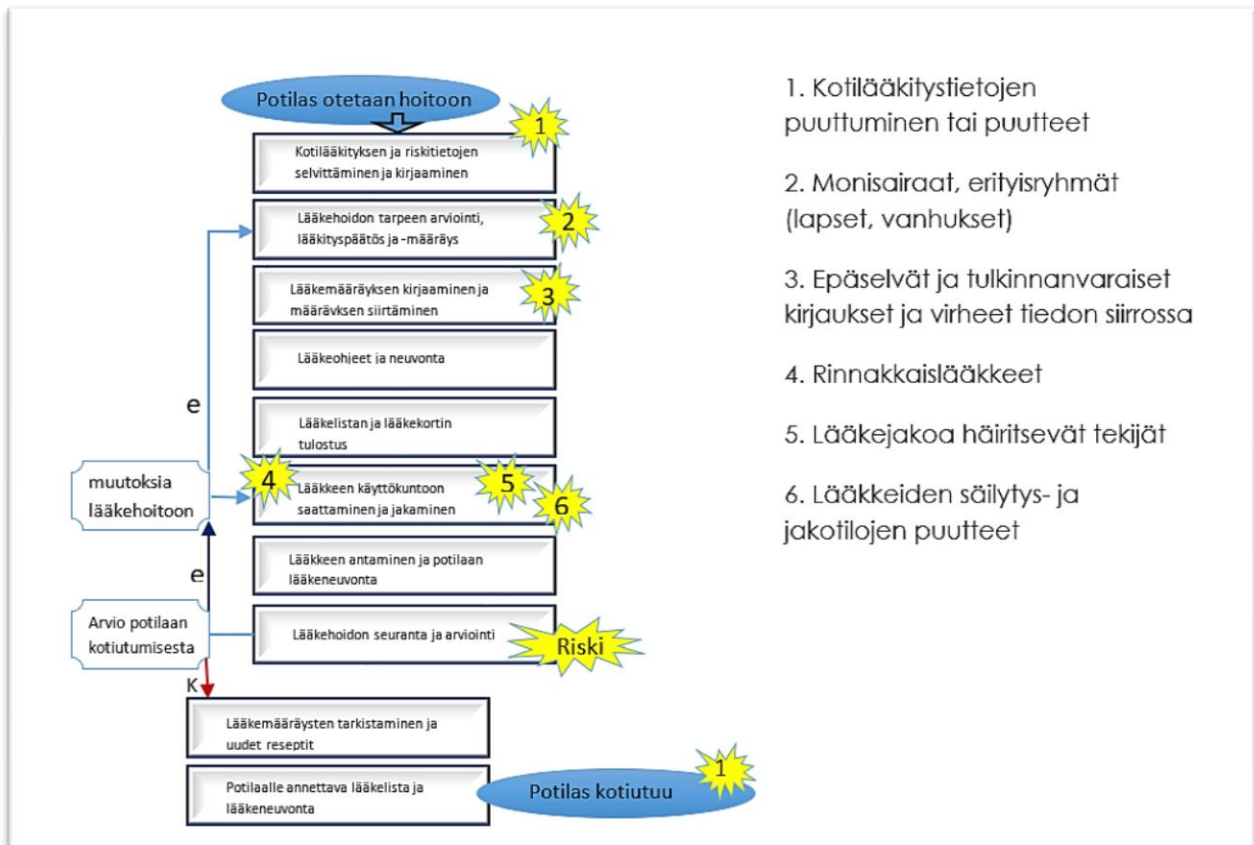
7.6 Turvallinen lääkehoito

Merkittävä osuus potilasturvallisuuden vaaratapahtumista liittyy lääkehoitoon. Turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi kuntayhtymälle on laadittu lääkehoitosuunnitelma, joka on osa potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmaa.

Suunnitelman tavoitteena on vähentää lääkehoidosta johtuvia haittoja ja poikkeamia organisaation kaikilla tasoilla ja selkeyttää eri toimijoiden vastuita. Lääkehoitosuunnitelma koskee koko kuntayhtymän lääkehoitoa toteuttavia työyksiköitä. Suunnitelmasta vastaa Keusoten lääkehoitosuunnitelma -työryhmä, jonka alaisuudessa moniammatilliset työryhmät työskentelevät.

Keusoten lääkehoitosuunnitelma ohjaa alueensa työyksiköitä oman lääkehoitosuunnitelmansa laadinnassa. Suunnitelma linjaa palvelualueiden työyksiköissä toteutettavan lääkehoidon periaatteet. Suunnitelma esittää lääkitysturvallisuuden johtamiseen sekä lääkehoidon järjestämiseen, toteuttamiseen, dokumentointiin, tiedonkulkuun ja seurantaan liittyvät vastuujao, velvollisuudet ja työnjaot sekä kuvataan lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden osaamisvaatimukset, osaamisen varmistaminen ja ylläpito.

Suunnitelma ohjaa lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistamisessa ja niihin varautumisessa sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa työyksiköissä. Lääkehoidon toteutuksessa kiinnitetään erityistä huomiota työyksikön omassa toiminnassa tunnistettuihin riskikohtiin. Kuvassa 9 on esimerkki osastotoiminnan lääkehoidon riskikohdista.



Kuva 9. Osastotoiminnan lääkehoidon riskikohdat (Lähde Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri V. Siemala 2012)

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän lääkehoitosuunnitelma perustuu Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen Turvallinen lääkehoito -oppaaseen (THL 2016). Lisäksi suunnitelmassa on huomioitu lääkitysturvallisuuteen liittyviä asioita Fimean Turvallinen lääkehoito -oppaan päivityksestä, joka oli lääkehoitosuunnitelmaa laadittaessa luonnosvaiheessa.

7.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon muu fyysinen ympäristö

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varusteet. Toimitilojen tulee olla turvalliset ja toimivat sekä terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle sopivia. Toimitilojen suunnittelussa ja käytössä on huomioitava asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja edellytykset, esteettömyys ja yksityisyyden suoja. Tilasuunnitteluvaiheessa ja suunnitelmien laatimisessa osallistetaan tilojen käyttäjät.

Kiinteistön ja sen ulko- ja sisätilojen toimivuuden tulisi olla mahdollisimman häiriötöntä. Tämä edellyttää säännöllisiä tilojen kunnon ja toimivuuden katselmuksia ja tarkkaavaisuutta kiinteistön hoidossa huollossa ja kunnossapidossa. Havaittuihin ongelmiin, esimerkiksi lämmitykseen, käyttöveden tai sisäilmaston laatuun vaikuttavien häiriöiden ilmaantumiseen tulee pystyä reagoimaan riittävän nopeasti. Toiminnan sujuvuuden ja turvallisuuden varmistaminen edellyttää, että myös mm. valaistukseen, meluntorjuntaan sekä kalusteiden, varusteiden ja laitteiden ergonomiaan ja soveltuvuuteen toimintayksikön asiakkaiden tarpeisiin kiinnitetään jatkuvasti huomiota. Toimitilojen ja ympäristön turvallisuuteen vaikuttavien seikkojen havaitseminen, turvallisuuspuutteista ilmoitusten tekeminen sekä häiriötilanteissa toimenpiteisiin tarttuminen on osa koko henkilöstön työtä. Työyksiköittäin tehtävissä WPro riskien arvioinneissa arvioidaan mm.

asiakas- ja potilastyön fyysistä ympäristöä. Toimintaympäristön turvallisuuden varmistamisessa tehdään yhteistyötä pelastuslaitoksen, poliisin ja terveystarkastajien kanssa.

Kuntayhtymän turvallisuussuunnitelmassa kuvataan tarkemmin fyysisen ympäristöön liittyvistä vastuujaoista. Palo- ja työturvallisuuslainsäädännön pohjalta Keusotessa laaditaan kiinteistökohtaiset Keusoten pelastussuunnitelmat. Pelastussuunnitelmassa kuvataan mm. rakennuksen ja toiminnassa käytettävien tilojen turvallisuusjärjestelyjä, annetaan toimintaohjeita tilojen käyttäjille onnettomuuksien ennalta ehkäisemiseksi ja onnettomuus- ja vaaratilanteissa toimimiseksi sekä mahdollisesti muuhun omatoimiseen varautumiseen liittyviä ohjeita.

Sairaaloissa, laitoshuollon yksiköissä ja asumisyksiköissä laaditaan lisäksi poistumisturvallisuusselvitys, jossa selvitetään, miten rakennuksen tai tilan käyttötapa ja niissä oleskelevien henkilöiden toimintakyky sekä muut poistumisturvallisuuteen vaikuttavat tekijät otetaan huomioon vaaratilanteisiin varautumisessa ja poistumisjärjestelyissä. Poistumisturvallisuusselvitys päivitetään toiminnan oleellisesti muuttuessa ja vähintään 3 vuoden välein.

Turvallisuus- ja pelastussuunnitelma sekä poistumisturvallisuusselvitykset tulee olla henkilökunnan saatavilla. Niiden tulee olla osa uusien työntekijöiden perehdytystä ja jokaisen työntekijän vastuulla on tutustua työyksikkönsä turvallisuusasiakirjoihin. Tulevaisuudessa turvallisuusdokumentoinnin varastointia kehitetään siten, että dokumentit olisivat Keusoten henkilöstön saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta hyödyntäen sähköisiä alustoja. Paloturvallisuuteen liittyvät valvonta-asiakirjat tallennetaan myös em. alustoille. Merkittävänä tavoitteena voidaan nostaa se, että kiinteistössä toimivien esimiesten ja turvallisuusvastaavien vastuut tunnistetaan sekä vastuiden kantamista tuetaan riittävällä tavalla työnantajan puolelta.

Työyksikön turvallisuudesta vastaava henkilö huolehtii, että yksikössä järjestetään poistumisharjoitus vähintään kerran vuodessa. Poistumisharjoituksessa harjoitellaan turvallista poistumista tiloista tulipalo- tai muussa vaaratilanteessa. Harjoituksen yhteydessä tarkastellaan henkilökunnan tehtäviä ja toimintakyvyltään rajoitteisten henkilöiden selviytymistä poistumistilanteessa. Asumisyksiköissä ja työ- ja päivätoimintayksiköissä on suositeltavaa ottaa asiakkaat mukaan harjoituksiin. Harjoituksista suositellaan tehtäväksi yhteenveto, jonka perusteella selvitetään, onko poistumiseen liittyviä menettelyjä syytä edelleen parantaa. Työyksiköissä toteutetaan lisäksi säännöllisesti turvallisuuskävelyjä henkilökunnan ja tarvittaessa myös asiakkaiden kanssa.

8. Kehittämistavoitteet vuosille 2021-2022

Keusoten kokonaisvaltaisen laadunhallinnan kehittämistavoitteet vuosille 2021–2022 (Taulukko 1) on määritelty suhteessa laatukäsikirjassa/laadun, potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmassa kuvattuihin laatutavoitteisiin (ks. luku 3.2) sekä SHQS-laatuohjelman vaatimusten mukaisuuden todentamisen ja edellytysten pohjalta.

Taulukko 1. Kokonaisvaltaisen laadunhallinnan kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2021–2022

Kehittämistavoitteet	Toimenpiteet
Keusoten keskeiset prosessit on määritelty ja prosessien omistajat on nimetty	Dokumentoidaan osaksi laatukäsikirjaa keskeiset prosessit ja prosessien omistajien vastuut ja valtuudet

Prosessit kuvataan yhtenäisellä tavalla	Kuvataan vakioitava menettelytapa, sovitaan ja dokumentoidaan yhtenäiset käytännöt
Ydinprosessien kuvaaminen	Kuvataan ydinprosessit sovittuun menettelytavan mukaisesti moniammatillisessa yhteistyössä Määritellään ydinprosesseille strategiaan perustuvat tavoitteet, mittarit ja tavoitetasot
Prosesseja arvioidaan ja kehitetään sovittulla tavalla	Kuvataan menettelytapa ja seurataan toteutumista Keusoten auditointisuunnitelman mukaisesti Varmistetaan ja kehitetään esimiesten ja henkilökunnan Lean -osaamista
Keusoten keskeisten laadunhallintaa tukevien toimintojen käytännöt, menettelytavat, prosessit, suunnitelmat ja ohjeistukset on dokumentoitu ja koottu kokonaisuudeksi	Rakennetaan laadunhallinnan järjestelmän kokonaisuus, joka on henkilöstön käytettävissä ja tieto on saatavuusdirektiivin mukaisesti henkilöstön saatavilla Kehitetään dokumenttien hallintaa ja kuvataan dokumenttien hallinnan yhtenäinen menettelytapa ja jalkautetaan henkilöstölle Laadunhallinnan järjestelmän käyttöönottoon ja toiminnan jatkuvaan kehittämiseen liittyen järjestetään täydennyskoulutusta prosessiosaamisen ja dokumenttien hallinnan varmistamiseksi ja kehittämiseksi. Koulutukset liitetään osaksi koulutussuunnitelmaa yhteistyössä henkilöstöpalveluiden kanssa
Keusoten kaikilla tasoilla tehdään säännöllisesti itsearviointit SHQS-arviointikriteeristöllä	Suunnitelman mukaisesti varmistetaan itsearviointien toteutuminen aikataulun mukaisesti ja laaditaan itsearvioinneissa todettujen kehittämiskohteiden pohjalta aikataulutettu ja vastuutettu kehittämissuunnitelma
Sisäiset auditoinnit tehdään suunnitelmallisesti ja säännöllisesti	Laaditaan sisäisten auditointien menettelytapa ja aikataulutettu vuosisuunnitelma
Poikkeamien tunnistamiseen, seurantaan ja käsittelyyn ja ennaltaehkäisyyn on sovittu menettelytapa	Kuvataan menettelytapa poikkeamien käsittelystä ja dokumentoinnista Kehitetään poikkeamiin johtaneiden syiden analysointia ja dokumentointia poikkeamien ennaltaehkäisemiseksi
Tietosuojassa noudatetaan EU:n yleistä tietosuojasetusta ja muuta tietosuojaan liittyvää lainsäädäntöä	Seurataan HaiPro ilmoitusten kautta (kk tasolla) sekä tullessa tietopyyntöinä (kk taso) käsitellään tietosuojatyöryhmässä ja raportoidaan osa- ja vuosiraportissa.
Henkilötietojen käsittely on suunnitelmallista ja perustuu lainsäädäntöön ja palvelee asiakkaita ja henkilökuntaa	Keskeiset ohjeet laadittu ja jalkautettu. Tietosuojavastaava tiedottaa infokirje henkilöstölle 2–4 kk välein.
Toimia asiantuntijana ja luottamuksen rakentajana rekisteröidyn ja rekisterinpitäjän välillä.	Toteutetaan ohjausta ja neuvontaa: 1) Henkilöstölle: s-posti, Ts-vastaavan infokirje ja Keunetin tietosuoja sivuston kautta 2) Asiakkaille www-sivujen kautta. Seurataan HaiPro ilmoituksia (erityisesti 72 ilmoitusten seuranta). Raportoidaan osa ja vuosiraportissa.
Varmistaa tietosuoja periaatteiden toteutuminen henkilötietojen käsittelyssä ja rekisteröidyn oikeuksien toteutumisessa, huomioiden riskienhallinta ja vaikutusten arviointi (DPIA)	Laaditaan vuosittainen tietosuojan toimintasuunnitelma ja koulutussuunnitelma. Seurataan osallistumista ja tietosuojan osaamisessa vaadittavien taitojen suorittamista Navice Flex –ohjelmiston avulla. DPIA: raportoidaan tehty DPIA ja kootaan Teamsiin dokumentointia varten.
Kehittää tietosuojaan liittyviä prosesseja ja ohjeistusta hyödyntäen Lean-periaatteita ja menetelmiä.	Keskeiset prosessit on dokumentoitu, kuvattu ja jalkautettu. Prosessit ovat saatavilla sisäisessä intrassa tietosuojan sivuilla.

Tietoturvassa noudatetaan lainsäädäntöä, viranomaismääräyksiä sekä suosituksia	Tärkeimmät tietoturvaohjeet on dokumentoitu ja jalkautettu.
Tietoturvan poikkeamien tunnistamiseen, seurantaan ja käsittelyyn ja ennaltaehkäisyyn on sovittu menettelytapa	Vakavia tietoturvahäiriöitä tapahtuu vähemmän kuin yksi (1) vuodessa Jatkuvuus- ja toipumisharjoituksia suoritetaan vähintään neljä (4) vuodessa Tietoturva-auditointeja ja -tarkastuksia suoritetaan tarpeen mukaan
Tietoturvavalvomon toiminnan vakiinnuttaminen	Tietoturvavalvomon kattavuuden suunnittelu ja toteutus sekä tietoturvatapahtumien hallinnan kehittäminen

9. Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden valvonta, seuranta ja raportointi

9.1 Johdon katselmukset

Kuntayhtymän johtoryhmä suorittaa johdon katselmuksen vähintään kerran vuodessa laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti. Katselmuksessa tarkastetaan Keusoten laadunhallintajärjestelmän soveltuvuus toimintaan. Katselmuksessa varmistetaan myös kuntayhtymän strategiassa, toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä laatu järjestelmässä asetettujen tavoitteiden toteutuminen käytännössä. Katselmus perustuu syntyneisiin laatatutiedostoihin ja raportteihin. Tarpeen vaatiessa johto voi katselmuksen tuloksena edellyttää muutoksia laadunhallintajärjestelmään, laatu käsikirjaan, tavoitteisiin, ohjeisiin tai menettelyihin.

Katselmuksissa käsitellään seuraavat asiat:

- Aikaisempien katselmusten päätösten toteutumisen seuranta
- Laatu tavoitteet ja tavoitteiden toteutuminen suhteessa strategiaan tavoitteisiin
- Asiakastarpeet ja asiakaskokemus, asiakaspalautteet
- Yhteenveto laatu mittareista ja laadunhallinnan tilanteesta
- Prosessien hallinnan tilanne, toimivuus ja suorituskyky
- Yhteenveto laadunhallintajärjestelmän ja laatu käsikirjan toimivuudesta sekä toteutumisesta ja mahdollisista muutostarpeista

Johdon määrämuotoisiin katselmusraportteihin kirjataan katselmuksessa tehdyt päätökset, mahdolliset toimenpiteet sekä siihen tarvittavat resurssit.

Kuntayhtymän johtaja toimii katselmuksen koollekutsujana ja puheenjohtajana. Laatu päällikkö vastaa johdon katselmusten suunnitelmasta ja tulosten tiedottamisesta henkilökunnalle.

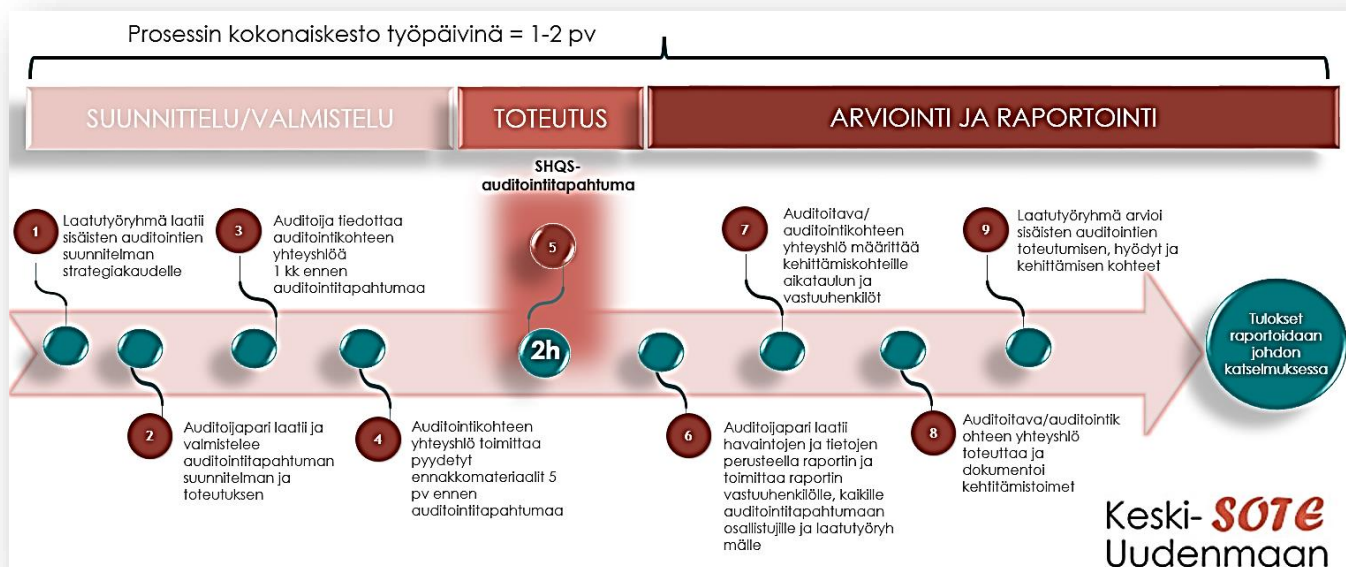
9.2. Sisäiset auditoinnit

SHQS-laatuohjelman mukaiset sisäiset auditoinnit

Sisäiset auditoinnit toteutetaan kerran vuodessa laadunhallinnan vuosikellon mukaisesti Keusoten sisäisten auditointien toimesta.

Sisäisen auditoinnin tavoitteena on etsiä kehittämiskohteita ja innostaa kehittämään, vahvistaa hyviä käytäntöjä sekä selvittää vastaako Keusoten toiminta SHQS-kriteeristön, asetettuja omia ja lainsäädännön vaatimuksia.

Sisäisen SHQS-auditoinnin prosessi toteutetaan laatutyöryhmän laatiman sisäisten auditointien vuosisuunnitelman mukaan seuraavan kuvan 10 mukaisesti:



Kuva 10. Sisäisen SHQS-auditoinnin prosessi

Päivittäisjohtamisen auditoinnit

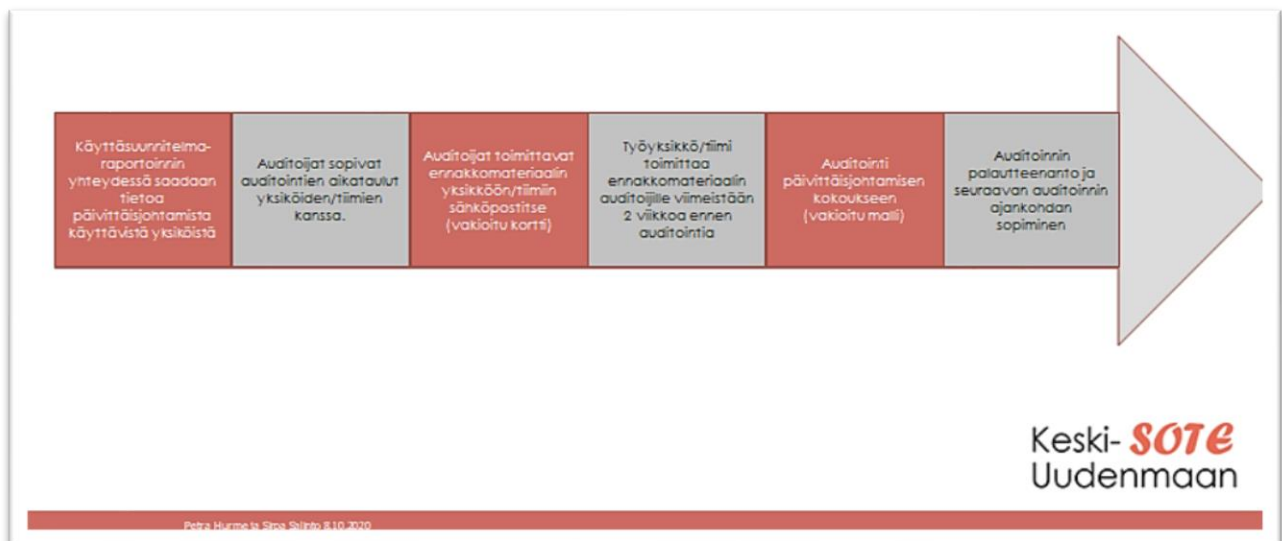
Päivittäisjohtamisen auditoinnit (Kuva 11 ja 12) aloitetaan tammikuussa 2021 ja niiden tavoite on 1) Arvioida päivittäisjohtamisen kypsyysastetta suhteessa Keusoten päivittäisjohtamiselle asetettuihin tavoitteisiin

2) Selvittää, minkälaisia tukitoimia Keusoten tiimit/yksiköt tarvitsevat päivittäisjohtamisessa

Tieto päivittäisjohtamisesta toteuttavista tiimeistä/yksiköistä saadaan Lean-käyttösuunnitelmaraportoinnin yhteydessä. Auditointeja toteutetaan säännöllisesti, tiimien kanssa sovittuina ajankohtina.



Kuva 11. Päivittäisjohtamisen auditointi Keusotessa



Kuva 12. Päivittäisjohtamisen auditointi yksiköissä

9.3 Laaduntarkkailukierrokset ja Gemba-kävelyt

Laaduntarkkailukierrosten tavoitteena on kannustaa henkilöstöä havainnoimaan laatuun vaikuttavia tekijöitä, osoittaa johdon sitoutuminen laadun kehittämiseen ja parantaa toiminnan laatua ja turvallisuuskulttuuria sekä lisätä ymmärrystä laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä asioista. Tapahtumat koordinoi terveyden edistämisen päällikkö yhdessä Lean-valmentajien kanssa. Tapahtumat raportoidaan sovitun mukaisesti.

Gembakävely on ensisijaisesti johtamisen väline ja tarkoittaa menemistä paikan päälle sinne, missä työ tapahtuu. Gemban tavoite on havainnoida työn sujuvuutta, työntekijöitä ja -ympäristöä sekä tunnistaa arvoa ja hukkaa liittyen työn laatuun, turvallisuuteen, toimitusvarmuuteen ja kustannuksiin yhdessä työtä tekevien henkilöiden kanssa. Gemba-kävelyn aikana keskustellaan työntekijöiden kanssa, kysytään kysymyksiä (Työn tavoite/nykytila /haasteet/ratkaisuehdotukset) ja opitaan uutta arjen työn tekemisestä. Gemballa tunnistetut

hukat/haasteet kirjataan yksikön kehittämisen taululle ja niiden tavoitteiden suuntaista edistymistä arvioidaan tulevilla kävelyillä yhdessä esimiehen ja työntekijöiden kanssa.

9.4 Valvontakäynnit

Valvontakoordinaattori ja kuntayhtymän valvontaviranomaiset toteuttavat valvontakäyntejä osana palveluntuottajien ohjausta ja valvontaa. Valvontakäyntejä tehdään Keusoten omien ja yksityisten sosiaalipalvelujen ympärivuorokautisiin toimintayksiköihin kerran vuodessa tai kahden vuoden välein riippuen tulosalueen valvontasuunnitelmasta. Valvontakäynnit voidaan jakaa kahteen erilaiseen menetelmään, ohjaus- ja arviointikäynteihin ja tarkastuskäynteihin. Valvontakäyntejä voidaan toteuttaa myös tilanteen mukaan ilman varsinaista fyysistä käyntiä toimintayksikköön palveluntuottajan etätapaamisella ja dokumenttipohjaisella selvitystyöllä. Ohjaus- ja arviointikäynnit ovat valvontasuunnitelman mukaisia toiminnan aikaisia käyntejä toimintayksiköissä. Ohjaus- ja arviointikäynti on aina ennalta sovittu ja sen tavoitteena on ohjata ja tukea palveluntuottajaa vuorovaikutuksellisesti. Ohjaus- ja arviointikäynneillä käydään läpi laajasti yksikön toimintaa valvontalomakkeen kysymysten pohjalta, mm. toiminnan johtamista, omavalvontaa, henkilöstöasioita, toimitiloja, turvallisuutta, asiakkaan aseman ja oikeuksien toteutumista, asiakkaan perustarpeista huolehtimisesta, yksikön tukipalvelujen toteuttamista, terveyden ja sairaanhoidon toteuttamista sekä dokumentteja, asiakirjahallintaa ja tietosuojaa. Tarkastuskäynnin perusteena on jokin perusteltu syy, esim. epäily, asiakaspalaute, muistutus, tai epäkohtailmoitus, että toiminnassa voi olla puutteita. Tarkastuskäynti voi olla joko ennalta ilmoitettu tai ennalta ilmoittamaton. Tarkastuskäynti on jälkikäteistä eli reaktiivista valvontaa, jossa selvitetään tietoon tulleita mahdollisia epäkohtia. Kummankin tyyppisistä valvontakäynneistä laaditaan raportti, johon kirjataan myös jatkotoimenpiteet yksikölle. Jatkotoimenpiteiden toteutumista seurataan. Raportti lähetetään palveluntuottajalle, aluehallintovirastoon ja muihin kuntiin, joista yksikössä on asiakkaita sijoitettuna.

Sosiaalipalvelujen tulosalueet raportoivat valvontakäyntien määrästä ja valvotuista kohteista kuukausittain valvontakoordinaattorille. Tulosalueet laativat vuosittain valvonnan vuosiraportin, joka on yhteenveto valvonnan toteutumisesta, valvontakäyntien määrästä, valvotuista kohteista ja valvonnan sisällöistä. Vuosiraportti annetaan tiedoksi valvontakoordinaattorille ja tulosalueen päällikölle. Valvontakoordinaattori koostaa raportit valvontakertomukseen, jossa arvioidaan ja raportoidaan valvontaohjelman toteutumisesta kuntayhtymän johtoryhmälle ja yhtymähallitukselle vuosittain helmikuussa.

9.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia edistävät järjestelmät

Kuntayhtymässä on käytössä monenlaisia asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia edistäviä järjestelmiä. Tavoitteena on yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän avulla luoda toimintaan systemaattisuutta ja osatekijöinä voi olla erityyppisiä järjestelmiä toimintojen yhtenäistämiseksi.

RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument) on kansainvälinen ikääntyneiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. Järjestelmä on tällä hetkellä käytössä KEUSOTEn ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen sekä kotihoidon ja asumispalvelujen asiakkaiden voimavarojen ja tarpeiden tunnistamisen, tarvepohjaisen palvelusuunnittelun sekä tietoon perustuvan johtamisen työvälineenä. Keusoten käytössä olevia RAI-välineisiin palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakasohjauksessa kuuluvat: RAI-CA (Contact Assessment)+Helsa, kotihoidossa RAI-HC (Home Care) ja asumispalveluissa RAI-LTC (Long Term Care). Keusotessa edetään RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotossa valtakunnallisten linjausten mukaisesti.

Vanhuspalvelulakiin (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012) tuli 1.10.2020 muutos, jossa velvoitetaan kaikkien toimijoiden käyttävän RAI-arviointivälinettä iäkkään henkilön toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnissa ja siitä johtuvan palvelusuunnitelman laatimisessa. Järjestelmä on oltava kaikkialla käytössä valtakunnallisesti 1.4.2023 mennessä.

THL (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos) ylläpitää RAI-vertailutietokantaa, missä raportoidaan kaksi kertaa vuodessa kaikkien RAI-arviointijärjestelmää käyttävien yksiköiden arviointitulokset. Tämä mahdollistaa valtakunnallisen vertailun muihin vastaaviin organisaatioihin. RAI-vertailutieto tarjoaa laajan näkymän asiakaskunnan toimintakyvyn ja palveluntarpeisiin, palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen sekä tukee johtamista ja strategista suunnittelua.

Rafaela-hoitoisuusluokitus parantaa potilasturvallisuutta tuottamalla tietoa toteutuneesta työstä ja hoitajamitoituksesta. Hoitoisuuslvetieto kertoo, onko yksilön tekemä työ oikeassa suhteessa henkilöstön määrään. Järjestelmän avulla pystytään kohdentamaan hoitajamitoitus vastaamaan potilas- ja asiakkaiden hoidon tarpeita. Rafaela-hoitoisuusluokitusmittaristo on käytössä Keusoten sairaalapalveluissa sekä alueellisessa kotisairaalaissa.

Delfoi Planner SOTE on Keusoten yhteinen suunnittelu- ja resursointijärjestelmä, jonka käyttöönotto on aloitettu palvelualue kerrallaan. Sen tavoitteena on

- Tehostaa suunnittelua ja resursointia kuntayhtymätasoisesti
- Suunnitella resurssit asiakkaiden palvelutarpeiden ja ajanvarausten perusteella
- Optimoida ja jakaa palvelujen vaatimat resurssit tasaisesti Keusotessa
- Mahdollistaa Keusoten yhteisten osaamis- ja tilaresurssien näkyvyys ja käyttö
- Tukea Keusoten yhtenäistä resurssisuunnittelua
- Yhdistää toimipiste-, tila-, työvuoro- ja tehtäväsuunnittelu kysyntälähtöiseksi resurssisuunnitelmaksi
- Muodostaa kokonaiskuva strategisen, taktisen ja operatiivisen tason resurssitarpeesta ja resurssien sijoittumisesta.
- Suunnittelu perustuu Keusoten kysyntäennusteeseen ja toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin.
- Suunnittelulla pyritään reiluun resurssijakoon ja työkuormaan terveysasemien, tiimien ja eri palveluiden välillä.
- Kaikki Keusoten asiakkaat ovat yhdenvertaisessa asemassa palveluiden laatuun ja saatavuuteen nähden.

Arvoa-työkalu (toimintakykymittari)

Lastensuojeluun ja perhekeskuspalveluihin on tulossa asiakastyöhön tarkoitettu arviointimenetelmä ARVOA. Menetelmän avulla kartoitetaan lapsen ja perheen toimintakyvyn riskitekijöitä ja voimavaroja, ja perhe pystytään ohjaamaan sitä parhaiten tukeviin palveluihin. Lapsen ja perheen toimintakyvyn arvioita tehdään asiakkuuden alussa, palveluiden aikana ja niiden päättyessä. Näin saadaan tietoa toimintakyvyn muutoksista ja käytettyjen palveluiden toimivuudesta ja vaikuttavuudesta. Mikäli palveluilla onnistutaan lisäämään toimintakykyä ja vähentämään perheen palveluiden tarvetta, ovat palvelut olleet vaikuttavia. ARVOA-menetelmän avulla varmistetaan lapsen ja perheen kuulluksi tuleminen ja osallisuus palvelutarpeen arvioinnissa ja suunniteltaessa sopivia palveluita. Menetelmä auttaa asiakasperheen ja työntekijän luottamuksellisen suhteen syntymisessä, ja lomakkeiden vastaukset toimivat keskustelun pohjana asiakastapaamisissa.

9.6 Vaaratapahtumien raportointi

Vaaratapahtumat raportoidaan HaiPro-järjestelmässä. HaiPro-järjestelmän käyttöä ja potilas-/potilasasiakasturvallisuusilmoitusten käsittelyä on kuvattu luvussa 4.3.1. Vaaratapahtumien raportointi tukee yhteisen toiminnan ja turvallisuuden kehittämistä. Raportoinnin tarkoituksena on saada tietoa vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tietoa voidaan hyödyntää riskien tunnistamisessa, niiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan liittyvien toimenpiteiden määrittelyssä ja toimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa. Raportoinnin kautta saadaan tietoa mm. toimintatapojen, prosessien ja osaamisen kehittämisen tarpeista.

Yksikkötasolla esimies vastaa HaiPro-ilmoitusten yhteenvetoraportin ottamisesta kolmen kuukauden välein (tammi-maaliskuu, huhti-kesäkuu, heinä-syyskuu, loka-joulukuu). Esimies käsittelee yhteenvetoraportin työyhteisön kanssa. Yhteenvetoraportin käsittelyssä analysoidaan haittatapahtumien syy-seuraussuhteita ja pohditaan yksikön toimintatapojen kehittämisen tarpeita.

Tulosaluetasoiset HaiPro-ilmoitusten yhteenvetoraportit käsitellään tulosalueen johtotiimissä puolen vuoden välein.

Yhtymätasoinen HaiPro-ilmoitusten yhteenvetoraportti käsitellään potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmässä kolmen kuukauden välein. Yhtymätasoinen HaiPro-ilmoitusten yhteenvetoraportti viedään tiedoksi kuntayhtymän johtoryhmälle puolen vuoden välein.

9.7 Muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset ja muutoksenhaku

Muistutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla ja potilaalla on oikeus tehdä kirjallinen tai suullinen muistutus, jos hän on tyytymätön saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun.

Jos potilas tai asiakas ei kykene itse tekemään muistutusta, muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa tai omainen. Jos potilas tai asiakas ei ole holhouksen alainen ja kykenee toimimaan itseään koskeissa päätöksissä, tarvitaan muistutuslomakkeeseen hänen valtuutuksensa asian selvittämiseksi. Keusotessa muistutuksen voi tehdä myös sähköisen asiointipalvelun kautta, joka vaatii erillisen tunnistautumisen.

Muistutus käsitellään siinä toimintayksikössä, jota muistutus koskee ja yksikön johto vastaa muistutukseen kirjallisesti 30 vuorokauden kuluessa muistutuksen vastaanottamisesta.

Terveys- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä kirjallinen tai suullinen muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle.

Sosiaalihuollon laatuun tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle.

Muistutukseen annetusta vastauksesta ei voi valittaa, eikä muistutuksen tekeminen rajoita potilaan tai asiakkaan oikeutta käyttää asiassa muita oikeusturvakeinoja. Jos muistutuksen johdosta annettu vastaus ei tyydytä asianomaista, hänellä on mahdollisuus tehdä kantelu valvontaviranomaiselle. Palveluista tai etuuksista annetuista päätöksistä voi valittaa päätöksen mukana olevien ohjeiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden tehtäviin kuuluu tiedottaa aktiivisesti potilaita ja asiakkaita muistutusoikeudesta.

Kantelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta voi kannella joko [aluehallintovirastoon](#) tai eduskunnan [oikeusasiamiehelle](#). Kantelu tehdään kirjallisesti joko vapaamuotoisesti tai viranomaisen lomakkeella

- [Kantelu](#) (Aluehallintovirasto)
- [Kantelu viranomaisesta tai virkamiehestä oikeusasiamiehelle](#) (Eduskunnan oikeusasiamies)
- [Kantelu](#) viranomaisesta tai virkamiehestä oikeuskanslerille (Oikeuskanslerinvirasto)

Kanteluiden käsittelyssä pyydetään vastineet kaikilta hoitoon osallistuneilta. Kantelun ja muistutuksen päätökset saatetaan asiakkaan/potilaan palveluun osallistuneiden tietoon terveydenhuollon laadun parantamiseksi. Jos potilas/asiakas ei ole alun perin tehnyt asiassa muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön käsiteltäväksi. Tämä antaa toimintayksikölle mahdollisuuden nopeasti reagoida korjaamista vaativaan menettelyyn tai toimintaan, sekä valvoa paremmin omaa toimintaansa. Kanteluasian siirtämisestä muistutuksena käsiteltäväksi ilmoitetaan kantelun tekijälle. Toimintayksikkö toimittaa annetun vastauksen siirron tehneelle valvontaviranomaiselle.

Potilasvahinkoilmoitukset

Potilasvahinkolaki säättää, että potilasvahinkojen varalta terveydenhuollon toimintayksiköillä on oltava potilasvakuutus. Potilasvakuutus ratkaisee ja korvaa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon ja Suomen Keskinäinen Lääkevahinkovakuutusyhtiö Suomessa myydyistä tai kulutukseen luovutetuista lääkkeistä käyttäjille aiheutuneita yllättäviä haittavaikutuksia. Lisätietoa [Suomen Keskinäinen lääkevahinkovakuutusyhtiö sivuilta](#).

Terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä tapahtuneesta henkilövahingon epäilystä potilas tai hänen omaisensa voi tehdä Potilasvakuutuskeskukselle potilasvahinkoilmoituksen korvauskäsittelyä varten. Korvausta on pääsääntöisesti haettava kolmen vuoden kuluessa siitä, kun korvaukseen oikeutettu sai tietää vahingosta, tai hänen olisi pitänyt tietää siitä. Lisätietoa [Potilasvakuutuskeskuksen sivuilta](#).

9.8 Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusmittaristo

Keusotessa hoidon ja palvelun lähtökohtana on laadukkuus ja asiakaslähtöisyys. Näiden palveluiden laatujohtamista ja laadun seurantaa ja arviointia varten on määritelty yhtymän strategiaa tukeva laatumittaristo. Strateginen johtoryhmä on hyväksynyt 15.12.2020 kokonaisvaltaista laadunhallintaa kuvaavat laatutavoitteet ja mittarit (Liite 2). Keusotessa laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden seurantaa ja arviointia toteutetaan palvelualueittain säännöllisesti SHQS-laatuohjelman kriteeristön mukaisesti. Laatu on aina osa asiakas- ja potilasturvallisuutta ja näitä tulee tarkastella kokonaisuutena.

Laatumittariston tavoitteiden toteutumia seurataan kuukausittain ja raportoidaan strategiselle johtoryhmälle systemaattisesti neljä kertaa vuodessa. Laatutyöryhmä vastaa raportoinnista laadunhallinnan vuosikellon ja vastuunjaon mukaisesti. Vuosittain raportoidaan laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman toteutumisesta yhtymähallitukselle tilinpäätöksen yhteydessä.

Keusoten laatumittariston lisäksi mitataan kunkin palvelualueen toiminnan luonteen mukaan erilaisia asiakas- ja potilashoidon turvallisuuteen liittyviä tekijöitä esim. hoitoon liittyvien infektioiden lukumäärää, henkilökunnan rokotuskattavuutta, asiakkaiden rokotuskattavuutta, ja potilaalle haitan aiheutuneiden kaatumisten lukumäärä.

Haitta- ja vaaratapahtumien arviointi tukee yhteisen toiminnan ja turvallisuuden kehittämistä. Kuntayhtymässä on määritetty miten, kuinka usein ja kenen toimesta vaaratapahtumailmoituksista saatavaa tietoa mitataan ja miten kyseistä informaatiota hyödynnetään. Mitattavia tapahtumia ovat esim. tapahtui potilaalle tilanteiden osuus, läheltä piti tapahtumien lukumäärä ja vakavien haittatapahtumien lukumäärä.

9.9 Jatkuva parantaminen

Keusoten johto ja henkilökunta ovat sitoutuneet jatkuvaan parantamiseen. Jatkuva parantaminen perustuu toiminnan jatkuvaan arviointiin. Toimintaa arvioidaan tarvittaessa laatu, asiakas- ja potilasturvallisuuspolitiikan, strategian ja laatu tavoitteiden soveltamisella käytäntöön, analysoimalla laadun tilannekuvatietoja ja korjaavia sekä ehkäiseviä toimenpiteitä.

Jatkuvaa parantamista tehdään lisäksi asiakkaiden, asukkaiden, henkilöstön, sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden palautteiden ja kehittämisideoiden perusteella. Palautteet käsitellään systemaattisesti laaturyöryhmän kokouksissa ja tarvittaessa tehdään jatkotoimenpide-ehdotuksia johtoryhmälle.

9.10 Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman ylläpito

Laaturyöryhmän sekä potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän tehtävänä on laadunhallinnan vuosikellon ja tehtäviensä mukaisesti ylläpitää laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa sekä seurata ja arvioida politiikan ja tavoitteiden toteutumista. Kuntayhtymän yhtymähallitus hyväksyy laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman.

10. Alueellinen ja valtakunnallinen yhteistyö

Keusotessa tehdään horisontaalisen ja vertikaalisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisten palvelujen integraation turvaamiseksi sekä laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja kehittämiseksi tiivistä alueellista yhteistyötä. Yhteistyö käsittää eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajat, kuntien ja valtion viranomaisyhteistyön sekä järjestöjen ja kolmannen sektorin kanssa tehtävän yhteistyön.

ERVA-alueen lautupäälliköiden verkostossa käsitellään ajankohtaisia yhteistyöasioita. Verkostotapaamiset pidetään muutaman kerran vuodessa.

Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa

Järjestöt toimivat ennen kaikkea hyvinvoinnin ja terveyden edistäjinä, yleishyödyllisinä kansalaisjärjestöinä, mutta osa järjestöistä tuottaa sosiaali- ja terveystalvaeluita markkinoilla. Soteuudistus muutti järjestöjen toimintaympäristöä paikallistasolla. Keusotessa tiedostetaan, ettei Keusote ja kunnat voi itse tuottaa kaikkea hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa. Yhteistyötä Keusoten, kuntien ja kolmannen sektorin sekä seurakuntien kanssa tehdään aktiivisesti ja tavoitteena on, että kolmannen sektorin sekä seurakuntien palvelut ja toiminnot ovat osana

palveluketjuja/hoitopolkuja ja järjestöt/seurakunta otetaan mukaan suunniteltaessa ennaltaehkäisevää toimintaa. Keusoten sisäistä järjestöyhteistyöverkostoa kartoitetaan ja verkostoitumista toteutetaan myös Keusoten sisällä. Keski-Uudellamaalla toimii kaksi järjestöjenjärjestöä Yhdistysverkosto (Järvenpää, Mäntsälä, Pornainen, Nurmijärvi, Tuusula) ja Hyvinkään Hyvy (Hyvinkää). Erilaisia järjestöjä on alueella yhteensä 2500, joista SOTE-järjestöjä on tällä hetkellä yhteensä 92. Järjestöyhteistyössä osallistutaan säännöllisesti kuntakohtaisiin järjestötapaamisiin, alueelliseen ja koko Uudenmaan alueellisiin sekä valtakunnallisiin tapahtumiin verkostojen ylläpitämiseksi ja laajentamiseksi. Tapaamisten kautta varmistetaan tiedonkulku sekä vahvistetaan vuorovaikutusta eri toimijoiden välillä.

Järjestötoimijoiden alusta Uusimaalaiset.fi -rekisteri on yksi merkittävä Keusoten, kuntien sekä järjestöjenjärjestöjen yhteistyötä edistävä työkalu. Alustan kautta kunta, kuntalaiset, muut järjestöt ja Keusotelaiset saavat rekisteristä tarvitsemaansa tietoa järjestöjen toiminnasta. Toiminnan markkinointia tehdään yhdessä rekisterin ylläpitäjän EJY:n, Keusoten, alueen järjestöjenjärjestöjen sekä kuntien kanssa. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni järjestö alueellamme kirjautuu rekisteriin.

Monialaista verkostoyhteistyötä edistetään järjestämällä myös Keusoten, kuntien, järjestöjen ja seurakunnan toimijoiden yhteisiä kumppanuusiltoja. Yhteisenä tavoitteena on asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden tukeminen, jota varten rakennetaan alueellisia kuntakohtaisia vapaaehtoiskoulutuksia yhteistyössä järjestöjen, kuntien ja Keusoten kouluttajien toimesta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tehdään kuntayhtymän sisällä ja yhteistyössä useiden eri tahojen kanssa. Alueellisen hyte-työn tavoitteet ja toimenpiteet on kirjattu Kuntayhtymän valtuuston 19.12.2019 §50 hyväksymään alueelliseen hyvinvointisuunnitelmaan. Suunnitelma määrittelee tavoitteet sekä toimenpiteet alueen asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä eriarvoisuuden vähentämiseksi. Alueellinen hyvinvointisuunnitelma täydentää ja tukee kuntien hyvinvointityötä. Suunnitelman painopiste on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa sekä toimenpiteiden positiivisessa kohdentamisessa. Osana alueellista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä on kuntayhtymässä valmisteltu Hyte-allianssi, joka pilottivaiheessaan käynnistyy hankkeena v. 2020-2021 aikana. Hyte-allianssi on mukailtu allianssimalli, jossa palveluntuottajat sitoutuvat yhteisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteisiin, osallistuvat palveluntuotantoon omalla rahoituksellaan ja jakavat osaamistaan yhteisen edun toteutumiseksi. Hyte-allianssi on yhteiseen sopimukseen perustuva toimintamuoto, jossa sopimusosapuolet vastaavat yhdessä palvelun kehittämisestä ja toteuttamisesta yhteisellä hankeorganisaatiolla jakaen palvelun hyödyt ja riskit.

Lähteet - lait, standardit ja laatusuosituks

Laadun viitekehykset ja laatujärjestelmää ohjaavat suositukset

- ISO 9001:2008 standardi ja laatukäsikirjan laatimismalli
- JHS 152 suositus prosessien kuvaamisesta 2012
- SFS-EN ISO 9001 Laadunhallinta
- SFS-ISO 31000 Riskienhallinta
- SFSW-EN 31010 Riskienhallinta
- SFS-ISO/IEC 27001 Tietoturvaluus
- SFS-EN ISO 14001 Ympäristöjohtaminen
- SHQS-standardi 1.0/2019

Laatua, potilas- ja asiakasturvallisuutta käsitteleviä säädöksiä, ohjeita ja suosituksia

- Asetus yksityisestä terveydenhuollosta (744/1990)
- EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) (2016/679)
- Hallintolaki (434/2004)
- Kansanterveyslaki (66/1072)
- Kuntalaki (410/2015)
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), muutos 1.10.2020 (HE 4/2020 vp)
- Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2016)
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)
- Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä (504/2002)
- Laki lastensuojelulain muuttamisesta (542/2019)
- Laki omaishoidon tuesta (937/2005)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992)
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä (817/2015)
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) ja asetus (564/1994)
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)
- Laki tilaajan selvitysvastavuudesta ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä (1233/2006)
- Laki toimeentulotuesta (1412/1997)
- Laki toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta (815/2015)
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)
- Laki yksityistä sosiaalipalveluista (922/2011)
- Lastensuojelulaki (417/2007)
- Lääkelaki (395/1987) ja -asetus (693/1987)
- Mielenterveyslaki (1116/1990)
- Pelastuslaki 379/2011
- Perhehoitolaki (263/2015)
- Potilasvahinkolaki (585/1986)
- Päihdehuoltolaki (41/1986)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisestä terveydenhuollosta (7/2006)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityistä sosiaalipalveluista (1053/2011)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista (149/2017)
- Sosiaalihuoltoasetus (607/1983)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Suomen Perustuslaki (731/1999)

- Tartuntatautilaki (1227/2016) Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
- Tietosuoja-asetus (1050/2018)
- Työturvallisuuslaki (738/2002)
- Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (407/2011)
- Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista (146/2017)
- Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ohjaavat valtakunnalliset linjat ja ohjelmat

- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 (STM 2017:9)
- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimeenpanosuunnitelma 2017–2021 (STM 2020:1)
- Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi (THL 2011:15)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2020–2023 (Valvira 1:2020)
- Laadun- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma, mallipohja organisaatiokohtaisten suunnitelmien kehittämiseen (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 15.11.2011)
- Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seurantaa koskeva määräys (Valvira 1/2014)
- Yksityisten terveydenhuollonpalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman sisältöä ja laatimista koskevat määräykset (Valvira 2/2012)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukohtaiset laatusuosituks

- Apuvälinepalvelujen laatusuositus (STM 2003:7)
- Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit (Stakes 3/2006)
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM 2004:8)
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. (STM 2020:29)
- Laatutähteä kiertämässä. Ehkäisevän päihdetyön laatuksikirja. (Soikkeli&Warsel toim. 2013)
- Lastensuojelun laatusuositus (STM 2019:8)
- Lastensuojelupalvelujen laadunhallinta (Rousu&Holma 2004)
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (STM 2007:13)
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (STM 2001:9)
- Päihdepalvelujen laatusuosituks (STM 2002:3)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle: Valtakunnallinen suositus. (STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto 1999)
- Terveyden edistämisen laatusuositus (STM 2006:19)
- Terveydenhuollon laatuopas (Kuntaliitto 2019)
- Turvakotipalvelujen kansalliset laatusuosituks (STM 2013:11)
- Turvallinen lääkahoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (STM 2021:6)
- Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus (STM 2003:4)
- Vireyttä seniorivuosin – ikääntyneiden ruokasuositus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja THL 2020:4)

Muut lähteet

- HUS laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2020
- EKSOTE laadunhallinnan- sekä potilas- /asiakasturvallisuussuunnitelma 2019
- Kymssote laatu, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2020–2022
- Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen (THL 19/2016, 2.versio/2017)
- Phhyky laadun-, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2019–2020
- Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille (THL 2/2018)
- Vaaratapahtumien raportointimenettely (THL 2009:4)
- Valviran ohje Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 27.1.2020

Käsitteet

Asiakas

Palveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva taho tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla luonnollinen henkilö tai organisaatio ja henkilöasiakas voi olla yksittäinen henkilö tai henkilöryhmä. Asiakkaita voivat olla sekä todelliset että mahdolliset asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palvelunantajan asiakaskunnan (Keusoten järjestämis- ja tuottamissuunnitelmaluonnos 2020-2025).

Itsearviointi

Organisaation/yksikön/prosessin systemaattinen ja säännöllinen arviointi sovittujen kriteerien avulla. Käytetään kriteeristöä tarkoittamaa johdon tekemää arviointia koko organisaation näkökulmasta Johdon kriteeristöllä sekä henkilöstön tekemää arviointia Yksikkö- ja prosessikriteeristöllä.

Jatkuva laadun parantaminen

Jatkuva laadun kehittäminen suunnittelemalla ja asettamalla tavoitteita, toteuttamalla tehtyjä suunnitelmia, arvioimalla tavoitteisiin pääsyä ja suunnitelmien tarkoituksenmukaisuutta sekä tekemällä tarvittavat muutokset ja kehittämistoimenpiteet ja asettamalla jälleen uusia tavoitteita. Tavoitteena on toimintojen ja prosessien kehittäminen siten, että asiakkaiden tyytyväisyys ja toiminnasta saama hyöty lisääntyy.

Johdon katselmus

Organisaation johdon ennalta suunnitelluin väliajoin toteuttama laatujärjestelmän määrämuotoinen katselmointi, jossa varmistetaan järjestelmän asianmukaisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus. Katselmuksen tuloksista laaditaan tallenne, joka sisältää päätökset ja vaadittavat kehittämistoimenpiteet.

Laatu

on organisaation keskeinen menestystekijä, joka integroituu kaikkeen toimintaan, kuten strategisiin tavoitteisiin. Kokonaisuus, joka perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset. Vaatimukset voivat perustua lainsäädäntöön, määräyksiin, sopimuksiin tai erikseen määriteltuihin asiakkaiden tarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadulla on monta ulottuvuutta, johon kuuluvat asiakas- ja potilaskeskeisyys, yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus ja oikea-aikaisuus, potilas- ja asiakasturvallisuus ja vaikuttavien menetelmien käyttö. (STM 2017)

Laadunhallinta

on osa johtamistoimintaa. Toteuttamiseen osallistuvat organisaation kaikki jäsenet. Sisältää muun muassa laatupolitiikan ja siitä johdettujen laatutavoitteiden määrittelyn. Laadunhallinnan keinoja ovat esimerkiksi laadunsuunnittelu, laadunvarmistus ja laadun parantaminen.

Laatutavoite

Ilmentää tavoiteltavaa laatua. Perustuu yleensä organisaation laatupolitiikkaan. Laatutavoitteet

määritellään asiaankuuluville toiminnoille ja organisaation eri tasoille.

Laatujohtaminen

sen keskeisenä periaatteena on laadun kehittämisen jatkuvuus. Vastuu laadun kokonaisjohtamisesta on ylimmällä johdolla, mutta halutun laatutason saavuttaminen edellyttää organisaation kaikkien jäsenten sitoutumista ja osallistumista. Laatujohdamiseen sisältyy muun muassa laadun huomioon ottaminen strategisessa suunnittelussa sekä muut laatutason kehittämiseen ja ylläpitämiseen järjestelmällisesti tähtäävät toiminnot.

Laatujärjestelmä

on laadunhallinnassa tarvittavien organisaatorakenteiden, menettelyjen, prosessien ja resurssien muodostama järjestelmä, joka on luotu asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi ja laatupolitiikan toteuttamiseksi.

Lean

Lean on ihmiskeskeinen oppimisjärjestelmä, jonka tavoitteena on tuottaa asiakkaalle parasta mahdollista laatua, mahdollisimman nopeasti ja mahdollisimman vähäisillä kustannuksilla. Leanin 5 perusperiaatetta ovat 1) Asiakasarvon tuottaminen 2) Arvovirtojen tunnistaminen ja hukkan poistaminen 3) Palvelun virtaus (flow) 4) Imuohjaus 5) Jatkuva parantaminen.

Omavalvonta

on palveluntuottajan omatoimista laadun varmistamista siten, että toiminnassa toteutuvat lainsäädännön, Valviran ohjeiden ja laatusuosituksen sekä palvelujen tuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat vaatimukset. Omavalvonta on yksi palveluntuottajan työkaluista, jonka avulla seurataan, arvioidaan ja kehitetään palvelujen laatua ja turvallisuutta toimintayksiköiden päivittäisessä potilas- ja asiakastyössä.

Palveluketju

Palveluketju tarkoittaa tietyn asiakasryhmän palveluiden ketjua. Asiakasryhmä on kapeampi ja rajatumpi kuin palvelukokonaisuuksia määritettäessä. Palveluketjussa huomioidaan kaikki julkiset ja yksityiset palvelut. Palveluketjun toimivuuden kannalta sen jokaisen palasen osakokonaisuus sekä kaikkien osuukien kokonaisuuden yhteensovittaminen on oleellisen tärkeää.

Prosessi

kuva hoito- tai palvelupolkua organisaatiossa. Tavoite on, että asiakasprosessit on vakioitu ja kuvattu nimensä mukaisesti asiakkaan näkökulmasta niin, että prosessikuvaus kattaa kaikki ne yksiköt, joissa hoitoa ja/tai palvelua toteutetaan. Asiakas voi olla kuntalainen, organisaation sisäinen asiakas tai muu organisaation ulkopuolinen asiakas.

Sisäinen auditointi

Suunnitelmallinen, määrävälein toteutettava rajatun osa-alueen arviointi, jonka tarkoituksena on tunnistaa vahvuuksia ja kehittämiskohteita. Auditoinnin toteuttaa auditointitoimintaan koulutettu oman organisaation työntekijä, joka ei itse osallistu arvioitavaan toimintaan.

Liitteet

Liite 1. Toimintaympäristö

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä järjestää kaikki julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut Keski-Uudenmaan alueelle (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula). Organisaatiossa sosiaali- ja terveyspalvelut on jaettu kolmeen palvelualueeseen: ikäihmisten ja vammaisten palvelut, terveyspalvelut ja sairaanhoito, aikuisten mielenterveys- ja päihde- ja sosiaalipalvelut ja lasten, nuorten ja perheiden palvelut.

Strateginen kehittäminen ja tukipalvelut sisältää yhdeksän tulosyksikköä, jotka vastaavat oman toimialueensa kokonaisuudesta ja kehittämisestä. Strateginen kehittäminen ja tukipalvelut jakautuvat seuraaviin tulosyksiköihin: tietohallinto-, talous-, henkilöstö-, hankinta-, viestintä-, hallinto- ja tuki- sekä sisäisiin- että ulkoisiin integraatiopalveluihin sekä tutkimus, kehittäminen innovaatio tulosyksikköön.

Palvelualueiden ja tukipalveluiden toiminnalliset tavoitteet asetetaan vuosittain kuntayhtymän talousarvioon ja käyttösuunnitelmaan.

Ikäihmisten ja vammaisten palvelut

Ikäihmisten ja vammaisten palvelut jakautuvat kotona asumista tukeviin palveluihin, ikäihmisten ympärivuorokautisiin palveluihin, vammaispalveluihin ja kehitysvammaisten palveluihin.

Kotona asumista tukevien palvelujen tulosalueen tavoitteena on tukea ja edistää alueen ikääntyneen väestön sekä palveluja tarvitsevien asiakkaiden mahdollisimman toimintakykyistä ja hyvinvoivaa elämää omassa kodissa. Tulosalueen palvelukokonaisuus muodostuu ikääntyneiden asiakasohjauksesta ja sosiaalityöstä, kotona asumisen tukipalveluista, muistipalveluista, omais- ja perhehoidosta sekä kotihoidon palveluista.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisten palvelujen tulosalueen tavoitteena on asukkaan mahdollisimman oman näköisensä turvallisen elämän mahdollistaminen. Tulosalueen palvelukokonaisuus muodostuu palveluasumisesta, lyhytaikaisesta hoidosta, tehostetusta palveluasumisesta, laitoshoidosta ja yksityisten asumispalveluyksiköiden neuvonnasta, ohjauksesta ja valvonnasta.

Vammaisten palvelujen tulosalueen tavoitteena on edistää vammaisten henkilöiden edellytyksiä toimia muiden kanssa yhdenvertaisina yhteiskunnan jäseninä sekä ehkäistä ja kompensoida vammaisuudesta aiheutuvia haittoja. Tulosalueen palvelukokonaisuus muodostuu vammaissosiaalityöstä, vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten asumis-, kuljetus- ja päivä- ja työtoimintapalveluista, henkilökohtaisesta avusta ja asunnon muutostöistä sekä kehitysvammaisten erityishuollosta ja alle 65-vuotiaiden omaishoidon tuesta.

Terveyspalvelut ja sairaanhoito

Terveyspalvelut ja sairaanhoidon palvelualueen palvelut tuotetaan kolmen tulosalueen toimesta, jotka ovat: keskitettyjen palvelujen tulosalue, avopalvelujen tulosalue ja sairaalapalvelujen tulosalue.

Keusoten terveydenhuollon lakisääteisten palvelujen tuottamisesta vastaa pääasiallisesti Terveyspalvelut ja sairaanhoidon palvelualue. Palvelualue tuottaa palvelut kolmen tulosalueen

toimesta. Näistä avopalvelujen tulosalue vastaa lääkäri- ja sairaanhoitajavastaanottopalvelujen tuottamisesta myös suun terveydenhuollon osalta, sekä muille palvelualueille annettavat lääketieteellisen tuen palvelujen tuottamisesta. Muille palvelualueille annettava lääketieteellinen tuki tarkoittaa lääkäripalvelujen järjestämistä aikuisten mielenterveys, päihde- ja sosiaalipalvelujen sekä lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tarpeisiin. Sairaalapalvelujen tulosalue vastaa akuuttivuodeosasto-, kotisairaala- ja geriatripalvelujen tuottamisesta ja Keskitettyjen palvelujen tulosalue puolestaan kuntoutuksen, omahoitotarvikejakelun ja farmasian asiantuntijapalvelujen, kehitysvammapoliklinikkapalvelujen sekä tartuntatautien ja infektioiden torjuntaan keskittyvien palvelujen tuottamisesta. Keskitettyjen palvelujen tuottamisvastuulle on siirtynyt vuoden 2021 alusta lukien Kiljavan kuntoutussairaalan toiminta.

Aikuisten mielenterveys, päihde- ja sosiaalipalvelut

Aikuisten mielenterveys, päihde- ja sosiaalipalvelut jakautuvat aikuisten sosiaalipalveluihin ja työhön kuntoutukseen sekä päihde- ja mielenterveyspalveluihin.

Aikuisten sosiaalipalveluissa ja työhön kuntoutuksessa vastataan työikäisten sosiaalityöstä ja -ohjauksesta (ml. maahanmuuttajatyö ja monialainen työllistymistä edistävä palvelu), täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisestä, sosiaalisesta luototuksesta, välitystileistä, tilapäismajoittamisesta sekä kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluista.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin lukeutuvat kuntayhtymän oma palvelutuotanto ja ostopalvelut sekä asumispalveluissa että mielenterveys- ja päihdetyön avo- ja laitospalveluissa. Palvelujen kehittäminen on painottumassa yhä enemmän kotiin vietävien - ja avopalvelujen kehittämiseen ensisijaisena vaihtoehtona asiakkaan palveluketjussa.

Palveluja toteutetaan kuntalainen ja palvelut edellä, asiakaslähtöisesti ja innovatiivisesti painopisteinä palvelutuotannon uudistaminen. Tavoitteena on tarjota yksilö- ja ryhmämuotoisia palveluja oikea-aikaisesti asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja lähellä asiakasta aina, kun se on tarkoituksenmukaista. Palvelut tuotetaan lähi- ja kuntatasoisina sekä keskitettyinä ja maakunnallisina palveluina.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Tavoitteenamme ovat nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut. Lapsen etu ja vanhemmuuden tuki ovat ensisijaisia. Vahvistamme peruspalveluja ja siirrämme painopistettä ehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen tukeen.

Lastensuojelupalvelut koostuvat avo- sijais- ja jälkihuollon palveluista. Omana työnä tuotetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen lisäksi tukipalveluita, joita ovat tehostettu perhetyö, perhekuntoutus ja ammatillinen tukihenkilötyö. Lisäksi kuntayhtymässä on kolme ympärivuorokautista lastensuojeluyksikköä, jossa tehdään sijoitetun lapsen tilanteen arviointia ja kuntoutusta.

Avohuollon palveluissa tavoitteena on tarjota avohuollon tuki räätälöidysti, riittävän tiiviisti ja pitkäaikaisesti lasten ja nuorten omaan kasvuympäristöön huomioiden koko perheen hyvinvointi. Lastensuojelun avohuollon tuen vaikuttavuuden lähtökohta on laadukas arviointityö, jonka aikana syntyy ymmärrys lapsen ja perheen tilanteesta, tuen tarpeesta sekä tarvittavista tukitoimista. Avohuollon palveluissa arviointityötä kehitetään avohuollon sosiaalityössä, omien lastensuojeluyksiköiden vastaanotto- ja arviointityössä sekä Perhehoitoyksikkö Pihlajan

vastaanottoperhetoiminnassa. Yhteisenä arvioinnin viitekehyksenä käytetään perhearviointimenetelmää. Lastensuojelutyön vaikuttavuuden seuranta ja arviointia varten otetaan käyttöön selainpohjainen ARVOA asiakastyöhön-työkalu, joka sisältää asiakkaana olevan lapsen ja hänen vanhempiansa itsearvioinnin sekä sosiaalityöntekijän arvioinnin. Sosiaalityön muutostyön onnistuminen edellyttää kohtaavan työn lisäämistä ja sosiaalityön kehittämistä enemmän suhdeperustaiseen työn suuntaan vähentämällä hallinnollisjuridista työtä. Keusoten lastensuojelu on mukana Uudenmaan maakunnan systeemisen lastensuojelun kehittämistyössä, jossa lastensuojelun sisältöjä ja rakenteita uudistetaan suhdeperustaisen työn suuntaan. Uudenmaan SyTy-hanketta tukee THL ja STM. Hankkeen ohjaus -ja projektiryhmät ovat käynnistyneet alkuvuonna 2019, samoin kuin systeemisen lastensuojelun kouluttajakoulutus. Lastensuojelutiimien koulutus aloitetaan pilotoimalla vuonna 2020, tavoitteena on koulutuksen lisäksi tarjota riittävä tuki muutoksen arkeen viemiseksi.

Liite 2. Laatutavoitteet 2021-2022

Asiakaskokemus

Laatutavoite: Asiakslähtöistä hoidon ja palvelun laatua toteutetaan palvelulupauksen "saan laadukasta hoitoa ja palvelua tarpeideni mukaisesti": Asiakas on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja palveluun, asiakas kohdataan tasavertaisesti, arvokkaasti ja eettiset arvot huomioiden, asiakas saa hoidon/ palvelun kun sitä tarvitsee, asiakas saa hoidon/palvelun tutulta ammattilaiselta, asiakas löytää helposti tiedon palvelusta ja tieto on ymmärrettävällä kielellä ja asiakkaalla on lainsäädännön mukaiset monikanavaiset oikeusturvakeinot käytettävissä. Asukkailla on mahdollisuus osallistua palveluprosessien kehittämiseen ja arviointiin

Mittari	Tavoitetaso lkm
Keusoten asiakaskokemus	> 80 NPS
Terveystenhuollon muistutukset lkm	< 83 lkm
Sosiaalihuollon muistutukset lkm	< 31 lkm
Terveystenhuollon kantelut AVI lkm	< 9 lkm
Sosiaalihuollon kantelut AVI lkm	< 18 lkm
Terveystenhuollon kantelut VALVIRA lkm	< 1
Sosiaalihuollon kantelut VALVIRA lkm	<5
Kantelut oikeusasiamiehelle lkm	< 7 lkm
Kantelut oikeuskanslerille lkm	< 5 lkm
Potilasvakuutuskeskuksen selvityspyynnot	<39
Sosiaalihuollon henkilökunnan tekemät epäkohtailmoitukset lkm	< 6 lkm
Asiakaspalautteiden käsittelyaika	< 5 pv
Muistutusten käsittelyaika	< 30 vrk
Asiakaspalautteiden määrä suhteessa asiakasmääriin	30 %
Asukaskehittäjätoiminta NPS	> 80 NPS
Asukaskehittäjien tyytyväisyys NPS	> 80 NPS
Kohtaaminen ja vuorovaikutustaidot – asiakaskokemus	>80 %
Hoidon/palvelun saatavuus – asiakaskokemus	>80 %
Hoidon/palvelun jatkuvuus – asiakaskokemus	>80 %
Tieto hoidosta ja palvelusta on ymmärrettävää ja helposti saatavilla - asiakaskokemus	>80 %

Henkilöstö

Laatutavoite: Palveluhenkinen, kyvykäs ja hyvinvoiva henkilöstö tuottaa asiakslähtöisiä palveluja.

Riittävällä ja osaavalla henkilökunnalla turvataan potilas- ja asiakasturvallisuuden laatu sekä riskienhallinta. Keusoten toimintakulttuuri tukee työntekijän motivaatiota ja vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön. Työelämän laadun parantaminen.

mittari	Tavoitetaso lkm
Työpaikan suositteluindeksi %	> 70 %
Henkilöstön vaihtuvuus %	< 5-8 %
Mitä kuuluu- hyvinvointikysely	75 %
"Ei vaikutusmahdollisuuksia muutoksiin työssä"	30 %
Yhteisöohjautuvuuden mittaristo	5
Summamittarit:	
Halu itseohjautua	> 4,1
Tavoitteet	> 3,1
Yhteisöohjautuvuus	> 3,3
Psykologinen turvallisuus	> 3,6
Esimiestuki	> 3,4
QWL-indeksi	> 45

Prosessit ja saatavuus

Laatutavoite: Asiakaslähtöiset Keusoten ydinprosessit on määritelty, vakioitu ja niitä arvioidaan säännöllisesti. Prosesseissa ja palvelun laadussa havaittuihin poikkeamiin reagoidaan nopeasti määräaikojen puitteissa. Alueellisen hyvinvointisuunnitelman tavoitteiden mukaiset vakioidut asiakasprosessit ovat kuvattu. Keusoten arjessa toteutuu jatkuvan parantamisen toimintamalli. Palvelut ovat asiakkaiden saavutettavissa lakisääteisten määräaikojen puitteissa.

Mittari	Tavoitetaso lkm
SHQS-laatuohjelman itsearvioinnin tuloksena asetetun kehittämistehtävän loppuun saattaminen (keskeiset ydinprosessit kuvattu)	100 %
Ydinprosessit on vakioitu, kuvattu ja johdettu toimintaan	100 %
Hyte-Allianssi –toimintamalli on kuvattu ja toiminnassa. Yhteisprosessit (Keusote, kunnat, järjestöt, uskonnolliset yhteisöt, kuntalaiset, yritykset) käytössä hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisessä. 20 kpl asiakasprosesseja kuvattu ja toiminnassa. Prosesseissa on kuvattu myös sähköisten palvelujen osuus	20 kpl
Keusoten arjessa toteutuu jatkuvan parantamisen toimintamalli Päivittäisjohtamisen rutiini on vakioitu ja toteutuu arjessa	80 %
Vakioitu prosessien kehittämisen malli hyödynnetään yksiköiden toiminnassa	100 kpl
A3-ongelmaratkaisutyökalua hyödynnetään yksiköiden toiminnassa	100 kpl
Terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolain mukaiset hoitoon ja palveluun pääsy toteutuvat lakisääteisissä määräajoissa	100 %
Kiireettömän palvelun saatavuus (lääkäripalvelut)	T3 alle 7 vrk
Asiakasohjauksen ensiarvioinnit on tehty 7 vrk:n sisällä	100 %
Ikäntyneiden palvelutarpeen arviointi suoritettu 3 kk:n aikana 100 % Palvelutarpeen arvioinnista 3 kk kuluessa myönteisestä päätöksestä on aloitettava palvelu	< 3 kk

Valvonta/omavalvonta

Laatutavoite: Toimintayksiköt parantavat palvelujen laatua ja turvallisuutta ja ennaltaehkäisevät riskien toteutumista kaikissa yksiköissä toteutettavalla omavalvonnalla. Palvelujen laatua ja turvallisuutta varmistetaan suunnitelmallisella, säännöllisellä ja yhdenmukaisella palvelujen ja toimintayksiköiden ohjauksella ja valvonnalla.

mittari	Tavoitetaso lkm
Omavalvontasuunnitelmien lkm/ Keusoten sosiaalipalvelujen toimintayksiköiden lkm	100 %
Suunnitelman mukaiset ohjaus- ja arviointikäynnit yksityisten sosiaalipalveluntuottajien yksiköihin, LKM/ tavoite valvottavien yksiköiden LKM vuodessa	100 %
Suunnitelman mukaiset ohjaus- ja arviointikäynnit Keusoten omiin sosiaalipalvelujen yksiköihin, LKM/ tavoite valvottavien yksiköiden LKM vuodessa	100 %
Valvontaohjelma on laadittu ja katselmoitu vuosittain	100 %
Valvontakertomus on laadittu vuosittain	100 %

Turvallisuus

Laatutavoite: Turvallisuusjohtaminen: Kuntayhtymän turvallisuusjohtaminen ja riskienhallinta on järjestelmällistä, jäsennettyä ja ajantasaista ja se perustuu systemaattiseen ja dokumentoituun toimintatapaan. **Jatkuvuuden hallinta ja valmius:** Palvelujen laatua ja turvallisuutta varmistetaan suunnitelmallisella, säännöllisellä ja yhdenmukaisella palvelujen ja toimintayksiköiden ohjauksella ja valvonnalla. **Potilas- ja asiakasturvallisuus:** Asiakkaan turvallinen hoito ja palvelu. HaiPro-ilmoitus aktiivisuus lisääntyy, läheltä piti-tilanteiden osuus kasvaa. Ilmoitusten käsittelyajat esimiehen ensireaktioaika 2 vko ja ilmoituksen kokonaan valmiiksi käsittely 2 kk, tietosuoja/-tietoturvailmoitukset, reagointiaika 72 h. **Henkilöstöturvallisuus:** Turvalliset ja terveelliset työolosuhteet. **Kiinteistö- ja toimintaturvallisuus:** Vaadittavat kiinteistökohtaiset turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat ovat ajantasaisia sekä henkilöstön saatavilla. **Tietosuoja- ja tietoturvallisuus:** Tietosuojan ja tietoturvan toteuttamisessa keskeistä on tietoturvaluutta ja tietosuoja koskevien vaatimusten noudattaminen, tietoturva- ja tietosuojauhkien ennakointi ja torjunta.

Mittari	Tavoitetaso lkm
Turvallisuusjohtaminen ja riskienhallintajärjestelmä on dokumentoitu	100 %
Jatkuvuuden ja valmiuden kypsyysasteen arviointi: KUJA-arviointimallin tarkastelu vuosittain	Taso 3
HaiPron potilas- ja asiakasturvallisuuden "läheltä piti tilanteiden" -ilmoitusten määrä suhteessa kaikkien ilmoitusten määrään nousee.	Kasvaa 5 %
Potilas- ja asiakasturvallisuuden HaiPro-ilmoitusten käsittelyaika	< 2 kk
Potilasvahinkoilmoitukset suhteessa todettuihin, korvattuihin potilasvahinkoihin	< 6
Tietosuoja/tietoturvailmoitusten HaiPro lkm ei kasva	< 180
Tietosuoja/tietoturvailmoituksiin reagoidaan 72 h sisällä	< 72 h
Työpaikan riskienarvioinnit toteutetaan vuosittain kaikissa toimintayksiköissä	100 %
Työtapaturmien ja ammattitautien ilmentyminen	0
Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat on päivitetty sekä henkilöstön saatavilla	100 %
Tietopyyntöjen määrä (x/kk/v) käsittelyt lainsäätämissä määräajoissa	< 1 kk Julklaki < 3 kk GDPR
Tietoturvaluuden (sisältää tietosuojan ja tietoturvan) vaikuttavuus/riskiarvioinnit (DPIA) vuosittain	10 lkm
Vakavat tietoturvahäiriöt (MIM) vuosittain	< 1

Liite 3. Laadunhallinnan vuosikello

	Tammi	Helmi	Maalis	Huhti	Touko	Kesä	Heinä	Elo	Syys	Loka	Marras	Joulu
Laadun varmistaminen												
SHQS Itsearviointit, kehittämiskohteet ja -suositukset (1-2 vuoden välein)	X	X	X	X	X	X						
Sisäiset auditoinnit (1x vuodessa)									X	X	X	
Laaduntarkkailukierrokset, turvallisuuskävelyt, Johdon Gemba-kävelyt (Suositellaan palvelualueille Gemba-kävelyt päivittäin/viikoittain/kuukausittain)			X	X								
Esiauditoinnit												v.2022
Ulkoiset auditoinnit			v.2023	v.2023								
Suunnitelman mukaiset toiminnan aikaiset valvontakäynnit Keusoten omiin ja yksityisten palveluntuottajien ympäri vuorokautisiin yksiköihin (1-2 vuoden välein, toteutetaan ympäri vuoden)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Laadunohjaus ja jatkuva parantaminen												
Johdon katselmus (arviointikokous) -yhtymän johtoryhmä/palvelualueiden johtotiimit			X	X	X							
Sisäisten auditointien koulutukset, harjoitusauditoinnit									X	X	X	
SHQS-laatuohjelman menetelmäkoulutukset (MEKO)	v.2021	v.2021		v.2021	v.2021							
Laatukäsikirjan arviointi ja päivitys											X	
Laatutyöryhmän kokoukset (1-2 kertaa/kk)	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
Turvallisuusjohtotiimi	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X

Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmä	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Sosiaalipalvelujen valvonnan yhteistyöryhmä	X		X		X			X		X	
Lean -valmentajien tapaamiset		X		X				X			
Lean Transformaatio koulutus (7pv)	X		X	X				X	X		X
Lean Keusujuvat prosessit koulutus (7pv)	X		X					X	X	X	
Lean valmennukset 10kpl Päivittäisjohtaminen, Mitä on Lean, Mittaaminen, Gemba	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Laadunvalvonta (seuranta ja raportointi)											
SHQS itsearviointien, kehittämistoimenpiteiden ja määräaikaisten toteutuksen seuranta	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Lean kehittämisen raportointi					X				X		
Laatumittaristo, kumulatiivinen seuranta, raportointi ja julkaisu <i>*Helmikuussa raportoidaan kuluvan vuoden tammikuun tiedot</i> <i>*Maalikuussa raportoidaan edellisen vuoden tiedot Laaturaportissa</i> <i>** Elokuussa raportoidaan kesä-, heinä ja elokuun tiedot</i>		X*	X	X	X	X		X**	X	X	X
Laaturaportti: Sisältää asiakaspalaute- ja valvonnan kokonaisuudet (Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden raportti)				X*							
Valvontakertomus johtoryhmälle ja yhtymähallitukselle, valvontaohjelman katselmointi		X									
Sosiaaliasiamiehen selvitys ja potilasasiamiehen raportti johtoryhmälle ja yhtymähallitukselle				X							
Kokonaisturvallisuusraportti johtoryhmälle	X							X			
Tietosuojaraportti johtoryhmälle				X					X		
HaiPro-raportti johtoryhmälle ja johtotiimeille					X				X		

Liite 4. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja rajoittamistoimenpiteet eri palveluissa

Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, yhdenvertaisuuteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään sekä oikeutta päättää itseään koskevista asioista.

Itsemääräämisoikeus terveydenhuollon palveluissa

Periaate korostaa vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumisessa ja erilaisiin hoito- tai muihin toimenpiteisiin suostumisessa. Terveysteen kohdistuva toimenpide voidaan suorittaa vain, jos ihminen on antanut siihen suostumuksen vapaasta tahdostaan ja tietoisena kaikista asiaan vaikuttavista seikoista. Potilaalla on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka voivat vahingoittaa hänen omaa terveyttään tai henkeään ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Potilaan hoitoon osallistuvien on kunnioitettava potilaan omia päätöksiä. Laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään hoidostaan, ja että heidän arvioidun etunsa pohjalta toimitaan vain silloin, kun selvitystä heidän omasta tahdostaan ei saada. Potilas on tällöin joko pysyvästi tai pidemmän aikaa tosiasiallisesti kykenemätön (esim. pitkäaikainen tajuttomuus) käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Suostumuksen antamiseen kykenemättömän potilaan lähiomaista tai muuta läheistä tai laillista edustajaa on ennen hoitopäätöksen tekoa kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa, ja tällaiseen hoitoon on saatava myös kuultavan suostumus. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Vapaaehtoisesti terveydenhuollon palveluissa oleviin kohdistettavista rajoittamistoimenpiteistä ei ole säännöksiä, eikä niiden käytöstä ole yhdenmukaisia ohjeita.

Itsemääräämisoikeus sosiaalihuollon palveluissa

Sosiaalihuollon palveluissa henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sosiaalihuollon asiakkaan hoito ja huolenpito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen ja palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta. Jos rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava laissa säädetty peruste ja sosiaalihuollossa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun asiakkaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen.

Itsemääräämisoikeus lastensuojelussa

Lastensuojelulain mukaan lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (4 §) ja lisäksi on selvitettävä lapsen toivomukset ja mielipide sekä otettava ne lapsen iän ja kehitystason edellyttämällä tavalla huomioon (20 §). Kun lapsi on otettu huostaan, sosiaalihuollosta vastaavalla toimielimellä on oikeus huostaanoton tarkoituksen toteuttamiseksi päättää lapsen olinpaikasta sekä hoidosta, kasvatuksesta, valvonnasta ja muusta huolenpidosta ja näiden toteuttamiseksi tarpeellisesta opetuksesta ja terveydenhuollosta (45 §). Lastensuojelua

toteutettaessa ensisijaisesti lapsen kasvuoloja sekä vanhempien kasvatumahdollisuuksia pyritään tukemaan avohuollon tukitoimien avulla. Mikäli lapsen kasvua ja hyvinvointia ei muutoin ole mahdollista turvata, tulee kysymykseen lapsen huostaanotto ja sijaishuollon järjestäminen. Lastensuojelulaitoksen on lastensuojelulain perusteella (61 b §) laadittava lapsen hyvää kohtelua koskeva suunnitelma, jossa avataan, miten laitos huolehtii lapsen hyvästä hoidosta, kasvatuksesta sekä lapsen ikään ja kehitystasoon nähden tarpeellisesta valvonnasta ja huolenpidosta, joiden avulla sijaishuolto toteutetaan ensisijaisesti ilman rajoitustoimenpiteitä. Suunnitelmasta on käytävä ilmi, miten lastensuojelulaissa tarkoitetut rajoitukset toteutetaan ja missä tilanteissa niitä voidaan käyttää. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi myös, miten rajoitusten käytön yhteydessä huolehditaan kaikkien yksikössä olevien lasten sekä muiden hoidon toteuttamiseen osallistuvien henkilöiden turvallisuudesta rajoitusten käytön yhteydessä. Suunnitelman tulee sisältää ohjeet yleisistä toimintatavoista rajoitusten käytön jälkeen sekä siitä, miten lapsille kerrotaan heidän oikeusturvakeinoistaan (muutoksenhaku, muistutus ja kantelu). Suunnitelman tarkoituksena on tukea lasten itsemääräämisoikeutta.

Rajoitustoimenpiteestä on lastensuojelussa kysymys silloin, kun toimenpiteellä joudutaan puuttumaan perustuslain lapselle turvaamiin perusoikeuksiin. Lastensuojelun sijaishuollossa rajoitustoimenpiteitä voidaan kohdistaa perustellusti kiireellisesti sijoitettuun, huostaan otettuun tai hallinto-oikeuden väliaikaismääräyksellä sijoitettuun lapseen silloin kun muut, lievemmat keinot eivät ole mahdollisia. Perus- ja ihmisoikeussäännösten mukaan rajoitusten käytön on perustuttava täsmällisiin, tarkkarajaisiin ja laissa määriteltäviin edellytyksiin. Lapsen mielipide rajoituksesta on selvitettävä, ellei se ole ilmeisen mahdotonta. Rajoituksia ei koskaan voida käyttää rangaistuksena.

Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden palveluissa

Ikääntyneiden palveluissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisesti on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Myös jokaisella muistisairaalla ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä pätevällä tavalla tekemään itseään koskevia päätöksiä. Niin kauan kuin hän kykenee itse päättämään omista asioistaan, hänen tekemälleen ratkaisulle on annettava etusija laillisen edustajan tai muun läheisen mielipiteen asemasta. Kaikissa toimenpiteissä on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kannanoton mukaan liikkumista ja itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää ikääntyneiden palveluissa vain ympärivuorokautisessa hoidossa eli tehostetussa palveluasumisessa tai laitoshoidossa. Rajoitteiden tulee olla välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi ja niitä saa käyttää vain viimesijaisena keinona. Rajoitustoimenpiteiden käyttö on sallittua vain hoitavan lääkärin päätöksen perusteella ja arvioinnissa on syytä käyttää henkilön ja hoitopaikan olosuhteet tuntevan hoitajan ja hoitotyön asiantuntemusta. Rajoitteiden käytöstä on tehtävä yksilöity asiakasasiakirjoihin kirjattava päätös. Rajoitteiden käyttämisestä tulee keskustella ennen niiden käyttöön ottamista henkilön itsensä ja hänen omaisensa tai muun edustajansa kanssa ja periaatepäätökseen liikkumisen rajoituksista tulee saada suostumus, joka on kirjattava. Rajoittaminen ei voi kuitenkaan perustua yksinomaan omaisen tai hänen edustajansa suostumukseen. Päätös voidaan tehdä korkeintaan kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan. Lääkärin tulee seurata, ettei rajoitteita käytetä enempää eikä pidempää kuin on välttämätöntä. Rajoitteen käyttö on lopettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Ennen rajoitteen käyttöpäätöstä sekä jokaisella käyttökerralla tulee harkita, onko rajoittaminen välttämätöntä, vai voidaanko käyttää muita soveltuvia turvallisuutta edistäviä keinoja. Jokaisesta rajoitteen käyttökerrasta tulee tehdä merkinnät asiakasasiakirjoihin. Kirjaaminen tukee omalta osaltaan

työyhteisössä tapahtuvaa rajoitustoimenpiteiden vähentämiseksi tehtävää työtä. Liikkumista rajoittavia välineitä on käytettävä käyttöohjeiden mukaisesti. Henkilön tilaa on seurattava toimenpiteen luonteen ja henkilön terveydentilan edellyttämällä tavalla. (4.3.2020 EOAK/4743/2019; Valviran ohje Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 27.1.2020).

Liikkumista rajoittavia välineitä käytetään myös potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseen. Esimerkiksi muistisairaiden yksikössä lukittavilla ulko-ovilla voidaan varmistaa se, että asiakas saa liikkua yksikön tiloissa vapaasti mutta turvallisesti, ilman eksymisriskiä. Kävelykykynsä menettäneillä asiakkailta voidaan käyttää turvavöitä kaatumisten ennaltaehkäisyyn, eikä niiden käyttämistä pidetä liikkumisen rajoittamisena. (Valviran ohje Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä 27.1.2020).

Itsemääräämisoikeus vammaispalveluissa

Kehitysvammalain (519/1977) mukaan rajoitustoimenpiteitä on mahdollista käyttää vain viimesijaisena vaihtoehtona, kun kaikki muut lievemmat keinot on käytetty. Vain laissa mainitut rajoitustoimenpiteet ovat sallittuja. Kehitysvammalain mukaisia rajoitustoimenpiteitä saa käyttää vain järjestettäessä erityishuoltona tehostettua palveluasumista tai muuta ympärivuorokautista palveluasumista tai laitospalveluja sekä joissain tapauksissa järjestettäessä päivä- tai työtoimintaa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Muissa kehitysvammaisille järjestettävissä palveluissa ei rajoitustoimenpiteitä saa käyttää.

Rajoitustoimenpiteitä saa käyttää vain silloin, kun erityishuollossa oleva henkilö ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia, rajoittaminen on välttämätöntä erityishuollossa olevan henkilön tai jonkun toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon torjumiseksi ja muut, lievemmat keinot eivät ole tilanteeseen soveltuvia tai riittäviä. Rajoitustoimenpiteen on oltava henkilön hoidon ja huolenpidon kannalta perusteltu, tarkoituksenmukainen ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Rajoitustoimenpiteiden yhteisvaikutukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Rajoitustoimenpide pitää toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen, turvallisesti ja henkilö perustarpeista huolehtien. Rajoitustoimenpiteen käyttö pitää lopettaa heti, kun se ei ole enää välttämätöntä tai se vaarantaa rajoitetun henkilön terveyden tai turvallisuuden.

Kun rajoitustoimenpidettä on käytetty, toimintayksikössä pitää viipymättä arvioida, mikä johti rajoitustoimenpiteen käyttöön ja miten voidaan jatkossa vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä yksikössä. Asiakasta voi rajoittaa vain tietyillä laissa määritetyillä tavoilla. Kehitysvammalaissa on säännelty erikseen kutakin rajoitustoimenpidettä koskevassa pykälässä, kuka saa käytännössä toteuttaa rajoitustoimenpiteen ja kuka tekee asiassa päätöksen tai ratkaisun. Päätös tarkoittaa aina kirjallista päätöstä. Laki määrittää myös rajoittamistoimenpiteen käytön jälkiselvittelyn toimenpiteet. Rajoitustoimenpidettä on arvioitava asiakkaan kanssaan viipymättä sen käytön päättymisen jälkeen lain määrittelemällä tavalla. Rajoittamistoimenpiteen käyttö ja jälkiselvittely tulee kirjata tarkasti laissa määritellyllä tavalla.

Liite 5. Tiedon välitys ja kirjaaminen

Valvira on laatinut oppaan potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/potilasasiakirjat>):

Sen mukaan potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt, kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijä. Potilaskertomuksessa pitää näkyä merkinnän tehneen nimi ja asema. Terveystietojen ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä merkinnöistä.

Asiakirjoihin tehtävät merkinnät

Keskeiset hoitotiedot:

Asiakirjoihin tehdään merkinnät potilaan jokaisesta avohoito- ja kotihoitokäynnistä sekä osastohoitojaksosta.

Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät:

- Asiakirjoihin merkitään, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia hoitopäätöksiä hoidon kuluessa on tehty ja millä perusteilla ne on tehty
- Potilaalle suoritetusta toimenpiteestä on laadittava riittävä toimenpidekertomus, jossa tehty toimenpide on perusteltu
- Kaikki annetut lääkemääräykset, sairauslomat, lääkärinlausunnot ja muut todistukset on merkittävä potilaskertomukseen
- Riskit, hoidon haitalliset vaikutukset ja epäillyt vahingot on merkittävä:
 - potilaan lääkeaineallergiat ja yliherkkyydet
 - tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aiheuttamat todetut haittavaikutukset ja hoidon tehottomuus
 - epäillyt potilas-, laite- tai lääkevahingot
- Osastohoitoa koskevat merkinnät:
 - Asiakirjoihin tehdään riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät potilaan tilan muutoksista sekä hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista. Hoitojaksokohtaiseen seuranta-asiakirjaan tehdään päivittäiset merkinnät voinnista.
 - Lääkärin on tehtävä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kolmen kuukauden välein hoitojakson alkamisesta seurantayhteenveto riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia.
 - Jos potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, siitä on tehtävä merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio toimenpiteen vaikutuksesta potilaan hoitoon. Toimenpiteen määränneen lääkärin ja toimenpiteen suorittajien nimet on merkittävä.

Konsultaatiot ja hoitoneuvottelut

Hoitavan lääkärin on tehtävä merkinnät potilaan taudinmäärityksen tai hoidon kannalta merkittävästä puhelinneuvottelusta ja muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta. Jos konsultaatio tapahtuu niin, että konsultoiva lääkäri saa potilaan tunnistetiedot, myös hänen on merkittävä antamansa vastaus potilasasiakirjoihin tai hänelle on jätävä antamansa vastauksen tiedot.

Tietojen luovuttaminen

Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä. Jos potilasasiakirjoista luovutetaan tietoa, siitä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Merkinnästä on käytävä ilmi, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle ne on luovutettu ja kuka ne on luovuttanut. Myös siitä on oltava merkintä, onko potilas antanut kirjallisen tai suullisen luvan luovuttaa tietoja, tai perustuuko luovutus lakiin tietojen antamisesta. Merkintä on tehtävä myös, jos potilas kieltää tietojen luovuttamisen.

Potilasasiakirjojen säilyttäminen

Potilasasiakirjojen ja muun hoitoon liittyvän aineiston säilyttämisestä vastaa terveydenhuollon toimintayksikkö tai yksityinen terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnassa ne ovat syntyneet. Jos potilaan hoidon kannalta on tarpeellista, potilasasiakirjat voidaan siirtää potilaan suostumuksella alkuperäisinä potilasta hoitavaan toimintayksikköön. Siihen hoitopaikkaan, josta asiakirjat on siirretty, on jätävä merkintä siitä, mihin ne on siirretty.

Salassapitovelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen pitämään salassa potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ja muut, tehtävänsä perusteella tietoonsa saamat henkilön tai perheen salaisuutta koskevat tiedot. Salassa pidettäviä tietoja saa antaa vain potilaan kirjallisella suostumuksella tai silloin, kun tietojen antamisesta on nimenomaisesti säädetty.

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on tietyissä tilanteissa lakisääteinen velvollisuus tehdä salassapitosäännösten estämättä ilmoitus viranomaisille mm. Lapsen kaltoinkohtelu, ajoterveyden heikkeneminen, tartuntatauti, iäkkään henkilön palvelutarpeen arvio.

Liite 6. Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset

Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen vaatimukset

Terveysthuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallista käyttöä ohjaa laki terveysthuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010). **Terveysthuollon laitteella** laissa tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisen: a) sairauden diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai lievitykseen, b) vamman tai vajuuden diagnosointiin, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai kompensointiin, c) anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimiseen, korvaamiseen tai muunteluun tai d) hedelmöittymisen säätelyyn. Valtaosa **lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä** on tämän lain tarkoittamia terveysthuollon laitteita ja tarvikkeita.

Laitteiden turvallisen käytön takaamiseksi toimintayksikön tulee varmistaa seuraavien kohtien täyttymisen. Terveysthuollon laitetta käyttävällä henkilöllä on sen turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus. Laitteessa tai sen mukana on turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet. Laitetta käytetään valmistajan ilmoittamaan käyttötarkoituksen ja -ohjeistuksen mukaisesti. Laite säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja muutoin asianmukaisesti. Käyttöpaikka soveltuu laitteen turvalliseen käyttöön. Laitteen asentaa, huoltaa ja korjaa vain henkilö, jolla on tarvittava ammattitaito ja asiantuntemus. Mikäli laite luovutetaan asiakkaalle kotiin, on huomioitava lain säädösten lisäksi erityisesti laitteen käyttötarkoitus, käyttökuntoisuus, käyttöpaikka, säädöt ja asiakkaan ohjaus. Lisäksi, jos terveysthuollon toimintayksikkö valmistaa apuvälineitä yksilölliseen käyttöön, on sen huomioitava tähän liittyvä lainsäädäntö ja määräykset.

Vaaratilanteiden ennakointi ja niistä tarpeen mukaan ilmoittaminen valvovalle viranomaiselle Valviralle on toimintayksikön vastuulla. Ammattimaisen käyttäjän on terveysthuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain 25 § mukaan ilmoitettava Valviralle terveysthuollon laitteen ja tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta, joka johtuu laitteen tai tarvikkeen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä, riittämättömästä merkinnästä, riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta taikka käytöstä. Ilmoitus on tehtävä myös silloin, kun laitteen tai tarvikkeen osuus tapahtumaan on epäselvä. Ilmoitus tulee tehdä 30 vrk kuluessa, mutta vakavassa vaaratilanteessa 10 vrk kuluessa. Vaaratilanteesta tulee mahdollisimman pian ilmoittaa laitteen toimittajalle tai valmistajalle. Mikäli vaaratilanne aiheuttaa henkilövahingon, voi asiakas saada korvausta potilasvahinkolain mukaisesti.

Toimintayksiköllä tulee olla käytössä **seurantajärjestelmä**, johon kirjataan a) laitteen jäljitettävyyden edellyttämät tiedot, b) laitteen käytön yhteydessä syntyneisiin vaaratilanteisiin liittyvät tiedot ja c) tiedot, jotka osoittavat, että toimintayksikkö on huolehtinut lain 24 §:ssä säädetyistä velvoitteista. Jäljitettävyyden edellyttämiä tietoja ovat: laitteet yksilöivä tunnus, laitetunniste, laiterekisteri (myös mekaaniset laitteet), kertakäyttötuotteiden valmistuserän tunnistetunnus ja kotiin luovutetut laitteet. Vaaratilanteisiin liittyvät tiedot tulee kirjata niin, että laite ja tapahtunut vaaratilanne voidaan yhdistää. Lain 24 §:ssä säädetyt velvoitteet osoitetaan mm. laadittujen ohjeistusten ja toiminnan dokumentoinnin avulla.

Toimintayksikössä tulee olla **nimetty vastuhenkilö**. Hän vastaa siitä, että toiminnassa noudatetaan lain ja sen nojalla annettuja säännöksiä ja määräyksiä koskien hoitavaa henkilökuntaa, huoltohenkilökuntaa, käyttöympäristöä, vaaratilanneilmoitusmenettelyä ja seurantajärjestelmää. Vastuuhenkilöitä voi olla useampia, jolloin tulee kiinnittää erityistä huomiota toiminnan koordinointiin.

Terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja apuvälineiden turvallisuuden varmistamisen suunnitelma Keusotella

Kuntayhtymässä on vielä kuntakohtaisesti vaihtelevia käytänteitä, mutta tavoitteena on luoda Keusote-tasoiset yhteiset käytänteet ja seurantavat. Kevään 2021 aikana kartoitetaan kuntakohtaisten käytänteiden nykytilan kokonaiskuva kaikkien tässä esiteltyjen vaatimusten osalta, minkä pohjalta yhtenäistämistä aletaan työstää.

Laitteiden turvallisen käytön takaamisessa sovelletaan toistaiseksi kunnittaisia ohjeistuksia. Hoitavalta henkilökunnalta vaaditaan koulutus ja kokemus laitteiden turvalliseen käyttöön, minkä varmistamisessa hyödynnetään jo osassa toimipaikoista laitepassia. Luodaan myös kuntayhtymätasoiset muut ohjeistukset ja seurantamenetelmät, joiden avulla pystytään varmistumaan, että laitteiden turvallisen käytön edellytykset täyttyvät kaikissa toimipisteissä lain (629/2010) edellyttämällä tavalla. Laitteita luovutetaan asiakkaalle kotikäyttöön erityisesti apuvälinepalveluissa. Laajennetaan ohjeistuksia kuntayhtymätasoiseksi niin, että kaikilla tulosalueilla on jatkossa käytössä yhtenevät käytänteet.

Laitteita johtuvia **vaaratilanteita** ennakoidaan osana muuta riskiarviointia. Keskeisiä yleisiä riskejä laitteiden käytön osalta ovat mm. uudet laitteet, uusi henkilökunta, lyhytaikaiset sijaiset ja kotikäyttöön luovutetut laitteet. Keusotella riskinä on lisäksi myös, että käytössä on useita erilaisia samaan tarkoituksen olevia laitteita, jolloin osaamisen varmistaminen ja ylläpito vaikeutuu. Taustasyynä on se, että käytössä on kunnilta tai edelliseltä toimijalta (Keusoten kuntoutuskeskus, ent. Kiljavan Sairaala) siirtynyttä irtaimistoa, mutta hankinnat ovat myös olleet osittain yksittäisten yksiköiden vastuulla. Uusien kilpailutusten myötä laitehankintoja on mahdollisuus yhtenäistää. Niiltä osin kuin laitekannassa pysyy variaatiota, tulee asiaan kiinnittää erityistä huomiota.

Vaaratilanteiden ilmoittamisessa noudatetaan yleisiä ohjeistuksia potilas- ja asiakasturvallisuuspoikkeamien ilmoittamisesta (kts. myös kohta 4.3.1 ja 4.3.2). Laitteisiin liittyvät vaaratilanteiden ilmoitukset tehdään HaiPro-järjestelmään, jossa on myös saatavilla tarvittavat lomakkeet Valviralle tehtäviin ilmoituksiin. Lisäksi henkilöstöä on ohjeistettu tekemään ilmoitus laitteen toimittajalle tai valmistajalle. Osana laitteiden turvallisen käytön kehitystyötä luodaan myös yhtenevät käytänteet toimittaja-/valmistajatietojen ylläpitoa varten. Mahdollisissa potilasvahinkotilanteissa asiakkaan tukena on lisäksi Keusoten potilasasiamies.

Keusotella ei ole käytössä yhteistä terveydenhuollonlaitteiden **seurantajärjestelmää** ja laiterekisteriä, mutta tämä on kuntayhtymän tavoitetila kunta-/toimipaikkakohtaisten rekisterien sijaan. Yhteinen seurantajärjestelmä tukisi myös säännöllisten laite- ja apuvälinehuoltojen suorittamista ja seurantaa, ml. sähköturvallisuusmittaukset, mitkä puuttuvat tällä hetkellä vielä osasta yksiköitä.

Apuvälineiden osalta ollaan siirtymässä vuoden 2021 aikana yhtenevään käytäntöön, jossa apuvälineistä vastaa Hyvinkään sairaalan apuvälineyksikkö ja HUS apuvälinekeskus. Jatkossa Apuvälineyksikkö/HUS Apuvälinekeskus omistaa kaikki laitteet. Käytössä on järjestelmä, johon kaikki apuvälineet viedään viivakoodin avulla ja jota kautta pystytään seuraamaan myös mm. huoltoja ja nähdään tieto sen hetkisestä käyttäjästä. HUS vastaa jatkossa myös apuvälineiden kilpailuttamisesta. Jatkossa myös vammaispalveluiden (ml. kodin muutostyöt), sairaalasänkyjen ja sähköisten nostinten osalta siirrytään kyseiseen käytäntöön.

Osana toimintojen yhtenäistämistä määritellään myös systemaattisesti laiteturvallisuudesta **vastaavat henkilöt** vastuualueineen. Vastuuhenkilöt muodostavat ryhmittymän, joka tulee olemaan myös keskeisessä roolissa toimintatapojen yhtenäistämisessä.