



Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvontaohjelma

Palvelunjärjestäjän ja -tuottajan nimi ja yhteystiedot:

Vankiterveydenhuollon yksikkö
c/o Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Mannerheimintie 166, rak. A 3, PL 30
00271 Helsinki

Laatijat	Minna Markkila, hallinto- ja tukipalvelujohtaja
	Lauri Pesonen, potilasturvallisuusvastaava
	Maija Kinos-Jehkonen, laitteiden ammattimaisen käyttäjän vastuhenkilö
	Sari Koskue ja Outi Paulus, potilasasiavastaava
	Anna-Maija Strömberg, erikoissuunnittelija
Hyväksymisajankohta	13.12.2023 VTH:n operatiivinen johtoryhmä
Hyväksyjä – Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvonnasta vastaava johtaja	Jussi Korkeamäki, VTH:n johtaja Puhelin: 029 524 5723
Seuraava päivitysajankohta	Marraskuu 2024 tai tietojen oleellisesti muuttuessa

Sisällys

1	Johdanto	3
2	Omavalvonnan järjestäminen ja toteuttaminen	5
2.1	Omavalvonnan lainsäädännöllinen perusta ja vastuut	5
2.2	Omavalvonnan tavoitteet ja ohjaavat periaatteet	7
2.3	Omavalvonnan kohteet ja muodot.....	8
2.3.1	Ennakoiva ja suunnitelmallinen valvonta.....	8
2.3.2	Reaktiivinen valvonta	10
3	Omavalvonnan sisältö	11
3.1	Tiedolla johtamisen varmistaminen	11
3.2	Tehtyjen ostopalvelusopimusten noudattaminen	13
3.3	Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen.....	14
3.3.1	Palvelujen saatavuus	14
3.3.2	Palvelujen jatkuvuus.....	15
3.3.3	Henkilöstö ja osaaminen	16
3.3.4	Tietoturva ja tietosuoja	18
3.4	Potilaan oikeuksien varmistaminen	20
3.5	Palvelujen turvallisuuden varmistaminen	21
3.5.1	Lääkitysturvallisuuden varmistaminen.....	23
3.5.2	Infektioiden torjunnan varmistaminen.....	26
3.5.3	Lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön varmistaminen	27
3.5.4	Toimitilojen turvallisuuden varmistaminen.....	28
3.6	Palvelujen laadun varmistaminen.....	29
3.7	Palveluiden yhdenvertaisuuden varmistaminen	34
4	Havaittujen puutteellisuuksien korjaaminen	35
5	Seurantaan perustuvien havaintojen ja niiden perusteella tehtävien toimenpiteiden julkaiseminen.....	38
6	Liitteet (sisäiseen käyttöön).....	40

1 Johdanto

Oma-
valvonta on Vankiterveydenhuollon yksikön ensisijainen valvonnan muoto. Oma-
valvonta pohjautuu tietoon, se on osa tiedolla johtamista, organisaation päivittäistä
toimintaa ja osa jokaisen työntekijän työtä. Oma-
valvonta on terveydenhuollon palve-
luiden (ml ostopalvelut) ja potilasturvallisuuden varmistamista, palveluiden kehittä-
mistä ja johtamisen tukemista.

Oma-
valvontaohjelmassa määritellään (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta
26§), miten seuraavat asiat kokonaisuutena järjestetään ja miten niiden toteutuminen
varmistetaan:

1. tehtävien lainmukainen hoitaminen
2. tehtyjen sopimusten noudattaminen
3. palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä yhdenvertaisuus
4. havaittujen puutteellisuuksien korjaaminen
5. seurantaan perustuvien havaintojen ja niiden perusteella tehtävien (korjaavien)
toimenpiteiden julkaiseminen

Oma-
valvonta kohdistuu esimerkiksi hoidon ja palvelujen vaikuttavuuteen, potilaan oi-
keuksiin liittyviin kysymyksiin, potilastietojen kirjaamisen ja käsittelyn asianmukaisuus-
teen sekä lääkehoidon toteutukseen palveluyksiköissä. Oma-
valvontaan kuuluvat myös
tilojen, lääkinnällisten laitteiden, välineiden ja tietojärjestelmien asianmukaisuuden
varmistaminen.

Oma-
valvontaan liittyvällä ohjauksella ja neuvonnalla varmistetaan potilaiden perusoi-
keuksien toteutuminen. Ohjauksen avulla tuetaan palveluyksikköä kehittämään toi-
mintaansa siten, että se on lainmukaista ja laadukasta sekä täyttää potilasturvallisuus-
vaatimukset. Vaikuttava valvonta edellyttää aktiivista ja avointa yhteistyötä Van-
kiterveydenhuollon yksikön oma-
valvontaa ohjaavien, palvelutuotannon esihenkilöi-
den ja työntekijöiden sekä valvovien viranomaisten välillä. Viranomaisvalvonnan

tehtävänä on edistää ja varmistaa omavalvontaa sekä puuttua asioihin silloin, kun omavalvonta ei ole ollut riittävää.

Vankiterveydenhuollon palveluyksiköt (avohoitopalvelut ja sairaalapalvelut) rekisteröidään palveluntuottajia koskevaan valtakunnalliseen Sosteri -rekisteriin 1.1.2026 alkaen. Tämä omavalvontaohjelma päivitetään vuosittain tai toiminnan oleellisesti muuttuessa. Tässä omavalvontaohjelmassa on otettu huomioon [Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023](#) lisäksi soveltuvin osin [STM:n terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023-2026](#) sekä [STM:n asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022-2026](#).

Helsingissä 13.12.2023

Jussi Korkeamäki, VTH:n johtaja

2 Omavalvonnan järjestäminen ja toteuttaminen

2.1 Omavalvonnan lainsäädännöllinen perusta ja vastuut

Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvonnan lainsäädännöllisen perustan muodostavat laki Vankiterveydenhuollon yksiköstä (1635/2015 ja 1310/2021), laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023), terveydenhuoltolaki (1326/2010 51-52§ ja 54-55§) sekä vankeuslaki (121/2023) ja tutkintavankeuslaki (122/2023) hoitotakuun osalta, laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista (739/2023) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 23§:ssä säädetään, että palvelunjärjestäjän on varmistettava omavalvonnalla sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviensä lainmukainen hoitaminen. Palvelunjärjestäjän on varmistettava omien sekä hankkimiansa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu. **24§:ssä säädetään, että palvelunjärjestäjän on ohjattava ja valvottava sen järjestämismvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa.**

Vankiterveydenhuollon yksikön työjärjestyksessä ei ole erikseen määritelty vastuita liittyen omavalvontaan, laatutyöhön, riskienhallintaan, varautumiseen, sopimusten valvontaan tai potilasturvallisuuteen. Ko. vastualueet on kirjattu yksittäisten virkamiesten tehtäväkuvuihin. Tästä syystä Vankiterveydenhuollon yksikössä tullaan selvittämään, tarvitaanko virkavastuussa olevan johdon lisäksi valvonnan ja omavalvonnan sekä potilasturvallisuuden varmistamisen ja kehittämisen tehtäviä varten asiantuntijoista muodostuva hallinnollinen tukijärjestelmä toiminnasta vastuussa olevalle johdolle. Joka tapauksessa omavalvontaan kuuluvat tehtävät, vastuut ja johtosuhteet tulee määritellä. Samoin tulee määritellä, kenelle omavalvontaa ohjaava ja toteuttava henkilöstö raportoi organisaatiossa sekä heidän suhde johtoryhmiin.

Omavalvontaohjelmaa toteutetaan ja seurataan palveluyksikköjen omavalvontasuunnitelmien avulla. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista 10§:ssä säädetään, että palveluntuottajan on nimettävä palveluyksikköön vastuuhenkilö tai eri palvelualoille vastuuhenkilöitä, joiden on johdettava palvelutoimintaa ja valvottava, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset koko sen ajan, kun palveluja toteutetaan. Vastuuhenkilöllä on oltava toiminnan edellyttämä, asianmukainen koulutus, kokemus

ja ammattitaito. Vankiterveydenhuollon yksikössä näitä palveluyksikköjen (avohoitopalvelut ja sairaalapalvelut) vastuuhenkilöitä ovat vastaavat ylilääkärit. Lisäksi sairaalapalveluiden psykiatrisen hoidon palvelualasta vastaa psykiatrian ylilääkäri ja avohoitopalveluiden suun terveydenhuollon palvelualasta ylihammaslääkäri. Vastuuhenkilöllä on oikeus käsitellä salassapitosäännösten estämättä sellaisia palveluntuottajan toiminnassa muodostuvia potilas- ja asiakastietoja sekä muita tietoja, jotka ovat välttämättömiä hänelle kuuluvien johto- ja valvontatehtävien hoitamiseksi. Lisäksi 27§:ssä 4. momentissa säädetään, että palveluntuottaja ja vastuuhenkilö vastaavat siitä, että omavalvontasuunnitelmaa toteutetaan päivittäisessä toiminnassa palveluja tuotettaessa. Palveluyksikön omavalvontaan sisältyvää palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden varmistamista ja palvelujen kehittämistä toteuttaa palveluntuottajan henkilökunta.

Omavalvontaa ohjaa Vankiterveydenhuollon yksikön [arvot ja strategia](#) sekä strategiasta johdettu [kehittämisohjelma](#). Henkilöstöön liittyvät strategiset linjaukset (osaava ja motivoitunut henkilökunta) ovat osa VTH:n strategiaa. Kehittämisohjelman mukaan omavalvonnan avulla varmistetaan, että Vankiterveydenhuollon yksikkö terveydenhuollon palveluita tuottavana organisaationa on suunnitellut, linjannut ja ohjeistanut toiminnassaan lainsäädännön, valtakunnallisten suositusten sekä hyvien hoitokäytäntöjen asettamat vaatimukset. Omavalvonnan ohjauksen avulla tarkastetaan, toimivatko organisaation palveluyksiköt ja palvelupisteet siten, miten organisaation johto on edellä mainitut terveydenhuollon toimintaan liittyvät vaatimukset ohjeistanut. Omavalvonnan käytössä olevia eri menetelmiä ovat esimerkiksi SHQS-arviointikriteeristö, ohjauksenkäynnit, poikkeamien ilmoitusmenettely sekä erilaiset potilaspalautteet ja niiden käsittelymenettely. Omavalvonnassa hyödynnettäviä ohjelmistoja ovat esimerkiksi IMS (Integrated Management System), Laatuportti, LOVE (Lääkehoidon osaaminen verkossa) ja Oppiportti.

Vankiterveydenhuollon yksikkö laatii vuosittain kehittämisohjelmasta johdetun [toimintasuunnitelman](#) ja raportoi sen toteutumisen tunnuslukuineen [toimintakertomuksena](#). Johtamisen ja omavalvonnan toteutumisesta varmistetaan myös [vuosikellojen](#) avulla. Vankiterveydenhuollon toimintakertomuksessa raportoidaan tällä hetkellä ensisijaisesti käyntejä, suoritteita, hoitopäiviä ja hoitopaketteja. Omavalvontaohjelmassa kuvataan tarkemmin, millä mittareilla ja miten usein omavalvonnan eri osa-alueiden toimintoja seurataan sekä kuka, kenelle ja millä frekvenssillä raportoidaan kyseisen osa-alueen toteutumista. Omavalvontaan kuuluvien dokumenttien kohdalla kuvataan laadunhallinnan hyvien tapojen mukaisesti, mikä taho valmistelee kyseessä olevan dokumentin ja mikä taho hyväksyy sen sekä dokumenttien omistaja- ja päivitystiedot. Dokumentit tallennetaan ja versioidaan IMS-ohjelmistoon.

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta luvussa 3 sekä pykälissä 52 ja 56 on säädetty palveluntuottajan rekisteröintivelvoitteesta ja rekisteröinnin edellytyksistä.

Vankiterveydenhuollon yksikkö valmistautuu palvelujen järjestäjänä ja tuottajana täyttämään rekisteröintivelvoitteen ennen 1.1.2026. Rekisteröinnin jälkeen palveluntuottajan on tarkistettava ja päivitettävä vuosittain viimeistään 31. päivänä maaliskuuta omat tietonsa rekisterissä sähköisen asiointitilin kautta.

2.2 Omavalvonnan tavoitteet ja ohjaavat periaatteet

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta tarkoituksena on 1§:n mukaan varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasturvallisuus, laadultaan hyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä edistää valtion, hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän, Kansaneläkelaitoksen, palveluntuottajan ja viranomaisen välistä yhteistyötä. **Omavalvonnan tavoitteena on** osaltaan varmistaa palveluiden saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu ja yhdenvertaisuus.

Omavalvontaa ohjaavat periaatteet Vankiterveydenhuollon yksikössä ovat:

- Omavalvonnassa korostuu palveluntuottajan oma vastuu toiminnan asianmukaisuudesta ja palvelujen laadusta sekä potilasturvallisuudesta.
- Omavalvonta ja sen ohjaus on samanlaista sekä omalle toiminnalle että ostopalveluille.
- Valvonnan vastuut tullaan määrittelemään VTH:n valvontatyön asettamispäätöksessä.
- Valvontaa tekee valvontatyöhön koulutettu ja sen osaava henkilökunta.
- Valvontaa koordinoi keskitetysti Vankiterveydenhuollon yksikössä erikseen nimetty hallinnollinen tukijärjestelmä (valvontayksikkö), joka myös valmistelee omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelmien rakenteen. Omavalvontaohjelma hyväksytään VTH:n operatiivisessa johtoryhmässä.
- Valvottavat kohteet, niiden erityispiirteet ja valvontamenettely kirjataan Vankiterveydenhuollon erilliseen vuosittaiseen valvonta- ja arviointisuunnitelmaan.

- Omavalvonta on oikein kohdennettua ja oikeasuhteista. Se voi perustua esimerkiksi palveluyksikön tai palvelutapahtuman riskinarviointiin.

2.3 Omavalvonnan kohteet ja muodot

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 23§:ssä säädetään, että palvelunjärjestäjän on varmistettava omien sekä hankkimiensa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu ja yhdenvertaisuus. Palvelunjärjestäjän on seurattava myös terveydenhuollon palvelujen henkilöstön riittävyttä sekä tilojen ja laitteiden turvallisuutta ja soveltuvuutta palvelujen toteuttamisessa.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta korostaa palvelunjärjestäjän ja valvontaviranomaisten yhteistyötä. Viranomaisvalvonnan tehtävänä on puuttua asioihin erityisesti silloin, kun omavalvonta ei riitä. Lisäksi 34§:n 4. momentin mukaan palvelunjärjestäjän ja valvontaviranomaisen on lähetettävä toisilleen salassapitosäännösten estämättä tiedoksi laatimansa tarkastuskertomukset, jotka koskevat palvelunjärjestäjälle palveluja tuottavan palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toimintaa. Vankiterveydenhuollon yksikön toimintoja valvovat viranomaiset ovat Pohjois-Suomen aluehallintovirasto ja Valvira, Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia sekä Fimea.

2.3.1 Ennakoiva ja suunnitelmallinen valvonta

Ennakoiva valvonta on parhaimmillaan silloin, kun palveluyksiköt itse seuraavat aktiivisesti prosessejaan ja palvelujensa laatua, tunnistavat laatua uhkaavat riskit sekä toimivat nopeasti riskien poistamiseksi tai mahdollisten haittojen minimoimiseksi. Ennakoiva riskien arviointi suoritetaan osana toimintaan kohdistuvan muutoksen suunnittelua tai osana toiminnan normaalia kehittämistä. Ennakoivalla riskien arvioinnilla pyritään varmistamaan riittävä varautuminen mahdollisiin riskeihin siten, että vaaratapahtumat voidaan välttää ennalta. Valvovan viranomaisen suorittama ennakoiva valvonta on palvelujen tuottajan ja valvovan viranomaisen välistä vuorovaikutusta, ohjausta, arviointia ja tiedonvälitystä.

Suunnitelmallinen valvonta kohdistetaan riskiperusteisesti sinne, missä Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvonnan ja/tai valvontaviranomaisten asiantuntemuksen

mukaan on palvelujen saatavuudessa, laadussa tai oikea-aikaisuudessa suurimmat puutteet. Valvottavien kohteiden valvontahistoria on olennainen osa riskiperusteisen valvonnan kohdentamista. Sunnitelmallista valvontaa tekevät sekä palvelunjärjestäjän omavalvonta että valvova viranomais.

Vankiterveydenhuollon yksikön ennakoivan ja suunnitelmallisen omavalvonnan käytössä olevia menetelmiä ovat mm SHQS-itsearviointit, omavalvonnan ohjaukseenkäynnit, lääkehuollon ohjaukseenkäynnit, lääkehuollon sisäiset auditoinnit, välinehuollon ohjaukseenkäynnit, tietosuojan ja tietoturvan itsearviointit, säteilyturvallisuuden itsearviointit sekä riskiarviointit. Itsearviointimenetelmät valitaan kokonaisarviointiin perusteella tai riskiperusteisesti tai määräyksiin perustuen (esim [Fimean määräys 6/2012, kappale 4.1](#) ja [Säteilylaki 859/2018, 118§](#)). Ennakoiva ja suunnitelmallinen omavalvonta dokumentoituu muistioina IMS:iin sekä raportteina ja kehittämistehtävinä Laatuporttiin.

Vankiterveydenhuollon yksikössä laaditaan tämän omavalvontaohjelman liitteeksi vuosittainen valvonta- ja arviointisuunnitelma, jossa määritellään, mitä kohteita valvotaan, millä aikataulutuksella, teemoilla ja menetelmillä sekä kuka kokonaisuutta koordinoi ja siitä vastaa.

Ennakoivan ja suunnitelmallisen omavalvonnan toteutumista seurataan ja arvioidaan seuraavilla mittareilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Omavalvonnan ohjaukseenkäyntien / valvontakäyntien lukumäärä	Omavalvonnan ohjaukseenkäyntien / valvontakäyntien toteutuksen seuranta	Muistioiden määrä	Vähintään 10 ohjaukseenkäyntiä / valvontakäyntiä per vuosi	IMS	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Erikoissuunnittelija	Valvontayksikkö
Omavalvonnan ohjaukseenkäyntien / valvontakäyntien johdosta asetettujen kehittämistehtävien	Omavalvonnan ohjaukseenkäyntien / valvontakäyntien tehtävien seuranta	Tehtävien tiliraportti	Aikataulussa valmistuneita ja hyväksytyjä tehtäviä vähintään 90%	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Erikoissuunnittelija	Valvontayksikkö

valmistu- mis%							
-------------------	--	--	--	--	--	--	--

2.3.2 Reaktiivinen valvonta

Reaktiivinen valvonta kohdennetaan jälkikäteisesti esimerkiksi ilmoitusperusteisesti epäkohtailmoituksen tai riskiluokan 4 tai 5 poikkeailmoituksen perusteella. Reaktiivinen riskien arviointi suoritetaan osana yksittäisen vaaratapahtuman käsittelyä tai osana toistuvien vaaratapahtumien tarkastelusta esiin nousevan ongelman käsittelyä. Vankiterveydenhuollon yksikön käytössä on reaktiivisen valvonnan menettelynä vakavan vaaratapahtuman tutkinta, joka voitaneen kohdentaa potilasturvallisuuden lisäksi muihinkin mahdollisiin korkean riskiluokan poikkeamiin. Vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta vastaa potilasturvallisuusvastaava kokoamansa tutkintaryhmän kanssa. Potilasturvallisuusvastaava laatii tutkinnasta muistion kehittämissuosituksineen.

Valvontaviranomainen käynnistää reaktiivisia tarkastuksia tai pyytää selvityksiä omaaloitteisesti tai muiden viranomaisten yhteydenottojen perusteella. Tarkastukset ovat joko ennalta ilmoitettuja tai niitä voidaan tehdä myös ennalta ilmoittamatta. Valvojan viranomaisen reaktiivinen valvonta dokumentoituu valvontapäätöksinä ja tarkastuspöytäkirjoina. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta luvussa 5 on säännelty viranomaisvalvonnan työnjaosta ja oikeuksista. Pykälissä 38 ja 39 on kuvattuna valvojan viranomaisen keinovalikoima havaitun puutteen, virheellisyyden, laiminlyönnin tai muun epäkohdan korjaamiseksi. Näitä keinoja ja seuraamuksia ovat hallinnollinen ohjaus, määräys puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta, toiminnan keskeyttäminen/kieltäminen taikka rekisteröinnin poistaminen.

Reaktiivisen omavalvonnan ja viranomaisvalvonnan johdosta asetetut kehittämissuositukset ja toimenpidepyynnöt käsitellään ja toimeenpannaan organisaatiotasoisesti valvontayksikössä ja/tai VTH:n johtoryhmässä epäkohtien korjaamiseksi ja vastaavien tapahtumien ennaltaehkäisemiseksi jatkossa.

Reaktiivisen valvonnan toteutuminen raportoidaan seuraavilla mittareilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Vakavien vaarata-pahtumien tutkimien johdosta asetettujen kehittämistehävien valmistumis%	Vakavien vaaratapah-tumatutkin-tojen tehtävien seuranta	Tehtävien ti-laraportti	Aikataulussa valmistuneita ja hyväksytyjä tehtäviä 100%	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Potilasturval-lisuusvas-taava	Valvontayk-sikkö ja/tai VTH:n johto-ryhmä
Viran-omaisen ohjauksen ja tarkastuksen johdosta asetettujen tehtävien valmistumis%	Viranomaisen asettamien tehtävien seuranta (lail-lisuusval-vonta)	Tehtävien ti-laraportti	Aikataulussa valmistuneita ja hyväksytyjä tehtäviä 100%	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Hallinto- ja tukipalvelu-johtaja	Valvontayk-sikkö ja/tai VTH:n johto-ryhmä

3 Omavalvonnan sisältö

3.1 Tiedolla johtamisen varmistaminen

Vankiterveydenhuollon yksikön tavoitteena on kerätä tietoa potilaiden hyvinvoinnin tilasta, palveluiden saatavuudesta, laadusta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista.

Tietojohdamisen kokonaisuus koostuu ensivaiheessa *tiedolla johtamisesta*, jolla tarkoi-tetaan ajantasaisen ja laadukkaan tiedon systemaattista hyödyntämistä päätöksente-ossa. Tiedolla johtamisessa keskitytään tiedon käyttämiseen arvioinnin, päätöksenteon ja ohjauksen välineenä. Se käsittää kaikki määritellyt vastuut, tehtävät ja toimen-piteet, jotka tukevat oikeaan tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Toisessa vaiheessa ryhdytään tarkastelemaan *tiedon johtamista*, jolla tarkoitetaan tietoresurssien

hallintaa ja käsittelyä tiedon käyttäjän tarpeiden mukaisesti. Tiedon johtamiseen kuuluu tiedon määrittely, tuottaminen, validointi, säilyttäminen, yhdistely, analysointi ja raportointi. Tämä tiedon johtamisen kokonaisuus on jatkuvasti kehittyvä, vuorovaikutteinen prosessi, jonka päämääränä on tuottaa optimaalista tietoa tiedolla johtamista varten.

Tiedolla johtamisessa huomioidaan Vankiterveydenhuollon yksikölle osoitetut lakisääteiset tehtävät. Vankiterveydenhuollon yksikkö huolehtii siitä, että sen tietojärjestelmät ovat toiminnalle riittävät ja asianmukaiset (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 8§). Tiedolla johtamisen järjestelmätyökaluja Vankiterveydenhuollon yksikössä ovat potilastiedon osalta LifeCare -potilastietojärjestelmä, asiakirjahallinnan osalta Helmi asianhallintajärjestelmä, HR-tiedon osalta Kieku henkilöstöhallinnon järjestelmä, talouden osalta SoftCo ja M2 taloushallintajärjestelmät, sopimushallinnan osalta SoftCo Asana sopimushallinnan järjestelmä sekä riskienhallinnan, poikkeamien, laatutyön ja omavalvonnan osalta Laatuportti -ohjelmisto ja johtamis- ja toimintajärjestelmän osalta IMS-ohjelmisto.

Tiedolla johtamista tapahtuu kaikkialla organisaatiossa johtajien ja muun henkilöstön toimesta. Laadukkaiden ja turvallisten palveluiden johtaminen sekä epäkohtien korjaaminen omavalvonnan seurantatiedon perusteella on erityisesti palvelutuotannon linjaorganisaation vastuulla (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 25§). [Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 2.3](#) (parannamme turvallisuutta aktiivisella johtamisella) mukaisesti potilasturvallisuuden tilannekuva kuuluu osaksi jokaisen esihenkilön ja johdon raportointia. Palvelunjärjestäjän luottamuselimiä ja -henkilöitä kannustetaan seuraamaan ja arvioimaan säännöllisesti turvallisuuden ja työhyvinvoinnin toteutumista. Lisäksi [potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 3.1](#) (avoin ja saatavilla oleva tieto ohjaa toimintaamme ja lisää turvallisuutta) mukaisesti raportoinnissa on pyrittävä reaalitietoisuuteen etenkin vakavimpien vaara- ja haittatapahtumien ja kriittisen laatu- ja turvallisuustiedon seurannassa. Tämä edellyttää toiminnan muutoksia päivittäisjohtamisessa ja turvallisuuspoikkeamien käsittelyssä. Vankiterveydenhuollon yksikkö kehittää tiedolla johtamisen rakenteita luomalla tiedolla johtamiselle teknistä ja toiminnallista perustaa, jonka pohjalta voidaan tuottaa arvokkaita työkaluja ja analyysijärjestelmiä tiedon hyödyntäjille. Vankiterveydenhuollon strategiasta johdetussa kehittämissuunnitelmassa tiedolla johtamisen kehittämiskohteiksi on tunnistettu tietopohja ja sen kehittäminen, raportoinnin kehittäminen sekä johtamisen kehittäminen ja päätöksenteko eri tasoilla.

3.2 Tehtyjen ostopalvelusopimusten noudattaminen

[Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 23§:n](#) mukaisesti palvelunjärjestäjän omavalvontaan kuuluu valvoa oman palvelutuotannon lisäksi eri palveluntuottajien kanssa tekemiensä sopimusten noudattamista sekä ohjata ja valvoa yksityisiä palveluntuottajia ja näiden alihankkijoita jatkuvasti palveluja tuottaessa. Palvelunjärjestäjän on varmistettava omien sekä hankkimiensa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu.

Valvontalain omavalvontasääntely, joka velvoittaa toisaalta palvelunjärjestäjää ohjaamaan ja valvomaan sen järjestämisvastuulla olevia palveluita, ja toisaalta palveluntuottajaa ilmoittamaan vaaratapahtumista, poikkeamista ja epäkohdista sekä niiden käsittelystä järjestäjälle, soveltuu myös ostopalveluihin. Ostopalvelutoimittajia hyväksyttäessä on varmistuttava siitä, että palvelunjärjestäjän ohjauksen ja valvonnan toteuttamiseksi ostopalvelun tuottaja sitoutuu yhteisiin menettelytapoihin.

VTH:n hankintapalvelut varmistavat palveluiden kilpailutusvaiheessa, että tarjouspyyntöjen hankinta-asiakirjoissa on määritelty ja aukikirjoitettu tarkasti palvelutuotannon kriteerit (palvelukuvaus) ja sanktiot sekä muu tarkoituksen mukainen informaatio hankittavasta ostopalvelusta.

Ostopalveluntuottajat sitoutuvat tarjoustaan antaessaan palvelutuotannon lisäksi myös tarjouspyynnössä esitettyihin muihin ehdottomiin vaatimuksiin koskien hankittavan palvelun juridisia velvoitteita, ammatillista osaamista ja sen laillisuutta, taloudellista ja rahoituksellista tilannetta, tilaajavastuulain mukaisia velvoitteita sekä mm. rikosrekisteriotteiden toimittamista. Tarjouspyyntöasiakirjoihin on lisätty myös ehtoja venäjäpakotteista sekä tarvittaessa riippuen tulevan palvelun luonteesta, sopimusehtoja poikkeus- ja häiriötilanteisiin varautumisesta.

Ostopalvelusopimusten omistajat (palveluyksiköiden vastaavat ylläkäsit ja palvelualojen muut vastuuhenkilöt) valvovat, että ostopalveluntuottajat noudattavat hankintakauden aikana lainsäädännön lisäksi tarjouspyynnöissä ja sopimuksissa asetettuja juridisia, kaupallisia ja raportointivelvoitteita. Valvontavastuu kattaa oman palvelutuotannon ja ostopalvelutuotannon lisäksi myös alihankkijoiden tuottaman ostopalvelun.

Ostopalveluissa ilmenneissä epäkohdissa käytetään selvityspyynnön lisäksi sopimus-oikeudellisia toimenpiteitä, joita ovat esimerkiksi sanktio, sakko tai

ostopalvelusopimuksen irtisanominen. Ostopalvelun tuottajien kanssa sovitaan esim. säännöllisiä ja systemaattisia seuranta- ja arviointikokouksia. Ostopalveluiden seuranta-, ohjaus- ja valvontaprosessia kehitetään edelleen mm. sisäisen tarkastuksen tulosten perusteella.

Sopimusvalvonnan toteutumista seurataan ja arvioidaan seuraavalla mittarilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Sopimus-oikeudelliset toimenpiteet	Sopimusrikkomusten seuraamiseksi	Sopimusjuridisten toimenpiteiden määrä ostopalveluissa	0 kpl / v	Vastuuhenkilöiden tuottama palaute hankinta-asiantuntijalle	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Hankinta-asiantuntija	Valvontayksikkö ja/tai VTH:n johtoryhmä

3.3 Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen

3.3.1 Palvelujen saatavuus

Omavalvonnan tehtävänä on varmistaa, että suunniteltava ja toteutettava vankien terveydenhuolto on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin potilaiden tarve edellyttää. [Vankiterveystutkimus 2023 \(Wattu IV\)](#) tuo osaltaan sekä uutta tutkittua tietoa erilaisten terveystarpeiden esiintyvyyksistä vankien joukossa mutta myös siitä, mikä on vankipotilaiden kokema palveluiden tarve suhteessa tuotettuihin palveluihin. Omavalvonnan tehtävänä on osaltaan varmistaa, että itse tuotetut ja ostopalveluna hankitut palvelut ovat kuvattu ja niiden toteutumista seurataan. Yksityisiltä palveluntuottajilta hankittujen palvelujen seuranta tapahtuu Vankiterveydenhuollon yksikön ja palveluntuottajan välisen sopimuksen kautta. Vankiterveydenhuollon yksikön palvelukartta ja palvelut sekä palveluketjuanalyysit kuvataan loppuun tai päivitetään tarvittavilta osin. Ennen sitä palveluketjujen systemaattinen arviointi, kehittäminen ja seuranta on haastavaa.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen laissa säädettyjä odotusai-
katietoja sekä niiden enimmäis- ja määräaikaisten toteutumista seurataan kiireettömän
palveluntarpeen osalta (terveydenhuoltolaki 1326/2010 51-52§ ja 54-55§ sekä van-
keuslaki 121/2023 ja tutkintavankeuslaki 122/2023). Perusterveydenhuollossa hoidon
tarpeen arvio tulee tehdä saman arkipäivän aikana, kun potilas ottaa yhteyttä palve-
lupisteeseen. Arvion hoidon tarpeesta tekee laillistettu terveydenhuollon ammatti-
henkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä muukin terveydenhuollon ammat-
tihenkilö, esimerkiksi hammashoitaja. Perusterveydenhuoltoon tulee päästä 14 vuo-
rokauden ja suun terveydenhuoltoon neljän kuukauden enimmäisajan kuluessa hoi-
don tarpeen arvioinnista. Vankiterveydenhuollon yksikön Vankisairaalaan tullaan aina
jatkohoitoa varten, eikä se ole ensimmäinen hoitotapahtuma. Vankisairaalassa annet-
tava potilaan kiireetön hoito on järjestettävä korkeintaan kolmen kuukauden kuluessa
lähetteen saapumisesta. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitet-
tava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Arvioinnin edellyttämät tutkimukset
ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta.
Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon, se on aloitet-
tava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutumisesta.

Vankiterveydenhuollon yksikön linjaorganisaation mukaisesti palvelutoiminnasta vas-
tuussa olevat esihenkilöt (alueylilääkärit, ylihammaslääkäri ja vastaavat ylilääkärit
sekä osastonhoitajat ja ylihoitajat) seuraavat odotusaikatietoja ja käynnistävät tarvit-
tavat korjaustoimenpiteet. Hoitoon pääsyä seurataan myös omavalvonnan ja viran-
omaisvalvonnan yhteydessä. Odotusaikoja koskevat tiedot julkaistaan [Vankitervey-
denhuollon yksikön internetsivustolla](#) ja jatkossa myös palvelupisteiden potilasilmoi-
tustauluilla perusterveydenhuollon osalta kuukausittain ja erikoissairaanhoidon osalta
neljän kuukauden välein (vankeuslaki 121/2023 ja tutkintavankeuslaki 122/2023).

3.3.2 Palvelujen jatkuvuus

Palvelujen jatkuvuutta arvioidaan koko palvelutapahtuman läpi: ennen vankeutta to-
teutunut hoito, vankeuden aikainen hoito ja jatkohoidon järjestyminen vapautumis-
vaiheessa. Palvelujen suunnittelu ja toteutus yhdessä vankipotilaan ja häntä hoitavien
tahojen kanssa varmistavat sen, että palveluketjut ovat sujuvia. Tiedonkulun jatku-
vuutta varmistetaan sillä, että potilasta koskeva tieto siirtyy katkeamatta Vankitervey-
denhuollon eri palvelupisteiden välillä (potilastietojärjestelmä) ja ulkopuolisten palve-
luntarjoajien järjestelmästä toiseen (Kanta -yhteensopivuus).

Valmiussuunnitelmilla sekä muilla ennakoivilla toimenpiteillä varaudutaan häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Jos Vankiterveydenhuollon yksikön sisäiset järjestelyt eivät ole riittäviä, varautumisessa on varmistettava palvelujen jatkuvuuden turvaaminen hyvinvointialueilta ja/tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Vankiterveydenhuollon yksikön valmiussuunnitelmat palveluiden jatkuvuuden turvaamiseksi tehdään organisatiotasoisesti sekä erikseen avohoitopalveluista, sairaalapalveluista ja hallinto- ja tukipalveluista.

3.3.3 Henkilöstö ja osaaminen

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 9§:ssä säädetään palveluntuottajan vastuusta henkilöstönsä osalta, mikä tarkoittaa mm. riittävästä henkilöstömäärästä sekä henkilöstöltä vaadittavista ammattipätevyyksistä ja täydennyskoulutusvelvollisuudesta huolehtimista.

Vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstösuunnittelun ([osana toiminnan ja talouden suunnittelua](#)) tavoitteena on, että palveluyksiköissä ja palvelupisteissä työskentelee aina oikea määrä henkilöitä oikeissa tehtävissä. Henkilöstösuunnittelulla varmistetaan, että palveluyksiköillä ja palvelupisteillä on käytössään riittävä määrä sen tarvitsemaa osaamista sekä ennakoidaan henkilöstön kehittämistarvetta ja -kustannuksia. Vankiterveydenhuollon yksikkö palvelujen järjestäjänä seuraa oman henkilöstön osaamista (suoritus- ja kehityskeskustelut) ja riittävyttä (virkapaikkojen täyttöaste, sairaalapoissaolojen määrä). Toiminnan kannalta kriittiset henkilöstöresurssit pyritään varmistamaan työnjohdollisesti esimerkiksi tehtävien jaolla, varahenkilö- ja sijaisjärjestelyin sekä erilaisin tavoitettavuusjärjestelyin.

Johtavien virkamiesten kelpoisuusvaatimuksista on säädetty asetuksessa Vankiterveydenhuollon yksiköstä (1737/2015). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä (817/2015) säätelevät Vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstön ammattitaitoa. Henkilöstön osaaminen muodostuu perusammattitaidon ja täydennyskoulutusten lisäksi mm. perehdytyksestä. Kaikkien työntekijöiden osalta kelpoisuus todennetaan rekrytoinnin yhteydessä. Henkilöstön aiheuttamia riskejä ehkäistään ennalta huolellisella rekrytointimenettelyllä, johon kuuluvat kelpoisuusvaatimusten täyttymisen lisäksi turvallisuusselvitykset.

[Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten](#) mukaan riittävä määrä sosiaali- ja terveydenhoitoalalla on 3–10 täydennyskoulutuspäivää henkilöä kohti vuodessa. Vastuu täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja sen rahoittamisesta on pääosin

työnantajalla. Esihenkilö huolehtii ja seuraa koulutussuunnittelun avulla, että henkilöstö osallistuu riittävästi täydennyskoulutuksiin. Vankiterveydenhuollon yksikössä selvitetään mahdollisuutta henkilöstöhallinnon ohjelmiston hankintaan, jolloin täydennyskoulutustietojen ja erilaisiin lupiin liittyvien tietojen seuranta olisi nykytilannetta helpompaa ja laadukkaampaa. VTH:n koulutuslinjaukset on kirjattu [osaamisen vahvistamisen suunnitelmaan](#). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 59 §:n mukaan hyvinvointialueen tulee seurata sen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa olevan henkilöstön, jolta hyvinvointialue hankkii palveluja, ammatillista kehittymistä ja huolehtia siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi oman alansa täydennyskoulutukseen. Henkilöstön täydennyskoulutuksessa on otettava huomioon henkilöstöön kuuluvien peruskoulutuksen pituus, työn vaatavuus ja tehtävien sisältö. Järjestämislain 59 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. [STM:n asetus tulee voimaan 1.1.2024](#) ja Vankiterveydenhuollon yksikkö huomioi siinä olevat säännökset tarvittavilta osin, vaikka asetus on annettu järjestämislain nojalla ja järjestämislakia ei sovelleta Vankiterveydenhuollon yksikköön.

[Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 2.1](#) (varmistamme turvallisuusosaamisen ja sen lisääntymisen läpi työuran) mukaan Vankiterveydenhuollon yksiköllä tulee olla kattava perehdytysohjelma, joka sisältää omavalvontasuunnitelman ja lääkehoitosuunnitelman läpikäynnin sekä organisaation työtapoihin ja -kulttuuriin tutustuttamisen. Suunnitelmallinen ja riittävä perehdytys uusiin työtehtäviin, uuteen työympäristöön ja työpaikan laitteisiin ja tietojärjestelmiin on turvallisen työskentelyn edellytys. Kaikkia potilastyötä tekeviä työntekijöitä veloitetaan suorittamaan Oppiportissa potilasturvallisuuskoulutus. Lisäksi lääkehoidon toteuttamiseksi on erillinen lupamentely ([kuvattuna lääkehoitosuunnitelmassa](#)) ja lääkinnällisten laitteiden käyttämiseksi on erillinen osaamisenmennettely. Vankiterveydenhuollon yksikössä on määritelty [osana osaamisen vahvistamisen suunnitelmaa myös toteutustavat](#) liittyen suoniverinäytteen ottoon, pikatestien ottoon, säteilysuojelukoulutuksiin, ensiapukoulutuksiin, alkusammutuskoulutuksiin, turvallisuuskoulutuksiin, hygieniakoulutuksiin, tietosuojakoulutukseen ja potilastietojen käsittelykoulutukseen.

[Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 2.2](#). (luomme turvallisuutta tukemalla työhyvinvointia) mukaan hyvinvoivat ammattilaiset varmistavat potilasturvallisuuden toteutumista. Työhyvinvointi koostuu monesta osatekijästä. Sitä ei voi synnyttää arki työstä irrallisena, vaan siihen vaikuttavat jokapäiväisen työn kuormitus, työolosuhteet, työyhteisön tuki ja arvostava ilmapiiri, hyvä ja kannustava johtaminen ja työn merkityksellisyys. Työhyvinvoinnin edistäminen on sekä työntekijöiden että työnantajien yhteinen vastuu. Vankiterveydenhuollon yksikkö huolehtii henkilöstönsä

työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta [työhyvinvointisuunnitelman](#) ja [työsuojelun toimintasuunnitelman](#) mukaisesti.

Vankiterveydenhuollon omavalvonnasta vastaa VTH:n johtaja. Valvontatyötä tekee valvontatyöhön koulutettu ja sen osaava henkilökunta. Valvontaa koordinoi keskitetysti Vankiterveydenhuollon yksikössä erikseen nimetty hallinnollinen tukijärjestelmä (valvontayksikkö). Vankiterveydenhuollon palvelutuotannossa valvonnasta vastuussa olevat virkamiehet ovat perusterveydenhuollon avopalveluissa vastaava ylilääkäri ja ylihammaslääkäri sekä sairaalapalveluissa vastaava ylilääkäri ja psykiatrian ylilääkäri, joiden tehtävänä on varmistaa omavalvontasuunnitelman toteuttaminen päivittäisessä toiminnassa. Palveluyksikön omavalvontaan sisältyvää palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden päivittäistä varmistamista ja palvelujen kehittämistä toteuttaa lääketieteen, hammaslääketieteen ja hoitotyön lähiesihenkilöt yhdessä henkilökuntansa kanssa.

3.3.4 Tietoturva ja tietosuoja

[Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 4.2](#) (huolehdimme laitteiden ja tietojärjestelmien käytön turvallisuudesta) mukaan tietojärjestelmien häiriötön toiminta on mielletty kiinteäksi osaksi potilasturvallisuustyötä vasta viime vuosina. Laiteturvallisuus on palveluntuottajan vastuulla ja osa palvelunjärjestäjän tekemää turvallisen toiminnan edellytysten omavalvontaa. [Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 3.2](#) (varmistamme kaikille turvalliset etä- ja digipalvelut) mukaan uudet teknologiat lisäävät palveluiden saatavuutta ja parantavat potilaiden kokemusta. Turvalliset etänä tuotettavat ja digitaaliset palvelut vaativat kuitenkin ammattilaisilta uudenlaista osaamista. Uusia teknologioita käyttöön otettaessa ja käytössä olevia arvioitaessa on huomioitava korostettu tarve yhtenäisten linjausten noudattamiselle ja omavalvonnalle työyhteisössä. Käytettävien työvälineiden on oltava luotettavia ja mahdollistettava sujuva ja tietoturvallinen työskentely. Tietosuoja- ja tietoturvaluotteet voivat aiheuttaa inhimillistä kärsimystä potilaille ja mainehaittaa niin organisaatioille kuin asiakkaillekin. [Etäpalveluiden käytöstä vankiterveydenhuollon potilastyössä](#) on laadittu erilliset ohjeet.

Vankiterveydenhuollon yksikössä palveluiden jatkuvuutta varmistetaan osaltaan tietoturvallisella toiminnalla tietoturvasuunnitelman ja [tiedonhallintasuunnitelman](#) mukaisesti. Tietoturvaa ja tietosuoja turvataan käyttövaltuushallinnalla, säännöllisellä lokivalvonnalla sekä tietoisuutta lisäämällä koulutuksin ja ajankohtaisin ohjeistuksin. Jokainen vankiterveydenhuollossa työskentelevä on turvallisuusselvitetty ja

allekirjoittanut salassapitositoumuksen. Tietoturva- ja tietosuojapoikkeaman ilmoittamisesta on ohjeistettu organisaatiossa. Vankiterveydenhuollossa tietosuoja huomioidaan perehdytysohjelmassa, koulutuksissa sekä mahdollisuuksien mukaan myös työskentelypisteen tilaratkaisuissa ja työolosuhteissa. VTH:n osaamisen vahvistamisen suunnitelman osana on määritelty [tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät koulutukset](#), jotka jokaisen työntekijän on suoritettava.

Palveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden toteutumista seurataan ja arvioidaan seuraavilla mittareilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Odotusaika	Hoitoon pääsytietojen seuranta	Hoitoon pääsyn aika vrk:ssa hoidon tarpeen arvioinnista, raportoidaan palvelupisteittäin	Avohoidossa < 14 vrk Suun terveydenhuollossa < 4 kk Vankisairaalassa < 3 kk Erikoissairaanhoidossa < 6 kk	THL:n koostamat Hilmo-tiedot	Perusterveydenhuollossa x1/kk Erkoissairaanhoidossa x3/v (neljän kk:n välein)	Potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä	Valvontayksikkö ja julkinen raportointikanava
Mitoitustiedot	Henkilöstön riittävyyden seuranta	Virkojen täytöaste	100 %	Henkilöstöbudjettien toteuma kun HR-ohjelmisto	x 1 / v x 3 / v (neljän kk:n välein)	Lähiesihenkilöt sekä koontitietojen osalta ylihoitajat ja vastaavat ylläkärit HR-palvelupäällikkö	Palveluyksiköiden johtoryhmät VTH:n str. johtoryhmä
Täydennyskoulutustiedot	Täydennyskoulutusveloitteen seuranta	Täydennyskoulutuspäivät / työntekijä / v	Hoitajat 3 pv / v Lääkärit 3-10 pv / v	Koulutussuunnitelmien toteuma	x 1 / v	Lähiesihenkilöt sekä koontitietojen osalta ylihoitajat ja vastaavat ylläkärit	Palveluyksiköiden johtoryhmät

				kun HR- ohjelmisto	x 3 / v (neljän kk:n välein)	HR- palvelupääl- likkö	VTH:n str. johtoryhmä
Vakavat tietosuo- jajoik- keamail- moituk- set	Tietosuoja- paranta- miseksi	Riskiluokan 4 ja 5 tietosuo- jajoik- keamailmoi- tusten %- osuus kai- kista tietosuo- jajoik- keamista	< 5 %	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Tietosuoja- vastaava	Valvontayk- sikkö

3.4 Potilaan oikeuksien varmistaminen

[Lain potilaan asemasta ja oikeuksista \(785/1992, luku 2\)](#) mukaisesti potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus hyvään kohteluun siten, että potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. [Kansalliset Käypä hoito -suositukset](#) täydentävät lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Vankiterveydenhuollon yksikössä on käytössä potilastyytyväisyyskysely, joka mittaa potilaan omaa kokemusta saamastaan hoidosta. Lisäksi potilaalla on mahdollisuus antaa palautetta kirjallisena palvelupisteeseen, jossa on ollut hoidossa, tai tehdä muistutus tai kantelu. Laatujärjestelmänä Vankiterveydenhuollon yksikössä on SHQS (= Social and Health Quality Standard). Katso tarkemmin hoidon laadusta ja potilaan oikeusturvakeinoista sekä niiden seurantatietojen mittaamisesta kappale 3.6.

Terveyspalveluja on annettava yhdenvertaisesti siten, ettei ihmisiä aseteta eri asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Hoitoa on saatava yhdenvertaisesti asuinkunnasta riippumatta. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon hoidossa ja kohtelussa.

Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon aloittamiseksi hankitaan aina kun mahdollista potilaan tai hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisensä suostumus. Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen otetaan huomioon silloin, kun alaikäinen on kyllin kehittynyt sen ilmaisemaan. Alaikäisen kehitystason arvioi lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Alaikäisen huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi.

Potilaalle annetaan tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Potilas saa tutustua hänestä talletettuihin tietoihin ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista [tietosuojaselosteen](#) mukaisesti. Hoitoa jonottamaan joutuvalle ilmoitetaan hoitoon pääsyn ajankohta erillisen [ohjeistuksen](#) mukaisesti. Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

3.5 Palvelujen turvallisuuden varmistaminen

Omavalvontasuunnitelma

Omavalvonnalla varmistetaan, että palveluiden turvallisuuden varmistamiseksi Vankiterveydenhuollon yksikön kaikilla tasoilla tehdään systemaattista työtä, joka tukee laadukkaan ja turvallisen palvelun kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä toimintatapojen kehittämistä. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 27§:n mukaan palveluntuottajan on laadittava palveluyksiköittäin päivittäisen toiminnan laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi sekä potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seurantaan varten omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluyksikössä palveluntuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut. Omavalvontasuunnitelmaan on sisällytettävä kuvaus vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettelystä. Omavalvontasuunnitelmissa on lisäksi kuvattava, miten potilaiden, läheisten, henkilöstön ja valvojan viranomaisen antaman palaute otetaan huomioon palveluita kehitettäessä. Vankiterveydenhuollon yksikössä uudistetaan omavalvontasuunnitelmien rakenne vuoden 2024 kuluessa. [Palveluyksikkötasoisia omavalvontasuunnitelmia](#) laadittaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota henkilöstön osallistamiseen.

Riskienhallinta

Vankiterveydenhuollon yksikössä tulee huomioida niin strategisen kuin käytännön toiminnan riskienhallinta. Strategisella tasolla arvioidaan palvelujen tarvetta, saataavuutta ja laadun varmistamista pitkällä aikajänteellä. Operatiivisten riskien hallinta on osa jokapäiväistä toiminnan seurantaan, arviointia ja kehittämistä. Riskienhallinta on kokonaisvaltainen ja jatkuva prosessi, jossa riskejä tunnistetaan ja analysoidaan, jotta

niiden aiheuttamat seuraukset pystytään minimoimaan. Riskienhallinta on organisaation kaikilla tasoilla tapahtuvaa toimintaa, jota jokainen toteuttaa omassa roolissaan. Riskienhallinnan avulla varmistetaan, että organisaatiolla on riittävästi tietoa toiminnan, toimijoiden ja toimintaympäristön riskeistä. Riskienhallinta edellyttää selkeää prosessia, jonka mukaan organisaatiossa järjestelmällisesti arvioidaan riskejä ja päätetään riittävästä varautumisesta haitallisten poikkeamien ehkäisemiseksi.

Riskienhallinta on kokonaisuus, johon kuuluu riskien tunnistaminen, tunnistettujen riskien arvioiminen ja riskienhallintakeinojen valinta. Riskien tunnistaminen ja arviointi eivät ole tavanomaisesta toiminnasta erillisiä toimintoja, vaan ne ovat osa toiminnan suunnitteluprosesseja sekä päivittäisiä toiminta- ja työketjuja. Vankiterveydenhuollon yksikön riskienhallinnan suunnitelma laaditaan osana valvonta- ja arvoitusuunnitelmaa. Tässä omavalvontaohjelmassa ja palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmissa riskienhallinta kohdistuu nimenomaan potilaan saamaa palvelua uhkaaviin riskeihin. Vankiterveydenhuollon yksikön toiminnassa on myös monia muita riskejä ja riskinarviointeja. Tyypillisesti riskit jaotellaan riskienhallintamallin mukaisesti henkilö-, toiminta- ja toimitilariskeihin.

Palveluyksiköissä tulee tunnistaa riskejä, joissa potilastyölle asetettujen tavoitteiden ja vaatimusten toteutuminen on vaarassa. Palveluyksikön potilaiden saamaa palvelua uhkaavat riskit tulee kuvata omavalvontasuunnitelmaan ja suunnitelmaan kootaan toimintaohjeet, joilla riskien toteutumista ennaltaehkäistään tai seurauksia minimoidaan. [Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 3.3](#) (turvallisuuskulttuuri on toimintamme perusta) mukaisesti osaamista tarvitaan riskien tunnistamisessa, riskien arvioimisessa, luokittelussa ja korjaavien toimenpiteiden suunnittelussa sekä toimenpiteiden vaikuttavuuden arvioinnissa.

Laatuportin riskien arviointi ja riskien ilmoittaminen sekä poikkeamailmoitukset ovat tärkeä palvelujen turvallisuuden varmistamisen väline esihenkilöille. Vankiterveydenhuollossa hyödynnetään Laatuportin ilmoituksia ja tehtyjä kehittämistoimenpiteitä osana tietoon perustuvaa omavalvontaa.

3.5.1 Lääkitysturvallisuuden varmistaminen

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 26 §:n mukaan omavalvontaohjelman tulee sisältää mm. omavalvonta- ja lääkehoitosuunnitelmat. [Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 4.1](#) (lisäämme lääkehoidon turvallisuutta yhteisillä toimintatavoilla) mukaisesti omavalvonnan osana on valvottava lääkehoitosuunnitelmien toteutumista omissa palveluyksiköissä ja ostopalveluissa. Palveluntuottajien on huolehdittava, että palveluyksiköillä ja palvelupisteillä on riittävä tuki turvallisen lääkehoidon suunnitteluun, lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen ja moniammattillisten lääkehoidon arviointien tekemiseen.

Lääkitysturvallisuuden johtaminen on johdon ja esihenkilöiden tehtävä ja osa potilasturvallisuutta. Vankiterveydenhuollon yksikön toiminnasta vastaa VTH:n johtaja. Poliklinikoiden toiminnasta vastaa avohoidon vastaava ylilääkäri yhdessä ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa. Suun terveydenhuollosta vastaa ylihammaslääkäri yhdessä osastonhoitajan kanssa. Vankisairaalasta ja Psykiatrisesta vankisairaalasta vastaa vastaava ylilääkäri ja psykiatrian ylilääkäri yhdessä ylihoitajan ja osastonhoitajien kanssa. Nämä esihenkilöt vastaavat osaltaan siitä, että lääkitysturvallisuus toteutuu palveluyksiköissä ja palvelupisteissä. Tämä edellyttää, että hoitohenkilökunta on koulutettua ja heidän osaamistaan seurataan ja arvioidaan (mm lääkeluvat ja lääkehoidon lisälaatuvaatimukset). Vankiterveydenhuollon henkilökunnalle mahdollistetaan täydennyskoulutus. Työtilojen, välineiden ja henkilökuntaresurssien tulee mahdollistaa myös turvallinen lääkehoito.

Vankiterveydenhuollolla on oma Lääkekeskus Hämeenlinnassa, joka on valtakunnallinen yksikkö. Lääkekeskuksen toiminnasta vastaa Lääkekeskuksen johtaja. Lääkekeskuksen toiminnan pohjana on rationaalinen lääkehoito, jolla taataan turvallinen, laadukas ja taloudellinen sekä yhdenvertainen lääkehoito. Peruslääkevalikoimalla taataan taloudellisen hyödyn lisäksi yhdenvertainen ja tasa-arvoinen hoito kaikille vankipotilaille riippumatta siitä, missä he vankeustuomiotaan suorittavat. Lääkekeskuksella tehdään annosjakelua, joka parantaa lääkitysturvallisuutta, vapauttaa hoitohenkilökunnan muihin tehtäviin ja tukee vankipotilaan omaa vastuunottoa lääkityksestään rangaistuksen aikana sekä valmentaa turvallisen lääkehoidon toteutumiseen rangaistuksen jälkeen.

Lääkekeskuksella suoritetaan vähintään vuosittain sisäistä auditointia lääkitysturvallisuuden ja Lääkekeskuksen laadukkaan toiminnan varmistamiseksi. Vuosittain Lääkekeskuksen Vankiterveydenhuollon palvelupisteille suorittamalla lääkehuollon ohjauksen käynneillä tarkastellaan lääkitysturvallisuuden toteutumista sekä valvotaan ja opastetaan havaittujen puutteiden korjaamisessa. Lääkitysturvallisuuden parantamiseksi

Vankiterveydenhuollon yksikön palvelupisteissä lääkekaapit on järjestetty terapiaryhmittäin ja värikoodeittain pyrkimyksenä lisätä sairaanhoitajien tietämystä lääkeaineista sekä vähentää lääkkeiden sekaantumisen riskiä esim. riskilääkkeiden ja LASA (look alike, sound alike) lääkkeiden kohdalla.

Vuosittain päivitettävällä ja [STM:n turvallinen lääkehoito -oppaaseen \(2021\)](#) perustuvalla [lääkehoitosuunnitelmalla](#), joka toimii lääkitysturvallisuuden ja turvallisen lääkeshoidon osana, vaikutetaan lääkitysturvallisuuden toteutumiseen. Hyvin laadittu ja päivitetty lääkehoitosuunnitelma vähentää poikkeamia sekä vaara- ja haittatapahtumia. Näiden tunnistaminen ja ennen kaikkea toiminnan kehittäminen tunnistettujen poikkeamien ja tapahtumien pohjalta parantaa potilasturvallisuutta. Päivitetty lääkehoitosuunnitelma toimii myös hyvänä pohjana perehdytettäessä uusia työntekijöitä. Lääkehoitosuunnitelmassa on määritelty myös riskilääkekaavio, jossa on kuvattuna Vankiterveydenhuollon yksikössä tunnistetut ja käytössä olevat riskilääkkeet sekä keinot, joilla lääkityspoikkeamat voitaisiin estää. Riskilääkkeet ovat lääkkeitä, joiden käyttöön liittyy riski, joka tulisi aina huomioida lääkettä määrätessä, käyttökuntoonsaattamisessa, annostelussa, seurannassa ja varastoinnissa. Pahimmillaan nämä lääkkeet voivat väärin käytettynä johtaa vakavaan vaaratapahtumaan tai jopa potilaan vammautumiseen tai kuolemaan. Lääkehoitosuunnitelman lisäksi Vankiterveydenhuollon yksikössä vaikutetaan lääkitysturvallisuuteen kirjoittamalla ja päivittämällä vankiterveydenhuollon yhteisiä [toimintaohjeita](#), joiden avulla yhtenäistetään toimintaa ja varmistetaan, että kaikkialla vankiterveydenhuollossa toteutetaan samantasoista lääkehoitoa ja lääkehuoltoa.

Lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi lääkityspoikkeamat kirjataan Vankiterveydenhuollon yksikössä käytössä olevaan Laatuporttiin, jonka tarkoituksena on koota lääkitys- ja potilasturvallisuuteen liittyvät poikkeamat ja vaaratapahtumat yhteen. Lääkityspoikkeamiin liittyvät virheet eivät tavallisesti johdu ihmisestä vaan ympäristöstä, jossa ihminen toimii ja tästä syystä onkin tärkeämpää pohtia, miksi virhe tapahtui kuin kuka sen teki, ja miten virhe voitaisiin jatkossa välttää. Toiminnan kehittämisen ja potilasturvallisuuden parantamisen edellytys on, että poikkeamat ja vaaratapahtumat tunnistetaan ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhdytään virheen välttämiseksi jatkossa.

Kokonaisvaltaisen ja turvallisen lääkeshoidon varmistamiseksi tulisi hyödyntää entistä enemmän moniammatillista työryhmää ja hyödyntää tässä eri ammattikuntien osaamista potilaan lääkityssasioiden parantamiseksi. Tulevaisuudessa vankipotilaiden lääkehoitoa voitaisiin parantaa lääkitysluokkien ajantasaistamisella. [Vankiterveyden tutkimuksen \(Wattu IV\)](#) tulosten perusteella lääkeinformaatiossa olisi myös vielä parannettavaa.

Lääkitysturvallisuuden varmistamista seurataan ja arvioidaan seuraavilla mittareilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Lääkehuollon ohjauksen käytien lukumäärä	Fimean määräys 6/2012	Lääkehuollon ohjauksen käytien tarkastuskertomusten lukumäärä	Kaikki palvelupisteet eli 32 kpl	IMS	x 1 / v	Lääkekeskuksen johtaja	Valvontayksikkö
Lääkehuollon ohjauksen käytien johdosta asetettujen korjausten valmistamis%	Lääkehuollon ohjauksen käytien tehtävien seuranta	Tehtävien tilaraportti	Aikataulussa valmistuneita ja hyväksytyjä tehtäviä 100%	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Lääkekeskuksen johtaja	Valvontayksikkö
Päivitetyt lääkehoidon suunnitelmat	Turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi	Päivitettyjen lääkehoidon suunnitelmien lukumäärä	2 kpl lääkehoidon suunnitelmia päivitetty vuosittain	VTH:n palvelupisteistä lääkehuollon ohjauksen käytien ja/tai IMS:stä	x 1 / v	Lääkekeskuksen johtaja	Valvontayksikkö
Vakavat lääkehuollon ja lääkehoidon poikkeamukset	Lääkehuollon ja lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi	Riskiluokan 4 ja 5 lääkehuollon laatu- ja poikkeamailmoitusten ja lääkehoidon potilasturvallisuusilmoitusten %-osuus kaikista lääkehuollon ja lääkehoidon poikkeamista	< 5 %	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Erikoissuunnittelija ja potilasturvallisuusvastaa	Valvontayksikkö ja julkisen raportointikanava

3.5.2 Infektioiden torjunnan varmistaminen

[Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 4.3](#) (yhtenäistämme hyvät infektiorjunnan käytännöt) mukaisesti infektioiden torjunta ei keskity pelkästään infektioiden leviämisen ehkäisyyn potilaiden välillä, vaan myös potilaista henkilökuntaan, henkilökunnasta potilaisiin ja henkilökunnan jäsenten välillä. Oleellinen osa torjuntaa on myös huolehtia mikrobilääkkeiden järkevästä ja näyttöön perustuvasta käytöstä. Palveluntuottajien tulee järjestää säännöllistä täydennyskoulutusta osaamisen yhtenäistämiseksi ja osaamistason vakiinnuttamiseksi. Palvelunjärjestäjien ja -tuottajien on sisällytettävä hygieniaohteiden ja infektiorjunnan toteutumisen seuranta osaksi omavalvontaa. Potilasturvallisuusstrategia suosittaa, että poikkeamista raportoidaan THL:n infektiorjuntayksikölle. Poikkeamien ensisijainen korjaaminen tapahtuu koulutuksen keinoin. Nämä, kuten muutkin potilasturvallisuuden havainnot, on raportoitava julkisesti ja avoimesti.

Vankiterveydenhuollon yksikössä tartuntatautien torjuntaa ja valvontaa koordinoi tartuntatautiyksikkö, johon kuuluvat tartuntataudeista vastaava lääkäri ja hänen sijaisensa sekä hygieniahoitajat. Tartuntatautiyksikön lisäksi paikallisesta infektioidentorjunnasta vastaavat alueelliset hygieniayhdyshenkilöt. Yhdessä tartuntatautiyksikkö, osastonhoitajat, Lääkekeskuksen johtaja ja siivoustyönjohtaja muodostavat hygieniaryhmän.

Infektioidentorjunnan kulmakivenä on huolehtia henkilöstön perusosaamisesta (tavanomaiset ja muut varotoimet sekä rokotukset). Koko henkilöstön ml. ostopalveluhenkilöstön tulee tutustua VTH:n ja THL:n verkkosivujen koulutus- ja muuhun materiaaleihin:

[VTH:n infektioidentorjuntasuunnitelma](#)

[Suun terveydenhuollon hygieniasuunnitelma](#)

[Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön rokotukset](#)

[VTH:n infektioidentorjuntaohjeet](#)

Vankiterveydenhuollossa tulee tunnistaa epidemiat ja vakavat infektiotapaukset. Ongelmatilanteissa ja epidemiatilanteissa konsultoidaan hoitavaa lääkärinä ja VTH:n hygieniahoitajia, jotka tiedottavat ja tarvittaessa konsultoivat VTH:n tartuntataudeista vastaavaa lääkärinä.

Tartuntatautiyksikön ja hygieniatyöryhmän toiminta on muodostettu uudelleen vasta vuoden 2023 aikana, ja toiminta ei ole vielä vakiintunutta. Toimen uudelleen järjestämisen jälkeisenä vuonna toiminnan pääasiallisena mittarina on hygieniatyöryhmän toiminta, jolloin seurataan hygieniatyöryhmän kokoontumistiheyttä, osallistujamäärää sekä käsiteltyjä aiheita, ja tartuntatautiyksikkö ryhtyy tarvittaessa toimiin tulosten perusteella. Hygieniahoitajille allokoitun aikaresurssin toteutumista tullaan seuraamaan, samoin kuin yhdyshenkilöverkostoa ja sen toimintaa alueilla ja sairaalaoastoilla.

Vuoden 2024 aikana Tartuntatautiyksikkö jatkaa VTH:n infektioidentorjuntaohjeiden kokoamista IMS:iin. Hygieniatyöryhmän kanssa tullaan aloittamaan suunnitelma infektiopidemioiden tunnistamisen ja seuraamisen kehittämiseksi.

3.5.3 Lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön varmistaminen

Lain sosiaali- ja terveystalvvelujen valvonnasta 8§:n mukaan palveluntuottajan toimittolujen, laitteiden, välineiden ja tietojärjestelmien on oltava toiminnalle riittävät ja asianmukaiset. [Laki lääkinällisistä laitteista \(719/2021\)](#) määrittelee laiteturvallisuuteen liittyviä velvoitteita. Ne koskevat niin organisaatiota kuin laitteita käytäviä ammattilaisiakin. Potilaille luovutettavien apuvälineiden osalta toimintaa ohjaa myös [Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille \(STM 2023:13\)](#).

Lakisääteisenä ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä ([Laki lääkinällisistä laitteista 719/2021](#)) toimii ylihammaslääkäri. Hän vastaa siitä, että Vankiterveydenhuollon yksikössä noudatetaan laitehallintaan liittyvää lainsäädäntöä. Jokaisen palveluyksikön esihenkilö puolestaan vastaa oman yksikkönsä laiteturvallisuuden toteutumisesta. Tämän lisäksi jokaisessa palvelupisteessä tulee olla laitevastaava.

[Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 4.2](#) mukaan (huolehdimme laitteiden ja tietojärjestelmien käytön turvallisuudesta) palveluyksiköissä on oltava suunnitelma lääkinällisten laitteiden hallintaan ja turvallisen käytön varmistamiseen. Vankiterveydenhuollon yksikön laiteturvallisuussuunnitelma on valmisteilla. Työntekijät perehdytetään yleiseen laiteturvallisuusosaamiseen sekä varmistetaan ja dokumentoidaan laitekohtainen osaaminen. Käytössä on henkilökunnan laiteosaamisen varmistamista, ylläpitämistä sekä dokumentointia varten laitepassit avo- huollossa, sairaalaloissa, suun terveydenhuollossa, Lääkekeskuksessa sekä laboratoriossa. Laitehankintojen

kilpailutusvaiheessa huomioidaan laitetoimittajien rooli turvallista käyttöä tukevan, ammattilaisille, asiakkaille ja potilaille suunnatun opasmateriaalin tuottamisessa.

Lääkinnälliset laitteet rekisteröidään ja tarvittavat elinkaaritiedot tallennetaan [palvelupistekohtaisiin laiterekistereihin](#), jotka säilytetään IMS:ssä. Laitehuolloissa noudatetaan laitevalmistajien huolto-ohjelmia ([Laki lääkinnällisistä laitteista 719/2021](#)). Lääkinnällisiä huolto- ja korjauspalveluja ostetaan suoraan laitetoimittajilta. Palvelujen sisältö ja laatu varmistetaan sopimustasolla.

Lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön varmistamista seurataan ja arvioidaan seuraavalla mittarilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Laitepassien suoritamis%	Laiteosaamisen varmistaminen	Suoritettujen laitepassien lkm suhteessa laitteita käyttäviin työntekijöihin	Laitepassit suoritettu 100%:sti	Palvelupisteiden koulutussuunnitelmista (jatkossa HR-ohjelmasta tai Laaturportista)	x 1/ v	Lähiesihenkilöt ja ammatillisen käyttäjän vastuuhenkilö (tiedon VTH-tasoinen koonti)	Valvontayksikkö

3.5.4 Toimitilojen turvallisuuden varmistaminen

Julkisen palveluntuottajan on annettava valvontaviranomaiselle rekisteröintiä varten Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 16 §:ssä tarkoitetut tiedot ennen 1.1.2026. Lisäksi 20§:n mukaan valvontaviranomaisen on tarkastettava sairaala ja vaativaa sosiaalihuoltoa tuottava palveluyksikkö ennen palveluyksikön rekisteriin merkitsemistä. Valvontaviranomainen voi tehdä ennakkotarkastuksen myös palveluyksikköön, jos se on tarpeen toimintaedellytysten tai potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Ennakkotarkastuksen tarpeellisuuden arvioinnissa on otettava huomioon erityisesti palveluntuottajan toiminnan sisältö ja potilasryhmä, jolle palvelu on tarkoitettu.

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 8§:n mukaan palveluntuottajan toimitilojen, laitteiden, välineiden ja tietojärjestelmien on oltava toiminnalle riittävät ja

asianmukaiset. Toimitilan ja toimintaympäristön on oltava tervehdellisiltä ja muilta olosuhteiltaan asiakkaalle tai potilaalle annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle tai tutkimukselle sopiva ja turvallinen. Toimitilojen on tuettava potilaiden yleistä hyvinvointia ja sosiaalista vuorovaikutusta. Vankiterveydenhuollossa tilojen esteettömyys ja potilaiden yksityisyydensuoja otetaan huomioon uusien toimitilojen suunnittelussa ja vanhoja tiloja remontoimassa. Vastaanottohuoneet ja potilaiden odotustilat suunnitellaan siten, että niihin on esteetön pääsy vankilan tiloista. Erilaisilla tilateknisillä ratkaisuilla, esimerkiksi ovien ja läpivientien suunnittelulla, pyritään estämään keskustelun ja puheen vuotaminen eri huoneiden välillä.

Tilojen strateginen käyttö- ja turvallisuussuunnittelu tapahtuu osana Rikosseuraamuslaitoksen tilasuunnittelua. Toimitilojen turvallisuutta tulee jatkuvasti omavalvoa. Toimitilat tarkastetaan aina viranomaisen ohjaus- ja arviointikäyntien sekä tarkastuskäyntien yhteydessä. Omavalvonnan ohjauskäynneillä tarkastetaan mahdollisuuksien mukaan tilojen koko, ilmanvaihto, äänieristys, valaistus, materiaalit, siisteys, siivoustaso, käsienpesupisteet, turvallisuus ja lukitukset. Lisäksi yhteistyöpalaverissa vankilojen ja VTH:n palvelupisteiden kanssa käydään läpi kahdesti vuodessa toimitilat ja niissä mahdollisesti esiintyvät puutteet.

3.6 Palvelujen laadun varmistaminen

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 10 §:ssä säädetään palvelujen laadullisista edellytyksistä. Ko. pykälän mukaan terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi toiminnan johtamisessa on oltava sellaista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon ja huolenpidon sekä palvelujen kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. **Vankiterveydenhuollon yksikössä terveydenhuollon laatuun määritellään kuuluvaksi vaikuttavien lääke- ja hoitotieteellisen palveluiden ja palvelurakenteiden lisäksi asiantunteva johtaminen, henkilöstön osaaminen ja sujuvat palveluprosessit.** Laatu terveydenhuollossa ilmenee potilaslähtöisenä, yhdenvertaisena ja turvallisena toimintana, prosessien oikea-aikaisuutena ja toimivuutena sekä toiminnan tehokkuutena ja tuottavuutena. Vankiterveydenhuollon toiminta ja siihen liittyvät sisäiset ohjeet perustuvat Käypä Hoito -suositukseen.

Vankiterveydenhuollon yksiköllä on ollut oikeudet vuodesta 2010 lähtien **SHQS-laadunhallintajärjestelmän** käyttöön. Omavalvonta tulkitaan standardissa laadun-

hallinnan periaatteiden mukaisesti yhdeksi laadunhallintajärjestelmän toiminnoksi. SHQS-itsearviointikriteereillä ja sisäisillä auditoinneilla voidaan varmistaa vankiteveydenhuollon laatua ja sen kehittämistä organisaation eri tasoilla. Social and Health Quality Standard (SHQS) pohjautuu kansallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen lainsäädäntö- ja viranomaisvaatimukseen sekä suosituksiin ja yleisiin laadunhallinnan periaatteisiin. SHQS -arviointikriteerit kohdentuvat strategiseen ohjaukseen, johtamisjärjestelmään, tietojohdantamiseen, ennakoivaan laadunhallintaan, organisaation turvallisuuteen, voimavarojen hallintaan sekä prosessien hallintaan. SHQS-standardin laadunhallinnan periaatteet ovat asiakaskeskeisyys, jatkuva parantaminen, riskiperusteinen ajattelu, moniammatillinen prosessien johtaminen, tietoon perustuva päätöksenteko ja henkilöstön osallisuus. SHQS-standardin käyttö tukee osaltaan:

- organisaation asettamien tavoitteiden toteutumista
- kykyä tuottaa potilas- ja sidosryhmävaatimukset täyttäviä palveluja
- terveyspalvelujen laadun osoittamista läpinäkyvästi
- tietoon pohjautuvaa ja läpinäkyvää johtamista ja päätöksentekoa
- laadunhallintaa ja kehitystyötä
- kustannustehokkuutta
- potilasturvallisuuden varmistamista sekä palvelujen lakisääteisten ja viranomaisvaatimusten huomiointia läpi palvelu- ja hoitoketjujen
- laatukulttuurin kehittymistä

Tällä hetkellä SHQS -itsearviointikriteeristö on käytössä Vankiterveydenhuollon yksikössä osittain ja systemaattista, standardoitua laadun arviointia ei ole viime vuosina tehty. Vankiterveydenhuollon yksikössä tehdään kokonaisarviointia siitä, mitä itsearviointikriteeristöjä laatutyön ja omavalvonnan tukena jatkossa käytetään (valvonta- ja arviointisuunnitelma).

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 26§:ssä momentissa 3 ja 27§:ssä momentissa 2 säädetään, että omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelmien toteutumista on seurattava palveluja saavilta asiakkailta ja potilailta, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä palveluyksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Myös [potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 1.3](#) mukaisesti potilaiden ja läheisten kokemusten tulee ohjata palveluiden kehittämistä. Potilailla on oltava mahdollisuus raportoida hoidon ja palvelun haitta- ja vaaratilanteista helposti ja saavutettavissa olevin keinoin. Vaara- ja haittatapahtumailmoitusten läpikäyntiin potilaan kanssa tulee luoda palveluyksikössä yhtenäinen toimintatapa. Havaituista puutteellisuuksista ilmoittaminen (epäkohta, puute, poikkeama, vaara- ja haittatapahtuma) ja ko. ilmoitusten käsittely kuvataan tarkemmin kappaleissa 4 ja 5.

Vankiterveydenhuollon yksikön **potilaspalauttejärjestelmän** kehittämistyö käytettävien lomakkeiden, raportoinnin ja seurannan osalta on vielä kesken. Myös

henkilöstöpalautejärjestelmää tulee kehittää henkilöstötyytyväisyyden mittaamisen (VMBaro) lisäksi siten, että henkilöstöllä on kanava ja mahdollisuus antaa palautetta palveluiden kehittämiseksi. **Sidosryhmäpalautetta** on kerätty vuosina 2018 ja 2020. Kyselyssä oli mahdollisuus arvioida VTH:n tuottamia palveluita ja yhteistyötä VTH:n kanssa sekä antaa palveluille kehittämissuhteita. Myös sidosryhmäpalautejärjestelmän uudelleen käyttöön otto tulee arvioida.

Tämän hetken [potilaspalautejärjestelmään](#) sisältyvät seuraavat osiot:

Potilas voi antaa **suullista palautetta** työntekijöille asioidessaan vankiterveydenhuollon eri palvelupisteissä. Asian luonteesta riippuen palaute käsitellään välittömästi palautteen saaneen työntekijän toimesta yhdessä potilaan kanssa tai potilas ohjataan asiasta parhaiten tietävän työntekijän luo (esim. omahoitaja, lääkäri, osastonhoitaja). Useimmiten välitön keskustelu potilaan kanssa on riittävä toimenpide. Potilaskokouksia voidaan pitää vankiterveydenhuollon sairaalaosastoilla. Kokouksissa potilaiden on mahdollista esittää toivomuksiaan ja antaa palautetta koko potilasyhteisöä koskettavista asioista.

Potilas voi antaa myös **kirjallista palautetta** kehittämissuhteiden, kysymyksen, kiitoksen tai valituksen muodossa tai tehdä **vaaratapahtumailmoituksen**. Palaute voi koskea esim. asiointilomakkeen käsittelyä, vuorovaikutusta vastaanotolla tai hoitoa ja tutkimusta. Vaaratapahtumailmoitus voi koskea esim. potilaan kokemaa hoidosta aiheutunutta haittaa tai se voi liittyä potilaalle haltuun annettuun lääkinnälliseen laitteeseen. Potilaspalautelomakkeita ja vaaratapahtumailmoituslomakkeita on saatavilla vankiterveydenhuollon palvelupisteistä. Potilaan tekemät vaaratapahtumailmoitukset vietään henkilökunnan toimesta Laatuporttiin.

Potilastyytyväisyyskysely on toteutettu avohoidossa 1-2 kertaa vuodessa erikseen määriteltynä ajankohtina. Sairaalapalveluissa potilastyytyväisyyttä kartoitetaan ympäri vuoden. Jatkossa potilastyytyväisyyttä on tarkoitus kerätä kaikissa palvelupisteissä ympäri vuoden. Potilastyytyväisyyskyselyssä annetaan palautetta ja arvioidaan mm. kohtelua, mahdollisuutta osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja tiedonsaantia. Arviot voi antaa nimettömänä. Potilastyytyväisyyskyselyn vastaukset vietään sähköiseen ohjelmaan, jonka avulla vastauksista tehdään vuosittain sekä koko vankiterveydenhuoltoa että palveluyksikkö-/palvelupistekohtaisia koonteja. Nämä koonnit toimitetaan potilaiden nähtävälle ilmoitustauluille. Tulosten avulla pyritään parantamaan palveluiden laatua. Vankiterveydenhuollon johto seuraa ja arvioi kehittämistoimenpiteiden etenemistä vuosikellon mukaisesti. Kehittämistehtävät kirjataan Laatuporttiin.

Potilaalla on mahdollisuus tehdä **potilasvahinkoilmoitus** Potilasvakuutuskeskukseen. [Potilasvahinkolain \(585/1986\)](#) mukaan potilasvahinkoja ovat esim. hoidon yhteydessä alkanut infektio tai hoidon yhteydessä sattunut tapaturma. Potilasasiavastaava auttaa potilasvahinkoilmoituksen tekemisessä. Korvauksen anomiseen Potilasvakuutuskeskuksesta on aikaa kolme vuotta siitä, kun vahingon kärsinyt sai tiedon vahingosta.

Jos hoitoon tai kohteluun liittyvä potilaan tyytymättömyys ja sen selvittely eivät ratkea hoitoyksikössä, potilas tai hänen edustajansa voi tehdä muistutuksen tai kantelun. Potilasasiavastaava avustaa tarvittaessa. **Muistutuksen** voi tehdä vankiterveydenhuollon palvelupisteestä saatavalla lomakkeella. Muistutus käynnistää selvitystyön, jonka johdosta vankiterveydenhuollon johtaja tai vastaava ylilääkäri antaa vastauksen noin kuukauden kuluessa. **Kantelun** voi tehdä joko Aluehallintovirastolle tai eduskunnan oikeusasiamiehelle. Kantelun voi tehdä, jos katsoo hoitoyksikön tai sen työntekijän menettelyn tai toiminnan olevan lainvastaista, virheellistä tai epäasianmukaista. Kantelun voi tehdä myös tehtävien laiminlyönnin perusteella. Kantelun käsittely voi kestää useita kuukausia.

Potilasasiavastaavatoiminta varmistaa osaltaan palveluiden laatua. [Lain potilasasiavastaavasta \(739/2023\)](#) ja [potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 1.3](#) (asiakkaiden, potilaiden ja läheisten kokemukset ohjaavat palveluidemme kehittämistä) mukaisesti potilailla on oltava mahdollisuus saada puolueetonta ja riippumatonta apua haitta- ja vaaratapahtumien raportointiin, potilasvahinkoilmoitusten, muistutusten ja kanteluiden laatimiseen sekä palautteen antamiseen, jos potilas on tyytymätön saamaansa hoitoon tai henkilökunnalta saamaansa kohteluun. Potilasasiavastaava ei tee päätöksiä eikä ota yksittäisissä tapauksissa kantaa hoitoa antaneen palvelupisteen tai sen henkilökunnan toimintaan. [Potilasasiavastaavan yhteystiedot](#) löytyvät vankiterveydenhuollon palvelupisteiden ilmoitustauluilta ja Vankiterveydenhuollon yksikön [internetsivustolta](#). Potilasasiavastaavatoiminnan saavutettavuutta ja menettelytavan potilaslähtöistä kuvausta sekä raportointia kehitetään Vankiterveydenhuollon yksikössä.

Vankiterveydenhuollon yksikössä palveluiden laatua pyritään varmentamaan myös **tutkimustyön** avulla. Tuorein tutkimus on [Vankiterveydstutkimus 2023 \(Wattu IV\)](#), jonka tavoitteena on:

- saada tietoa vankien terveydentilasta, mielenterveyden häiriöistä ja sosiaalisesta asemasta
- edistää vankien terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia ja paluuta yhteiskuntaan
- vahvistaa hoito- ja palvelupolkujen jatkuvuutta
- tuottaa tietoa vankiterveydenhuollon palveluiden ja vankeinhoidon kehittämisen tueksi

Ko. tutkimustuloksia tulee hyödyntää omavalvonnan näkökulmasta palveluiden laadun sekä saatavuuden ja jatkuvuuden turvaamiseksi siten, että vankipotilaiden tarpeet ja tarjotut palvelut kohtaavat ja että palveluketjut ovat mahdollisimman sujuvia.

Hoidon vaikuttavuutta, joka sisältää terveydenhuollon interventioiden lisäksi sekä suotuisat että mahdolliset haitalliset vaikutukset, mitataan tällä hetkellä Vankiterveydenhuollon yksikössä potilastyytyväisyyskyselyn kahdella arviointikriteerillä: vointini ennen hoidon alkamista ja vointini tällä hetkellä. Arviointiasteikko on 3 (hyvä) - 2 (kohalainen) - 1 (huono). Vaikuttavuusluku on näiden arviointikriteereiden erotus. Lisäksi Vankisairaalassa on aloitettu pilotoimaan 15D-elämänlaatumittaria tietyillä potilasryhmillä. Se tuottaa tulokseksi sekä elämänlaatuprofilin että potilaan terveydentilaa asteikolla 0-1 kuvaavan indeksiluvun (15D-lukeman). Terveyteen liittyvä elämänlaatu tulee kartoittaa ennen hoitoa ja sen jälkeen. Jälkimittaus tulee ajoittaa tilanteeseen, jossa hoidon tuottaman hyödyn voidaan olettaa kokonaan toteutuneen. Hoidon vaikuttavuus voidaan raportoida terveyteen liittyvän elämänlaadun (15D-luvun) muutoksena. VTH:ssä tulee tutkia tarkemmin eri vaihtoehtoja hoidon vaikuttavuuden mittaamiseksi sekä mittareiden avulla saatuja tuloksia ja käyttötapoja eri vertailuorganisaatioissa. Valittavan mittarin tulee olla riittävän helppokäyttöinen ja toteutettavissa oleva huomioiden potilasprofiilimme ja vaihtelevat hoidon kestot avohoidossa ja sairaalapalveluissa.

Palveluiden laadun varmistukseen kuuluu myös **potilastiedon laadun** seuranta. Vankiterveydenhuollon yksikössä ei vielä seurata systemaattisesti ja satunnaistettuna potilasasiakirjoihin tehtyjä merkintöjä. Potilastietojen kirjaamisen ja käsittelyn asianmukaisuuden varmistamiseen tulee sopia menettelytapa vastuineen.

Palveluiden laadun varmistamista seurataan ja arvioidaan seuraavilla mittareilla:

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
SHQS-laatu-standardi	VTH:n palveluiden ja tukipalvelujen toiminnan itsearviointi	Arvioitujen kriteerikokonaisuuksien vaatimusten toteutumisen asteikolla 1-4	> 2,5	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein) tai muussa itsearviointiaikataulussa	Erikoissuunnittelija	Valvontayksikkö
Potilastyytyväisyys	Potilastyytyväisyyden seuranta	Potilaiden nettosuositeluindeksi, raportoidaan	> 8	Potilaiden täyttämät lomakkeet viedään webropoliiin	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Erikoissuunnittelija	Valvontayksikkö ja julkisen raportointikanava

		palveluyksiköittäin ja/tai palvelupisteittäin asteikolla 0-10					
Potilasoi- keudelli- set yhtey- denotot	Potilaiden yhteydenottojen seuranta	Vireille saatettujen muistutusten ja kanteluiden määrä VTH:ssä	< 100 kpl / v	Erillinen seurantataulukko	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Potilasasia- vastaava	Valvontay- sikkö
Hoidon vaikutta- vuus	Potilaan saaman terveys- ja hyvinvointihyödyn seuranta	15D-indeksi tai muutos voimissa potilastyytyväisyyskyselyn perusteella	> 0,015 tai > 0,5	Webropolista	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Vastaava yli- lääkäri tai eri- koissuunnit- telija	Valvontay- sikkö

3.7 Palveluiden yhdenvertaisuuden varmistaminen

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 23§:n mukaan palvelunjärjestäjän on otettava toiminnassaan huomioon, että potilaiden palvelut toteutetaan yhdenvertaisesti. Vankiterveydenhuollossa pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut kaikille vangeille sijoitusvankilasta riippumatta. Palveluissa huomioidaan eri asiakasryhmien tarpeet sekä edistetään eri ryhmien yhdenvertaisuutta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti. [Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 1.1.](#) (lisäämme osallisuutta turvallisuuden parantamiseksi) mukaisesti potilaslähtöisyyttä edistetään lisäämällä potilaiden osallisuutta oman hoidon suunnitteluun. Palvelumuotoilun keinoin, kuten kenttähaastatteluilla, lisätään myös potilaiden osallisuutta.

Palveluiden yhdenvertaisuutta varmistetaan myös yhteneväisesti toteutettavalla hoidon tarpeen arvioinnilla ja hoitoon pääsyn perusteilla sekä alueellisena yhdenvertaisuutena. Palvelujen saavutettavuus vaihtelee sijoitusvankilan maantieteellisestä sijainnista johtuen. [Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 3.2](#) mukaisesti (varmistamme kaikille turvalliset etä- ja digipalvelut) lääkäripalvelujen saavutettavuutta

lisätään tarjoamalla etäpalveluja niihin vankiloihin, joissa palvelujen saavutettavuus on muutoin haasteellista.

Vankiterveydenhuollossa tuotetaan laadukkaita terveyspalveluja. Sillä turvataan, että potilas saa tarpeensa mukaista hoitoa oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. Potilaiden itsemääräämisoikeutta vahvistetaan sekä pyritään kiinnittämään erityistä huomiota paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden palvelujen kehittämiseen. Terveyseroja kaennetaan sekä edistetään ja ylläpidetään vankien hyvinvointia, terveyttä sekä toiminta- ja työkykyä.

Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Lisäksi saamelaisilla on perustuslain mukainen oikeus käyttää saamen kieltä viranomaisessa. Kielellisten oikeuksien toteutumisesta tuetaan ja vahvistetaan sekä huomioidaan lisäksi muut kieliryhmät. Vankiterveydenhuollon yksikössä on käytössä tulkkauspalvelu ja potilasinformaatiota käännetään tarvittaville kielille.

Sukupuolten tasa-arvon tulee toteutua terveyspalveluissa ja tasa-arvoa tulee edistää aktiivisesti. Julkisella sektorilla tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta tulee edistää sekä henkilöstöpolitiikassa että organisaation toiminnassa ja palveluiden tuottamisessa. Toiminnallisella tasa-arvolla tarkoitetaan julkisen sektorin toiminnan ja palveluiden tasa-arvoa. Tällä nimityksellä erotetaan toiminnallinen tasa-arvo henkilöstöpoliittisesta tasa-arvosta. Vankiterveydenhuollossa tulee valmistella toiminnallinen tasa-arvosuunnitelma ([Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 5§](#)) potilaiden yhdenvertaisuuden edistämiseksi, syrjinnän ehkäisemiseksi ja siihen puuttumiseksi sekä osallisuuden lisäämiseksi.

4 Havaittujen puutteellisuuden korjaaminen

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 25§:n mukaan palvelunjärjestäjän on ohjattava palveluntuottajaa tai tarvittaessa pyydettävä palveluntuottajalta ja tämän alihankkijalta asiasta selvitystä asettamassaan riittävässä määräajassa, jos palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenee epäkohtia tai puutteita. Epäkohtien tai puutteiden ilmettyä palvelunjärjestäjän on vaadittava niiden korjaamista asettamassaan kohtuullisessa määräajassa. Jos on kyse potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavista epäkohdista tai puutteista, palvelunjärjestäjän on vaadittava niiden välitöntä korjaamista. Palvelunjärjestäjän on kirjattava toimenpiteensä asianmukaisesti.

Vankiterveydenhuollon yksikössä on käytössä tällä hetkellä seuraavat ilmoituskanavat epäkohtien ja puutteiden ilmoittamiseksi:

- [ilmoitus väärinkäyttöepäilystä](#) (ns whistleblowing)
- [ohje potilasta koskevasta epäkohdasta ilmoittamiseksi](#)
- [poikkeamailmoitus](#) (= potilasturvallisuusilmoitus eli haitta- ja vaaratapahtumailmoitus, laatupoikkeama tai työturvallisuusilmoitus)

Potilasturvallisuusilmoituksiin kuuluvat mm poikkeamat lääkehoidossa ja lääkinnällisten laitteiden käytössä. Tietoturva- ja tietosuojapoikkeamat ilmoitetaan laatupoikkeamina tai potilasturvallisuusilmoituksina, mutta ne pyritään jatkossa saamaan erillisiksi ilmoitusluokiksi. Poikkeamien ilmoittaminen ja käsittely on ohjeistettu, ja työntekijöille ja esihenkilöille on pidetty asiasta koulutusta. Poikkeamien ilmoitus ja käsittely tapahtuvat Laatuportissa, muutoin paitsi whistleblowingin osalta (webropol). [Potilasturvallisuusstaregian tavoitteen 3.1](#) (avoin ja saatavilla oleva tieto ohjaa toimintaamme ja lisää turvallisuutta) yhtenä mittarina on se, että palveluntuottajat ovat otaneet käyttöön palveluyksiköidensä johtamisessa kuumen linjan indikaattorit haittatapahtumista, jotka aina olisivat vältettävissä (ns. never events). Vankiterveydenhuollon yksikössä tullaan määrittelemään vältettävissä olevat haittatapahtumat (never events) sekä ohjeistamaan ja kouluttamaan henkilöstö kuumen linjan ilmoitusten seuraamiseksi, ilmoittamiseksi ja käsittelemiseksi.

Laatuportissa on myös ns. positiivinen turvallisuushavainto -ilmoitus, jolla työntekijä voi antaa välitöntä positiivista palautetta haluamalleen henkilölle tai työyhteisölle. Omavalvontasuunnitelmissa kuvataan konkreettisesti se, miten palvelujen saatavuudessa, jatkuvuudessa, turvallisuudessa ja laadussa sekä potilaiden yhdenvertaisuudessa havaitut epäkohdat ilmoitetaan, analysoidaan ja korjataan sekä raportoidaan.

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 29 §:ssä säädetään henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa, jos henkilökunta tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan potilaan terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. 34§:n mukaan palvelunjärjestäjän on ilmoitettava välittömästi salassapitosäännösten estämättä valvontaviranomaiselle palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä potilasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä sellaiset puutteet, joita ei ole korjattu annetusta ohjauksesta huolimatta tai jos palveluntuottaja ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan näitä puutteita omavalvonnallisin keinoin. 38§:n ja 39§:n mukaisesti valvontaviranomainen voi saattaa

palvelunjärjestäjän tai palveluntuottajan, palveluyksikön vastuuhenkilön tai virheellisesti toiminnasta vastuussa olevan henkilön tietoon käsityksensä, kiinnittää huomiota, kehottaa tai huomauttaa sekä antaa määräyksen, sakon tai keskeyttää toiminnan.

Valvontalain mukainen ilmoitusmenettely ohjeineen ja määräaikoineen kuvataan osaksi muuta Vankiterveydenhuollon yksikön käytössä olevaa ilmoituskanavaa epäkohtien ja puutteiden ilmoittamiseksi ja korjaamiseksi. Ilmoitusvelvollisuuteen liittyvät vastuukysymykset ja epäkohtien korjausmenettelytapa tulee kirjata osaksi oma-valvontasuunnitelmia. Vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstöä tiedotetaan ja koulutetaan ilmoitusvelvollisuuden käyttöön liittyviin kysymyksiin.

Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen 3.1 (avoin ja saatavilla oleva tieto ohjaa toimintaamme ja lisää turvallisuutta) mukaan haitta-, vaara- ja epäkohtailmoitusten käsittelyssä painopiste tulisi siirtää tapahtuman arvioinnista tulevien poikkeamien estämiseen ja oppimiseen. Tärkeää on, että ilmoitusten käsittely johtaa tilanteesta oppimiseen yksilö- ja työyhteisötasolla, ja tarvittaessa toiminnan muutoksiin. Vankiterveydenhuollon yksikön tärkein parantamisen kohde ilmoittamismenettelyn osalta on, että poikkeama- ja epäkohtailmoitukset tulevat käsiteltyä (riskiluokan 4 ja 5 ilmoitusten käsittely on aloitettava kolmen vuorokauden kuluessa) ja koko organisaatiota koskevat korjaustoimenpiteet levitettyä kaikkiin palvelupisteisiin uusina menettelytapoina. Valvontayksikkö tulee seuraamaan ja arvioimaan epäkohtailmoitusten ja riskiluokan 4 ja 5 poikkeamien toimeenpanoa.

Havaittujen puutteellisuuksien korjaamista seurataan ja arvioidaan seuraavilla mittareilla (lääkehuollon ja lääkehoidon poikkeamat kts kappale 3.5.1):

Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso	Mistä kerätään	Kuinka usein	Kuka vastaa	Raportointi
Epäkohtailmoitukset	Potilaan hoidossa havaittujen epäkohtien poistamiseksi	Epäkohtailmoitusten lukumäärä ja riskitaso	yhteensä alle 10 kpl /v, joista jäänösriskitason 4 tai 5 ilmoituksia 0 kpl	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Potilasasia-vastaava	Valvontayksikkö ja julkisen raportointikanava
Vakavat muut poikkeamailmoitukset	Palveluiden saatavuuden, jatkuvuuden, turvallisuuden, laadun ja	Riskiluokan 4 ja 5 poikkeamailmoitusten %-osuus kaikista	< 5 %	Laatuportti	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Erikoissuunnittelija ja potilasturvallisuusvastaava	Valvontayksikkö ja julkisen raportointikanava

	yhdenvertaisuuden parantamiseksi	poikkeamista pl lääkehuollon ja lääkeshoidon poikkeamat					
--	----------------------------------	---	--	--	--	--	--

5 Seurantaan perustuvien havaintojen ja niiden perusteella tehtävien toimenpiteiden julkaiseminen

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 26§:ssä ja 27§:ssä säädetään, että palvelunjärjestäjän on tehtävä omavalvontaohjelma ja palveluntuottajan omavalvontasuunnitelma sähköisesti ja julkaistava se julkisessa tietoverkossa tai muulla sen julkisuutta edistävällä tavalla sekä pidettävä omavalvontaohjelma ja omavalvontasuunnitelmat julkisesti nähtävänä. Toiminnan toteutumista on seurattava ja seurannassa havaitut puutteellisuudet on korjattava. Seurannasta on tehtävä selvitys ja sen perusteella tehtävät muutokset on julkaistava neljän kuukauden välein julkisessa tietoverkossa tai muulla niiden julkisuutta edistävällä tavalla sekä pidettävä julkisesti nähtävänä. Salassapidettäviä tietoja ei saa julkaista.

Tässä omavalvontaohjelmassa määritellään organisaatiotasoisesti, minkä tietojen avulla omavalvonnan eri osa-alueiden toteutumista seurataan ja missä ko arvointitieto käsitellään. Samoin määritellään alla olevassa taulukossa se, mitkä seurantatiedot ja niiden perusteella tehdyt kehittämistoimet raportoidaan julkisesti neljän kuukauden välein, ja julkaistaanko organisaatiotasoisia vai palveluyksikkötasoisia tietoja ja kehittämistoimia. Ko. tiedot ja kehittämistoimet julkaistaan Vankiterveydenhuollon yksikön [internetsivustolla](#) ja jatkossa myös palvelupisteiden potilasilmoitustauluilla. Julkaistavien tietojen ja kehittämistoimien kokoamisesta huolehtii erikoissuunnittelija yhdessä valvontayksikön kanssa. Lisäksi hoitoon pääsyn odotusaikatiedot julkaistaan internet-sivustolla ja palvelupisteiden potilasilmoitustauluilla perusterveydenhuollon osalta kuukausittain ja erikoissairaanhoidon osalta neljän kuukauden välein. Näiden tietojen julkaisemisesta huolehtii potilastietojärjestelmän pääkäyttäjä yhdessä valvontayksikön kanssa.

Vankiterveydenhuollon yksikön julkiset seurantatiedot (ns kärkimittarit) ja niiden perusteella tehdyt kehittämistoimet raportoidaan seuraavasti:

Tarkasteluajanjakso: tammi-huhtikuu tai touko-elokuu tai syys-joulukuu perusterveydenhuollon odotusaikatiedot kuukausittain Julkaisupäivä: tarkasteluajanjaksoa seuraavan kuukauden 16. päivään mennessä						
Valvonnan osa-alue	Mittari	Tavoitetaso	Kuinka usein	Raportointi	Tarkastelu-ajanjakson toteuma	Kehittämistoimet
Palveluiden saatavuus ja jatkuvuus	Odotusaika	Avohoidossa < 14 vrk Suun terveydenhuollossa < 4 kk Vankisairaalassa < 3 kk Erikoissairaanhoidossa < 6 kk	Perusterveydenhuollossa x1/kk Erikoissairaanhoidossa x3/v (neljän kk:n välein)	Valvontayksikkö ja julkinen raportointikanava		
Palveluiden turvallisuus	Vakavat lääkehuollon ja lääkehoidon poikkeamailmoitukset	Riskitason 4 tai 5 poikkeamia < 5 % kaikista lääkehuollon ja lääkehoidon poikkeamista	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Valvontayksikkö ja julkinen raportointikanava		
Palveluiden laatu	Potilastyytyväisyys	suositteluindeksi > 8	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Valvontayksikkö ja julkinen raportointikanava		
Havaittujen puutteellisuuksien korjaaminen	Epäkohtailmoitukset	yhteensä alle 10 kpl /v, joista jäännösriskitason 4 tai 5 ilmoituksia 0 kpl	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Valvontayksikkö ja julkinen raportointikanava		
	Vakavat muut poikkeamailmoitukset	Riskitason 4 tai 5 poikkeamia < 5 % kaikista poikkeamista (pl lääkehuollon ja lääkehoidon poikkeamat)	x 3 / v (neljän kk:n välein)	Valvontayksikkö ja julkinen raportointikanava		

6 Liitteet (sisäiseen käyttöön)

LIITE nro 1_ kehittämistehtävätaulukko

LIITE nro 2_ käsitteet

LIITE nro 3_ omavalvonnan kokonaisuus

LIITE nro 4_ mittaritaulukko

LIITE nro 5_ omavalvonnan vuosikello – grafiikka - valmisteilla

LIITE nro 6_ omavalvonnan vuosikello – selitysoasa - valmisteilla

LIITE nro 7_ valvonta- ja arvointisuunnitelma vuodelle 2024

LIITE nro 8_ Valviran omavalvontasuunnitelman mallilomake – julkaistaan kevät 2024

LIITE nro 9_ potilasturvallisuusstrategian tavoitetaulukko

LIITE nro 10_ VTH:n valvontatyön asettamispäätös – valmisteilla