



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
Päivitysajankohta ja päivittäjät	9.2.2026 omavalvontatyöryhmä
Seuraava päivitysajankohta	Marraskuu 2026 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.....	7
2.3.1	Ennakoiva ja suunnitelmallinen valvonta.....	8
2.3.2	Reaktiivinen valvonta	9
3	Omavalvonnan sisältö	9
3.1	Tiedolla johtamisen varmistaminen	9
3.2	Tehtyjen ostopalvelusopimusten noudattaminen	11
3.3	Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen.....	12
3.3.1	Palvelujen saatavuus	12
3.3.2	Palvelujen jatkuvuus.....	13
3.3.3	Henkilöstö ja osaaminen	13
3.3.4	Tietoturva ja tietosuoja	15
3.4	Potilaan oikeuksien varmistaminen	16
3.5	Palvelujen turvallisuuden varmistaminen	17
3.5.1	Lääkitysturvallisuuden varmistaminen.....	18
3.5.2	Infektioiden torjunnan varmistaminen.....	20
3.5.3	Lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön varmistaminen	21
3.5.4	Toimitilojen turvallisuuden varmistaminen.....	22
3.6	Palvelujen laadun varmistaminen.....	23
3.7	Palveluiden yhdenvertaisuuden varmistaminen	25
4	Havaittujen puutteellisuuksien korjaaminen	26
5	Seurantaan perustuvien havaintojen ja niiden perusteella tehtävien toimenpiteiden julkaiseminen.....	28
6	Liitteet (sisäiseen käyttöön).....	30

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 saatavuuden, jatkuvuuden, turvallisuuden ja laadun sekä yhdenvertai-
suuden varmistaminen
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 teh-
tävänä on edistää ja varmistaa oma-
valvontaa sekä puuttua asioihin silloin, kun oma-
valvonta ei ole ollut riittävää.

Vankiterveydenhuollon palveluyksiköt (avohoitopalvelut ja sairaalapalvelut) rekiste-
roidään palveluntuottajia koskevaan valtakunnalliseen Sosteri -rekisteriin 1.1.2028 al-
kaen. Tämä oma-
valvontaohjelma päivitetään vuosittain tai toiminnan oleellisesti
muuttuessa. Tässä oma-
valvontaohjelmassa 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 13.2.2023

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 järjestämismääräykselle kuuluva 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. 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 palveluyksikköjen (avohoitopalvelut ja sairaalapalvelut) vastuuhenkilö on vastaava ylilääkäri. Lisäksi sairaalapalveluiden psykiatrisen hoidon palvelualasta vastaa psykiatrian ylilääkäri ja somaattisen hoidon palvelualasta ylilääkäri sekä 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 tuottaessa. Palveluyksikön omavalvontaan sisältyvää palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden varmistamista ja palvelujen kehittämistä toteuttaa palveluntuottajan henkilökunta.

Omavalvontaa ohjaa Vankiterveydenhuollon yksikön [arvot ja strategia](#) sekä strategiasta johdettu [kehittämishjelma](#). Henkilöstöön liittyvät strategiset linjaukset (osaava ja motivoitunut henkilökunta) ovat osa VTH:n strategiaa. Kehittämishjelman 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-itsearviointikriteeristö, ohjaus- ja valvontakäynnit, 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 kehittämishjelmasta johdetun [toimintasuunnitelman](#) ja raportoi sen toteutumisen tunnuslukuineen [toimintakertomuksena](#). Johtamisen ja omavalvonnan toteutumista varmistetaan myös [vuosikellojen](#) avulla. Vankiterveydenhuollon toimintakertomuksessa raportoidaan tällä hetkellä ensisijaisesti käyntejä, suoritteita, hoitopäiviä ja hoitajaksoja. [Omavalvontaohjelman liitteessä](#) kuvataan, millä mittareilla ja miten usein omavalvonnan eri osa-alueiden toimintoja seurataan ja kenelle niistä raportoidaan. Omavalvontaan kuuluvien dokumenttien kohdalla kuvataan laadunhallinnan hyvien tapojen mukaisesti, mikä taho valmistelee kyseessä olevan dokumentin ja mikä taho hyväksyy sen sekä dokumenttien omistaja- ja päivytystiedot. 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 1.1.2028. 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 joko VTH:n työjärjestyksessä ja/tai yksittäisissä tehtäväkuvissa.
- Valvontaa tekee valvontatyöhön koulutettu ja sen osaava henkilökunta.
- Valvontaa koordinoi keskitetysti Vankiterveydenhuollon yksikössä omavalvontatyöryhmä, joka myös valmistelee omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelmien rakenteen. Omavalvontaohjelma hyväksytään VTH:n strategisessa johtoryhmässä ja esitellään VTH:n johtokunnalle. Omavalvontaohjelma saatetaan käyttöön operatiivisen johtoryhmän kautta.
- 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 riskiarviointiin.

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. Vankiterveydenhuollon yksikön toimintoja valvovat viranomaiset ovat [Lupa- ja valvontavirasto](#), [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 vaarapahtumat 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. Suunnitelmallista valvontaa tekevät sekä palvelunjärjestäjän omavalvonta että valvova viranomainen.

Vankiterveydenhuollon yksikön ennakoivan ja suunnitelmallisen omavalvonnan käytössä olevia menetelmiä ovat mm SHQS-itsearviointit, omavalvonnan ohjaus- ja valvontakäynnit, lääkehuollon ohjauskäynnit, lääkehuollon sisäiset auditoinnit, välinehuollon ohjauskäynnit, tietosuojan ja tietoturvan, laiteturvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja infektioiden torjunnan itsearviointit, säteilyturvallisuuden itsearviointit sekä työn vaarojen ja kuormitustekijöiden riskiarviointit. Itsearviointimenetelmät valitaan kokonaisarvioinnin perusteella tai riskiperusteisesti tai määräyksiin perustuen (esim [Fimean määräys 6/2012 Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta](#) 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.

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 poikkeaman käsittelyä tai osana toistuvien poikkeamien tarkastelusta esiin nousevan ongelman käsittelyä. Vankiterveydenhuollon yksikön käytössä on reaktiivisen valvonnan menettelynä vakavan tapahtuman tutkinta, joka voidaan kohdentaa potilasturvallisuuden lisäksi muihinkin mahdollisiin korkean riskiluokan poikkeamiin. Vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta vastaa potilasturvallisuusvastaava kokoamansa tutkintaryhmän kanssa. Muiden vakavien tapahtumien tutkinnasta (työturvallisuusilmoitukset, epäkohtailmoitukset, tietoturva- ja -suojailmoitukset) vastaa vastuuvirkamies. Tutkinnasta laaditaan muistio kehittämissuosituksineen.

Valvontaviranomainen käynnistää reaktiivisia tarkastuksia tai pyytää selvityksiä omaloitteisesti 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, virheellisuuden, 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 VTH:n omavalvontatyöryhmässä ja/tai johtoryhmässä epäkohtien korjaamiseksi ja vastaavien tapahtumien ennaltaehkäisemiseksi jatkossa.

3 Omavalvonnan sisältö

3.1 Tiedolla johtamisen varmistaminen

Vankiterveydenhuollon yksikön tavoitteena on kerätä tietoa potilaiden hyvinvoinnin tilasta, palveluiden saatavuudesta, laadusta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Tietojohtamisen kokonaisuus koostuu ensivaiheessa *tiedolla johtamisesta*, jolla tarkoitetaan ajantasaisen ja laadukkaan tiedon systemaattista hyödyntämistä päätöksenteossa. Tiedolla johtamisessa keskitytään tiedon käyttämiseen arvioinnin,

päätöksenteon ja ohjauksen välineenä. Se käsittää kaikki määritellyt vastuut, tehtävät ja toimenpiteet, jotka tukevat oikeaan tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Toisessa vaiheessa ryhdytään tarkastelemaan *tiedon johtamista*, jolla tarkoitetaan tietoresursien 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, vuorovaihteinen 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 taloudenhallintajärjestelmät, 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-tiedon 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 analyysejä 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 tarjousta antaessaan palveluntuotannon 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 vastaava ylilääkäri ja palvelualojen muut vastuhenkilöt) 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 sopimusoikeudellisia toimenpiteitä, joita ovat esimerkiksi sanktio, sakko tai ostopalvelusopimuksen irtisanominen. Ostopalvelun tuottajien kanssa sovitaan esim. säännöllisiä ja systemaattisia seuranta- ja arviointikokouksia.

3.3 Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen

3.3.1 Palvelujen saatavuus

Omaavalvonnan tehtävänä on varmistaa, että suunniteltava ja toteutettava vankien terveydenhuolto on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin potilaiden tarve edellyttää. [Vankiterveydstutkimus 2023 \(Wattu IV\)](#) tuo osalta sekä uutta tutkittua tietoa erilaisten terveystarpeiden esiintyvyyksistä vankien joukossa mutta myös siitä, mikä on vankipotilaiden kokema palveluiden tarve suhteessa tuotettuihin palveluihin. 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 odotusajankatietoja sekä niiden enimmäis- ja määräaikaisten toteutumista seurataan kiireettömän palveluntarpeen osalta (terveydenhuoltolaki [1326/2010 51-52§ ja 54-55§](#) sekä vankeuslaki [121/2023](#) ja tutkintavankeuslaki [122/2023](#)). Perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvio tulee tehdä saman arkipäivän aikana, kun potilas ottaa yhteyttä palvelupisteeseen. Arvion hoidon tarpeesta tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suun terveydenhuollossa arvion voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi hammashoitaja. Perusterveydenhuoltoon tulee päästä alle 23-vuotiaiden osalta 14 vuorokauden kuluessa ja 23 vuotta täyttäneiden osalta kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Suun terveydenhuoltoon alle 23-vuotiaiden osalta kolme kuukauden enimmäisajan kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista ja 23 vuotta täyttäneiden osalta kuuden kuukauden kuluessa. Vankiterveydenhuollon yksikön Vankisairaalaan tullaan aina jatkohoitoa varten, eikä se ole ensimmäinen hoitotapahtuma. Vankisairaalassa annettava potilaan kiireetön hoito on järjestettävä korkeintaan kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava 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 aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutamisesta.

Vankiterveydenhuollon yksikön linjaorganisaation mukaisesti palvelutoiminnasta vastuussa olevat esihenkilöt (alueylilääkärit, ylihammaslääkäri ja vastaava ylilääkäri sekä

osastonhoitajat ja ylihoitajat) seuraavat odotusaikatietoja ja käynnistävät tarvittavat korjaustoimenpiteet. Hoitoon pääsyä seurataan myös omavalvonnan ja viranomaisvalvonnan yhteydessä. Odotusaikoja koskevat tiedot julkaistaan [Vankiterveydenhuollon yksikön internetsivustolla](#) ja palvelupisteiden potilasilmoitustauluilla 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 toteutunut hoito, vankeuden aikainen hoito ja jatkohoidon järjestymisen vapautumisvaiheessa. Palvelujen suunnittelu ja toteutus yhdessä vankipotilaan ja häntä hoitavien tahojen kanssa varmistavat sen, että palveluketjut ovat sujuvia. Tiedonkulun jatkuvuutta varmistetaan sillä, että potilasta koskeva tieto siirtyy katkeamatta Vankiterveydenhuollon eri palvelupisteiden välillä (potilastietojärjestelmä) ja ulkopuolisten palveluntarjoajien 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 on tehty avohoito- palveluista ja sairaalapalveluista sekä Lääkekeskuksesta.

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 tarvitsemia osaamista sekä ennakoidaan henkilöstön kehittämistarvetta ja -kustannuksia. Vankiterveydenhuollon yksikön palveluyksiköt seuraavat oman henkilöstön osaamista (suoritus- ja kehityskeskustelut) ja riittävyttä (virkapaikkojen täyttöaste, sairaspaisaolujen 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 turvallisuus selvitykset.

[Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten](#) mukaan riittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla 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 on hankittu henkilöstöhallinnon ohjelmisto, jolloin täydennyskoulutustietojen ja erilaisiin lupiin liittyvien tietojen seuranta on nykytilanetta 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 on tullut voimaan 1.4.2024](#) 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 [PEDA-Safety potilasturvallisuuden digitaalinen koulutuskokonaisuus](#). Lisäksi lääkehoidon toteuttamiseksi on erillinen lupamenttely ([kuvattuna lääkehoitosuunnitelmassa](#)) ja

lääkinnällisten laitteiden käyttämiseksi on erillinen osaamisenenettely (kuvattuna ohjeessa "[Laitteosaamisen ylläpito](#)"). 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 toimitasuunnitelman](#) mukaisesti.

Vankiterveydenhuollon omavalvonnasta vastaa VTH:n johtaja. Valvontatyötä tekee valvontatyöhön koulutettu ja sen osaava henkilökunta. Valvontaa koordinoi keskitetysti Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvontatyöryhmä. Vankiterveydenhuollon palvelutuotannossa valvonnasta vastuussa olevat virkamiehet ovat perusterveydenhuollon avopalveluissa vastaava ylilääkäri ja ylihammaslääkäri sekä sairaalapalveluissa vastaava ylilääkäri, somaattisen hoidon 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 tietoturvaluutteen 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 tietoturvalisella 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.

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 tehdä muistutus tai kantelu. Vankiterveydenhuollon yksikössä on SHQS (= Social and Health Quality Standard) -laatujärjestelmän käyttöoikeus. Katso tarkemmin hoidon laadusta ja potilaan oikeusturvakeinoista 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 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 kanssa.

3.5 Palvelujen turvallisuuden varmistaminen

Omaevalvontasuunnitelma

Omaevalvonnalla 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 omaevalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluyksikössä palveluntuottajan ja sen lukuun tuotetut palvelut. Omaevalvontasuunnitelmaan on sisällytettävä kuvaus vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettelystä. Omaevalvontasuunnitelmissa on lisäksi kuvattava, miten potilaiden, läheisten, henkilöstön ja valvojan viranomaisen antaman palaute otetaan huomioon palveluita kehitettäessä. Vankiterveydenhuollon yksikössä on uudistettu omaevalvontasuunnitelman rakenne vuonna 2025. [Palveluyksikkötasoisia omaevalvontasuunnitelmia](#) 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 ([Riskienhallinnan toimintaohje](#)). Tässä omavalvontaohjelmassa ja palveluyksiköiden omavalvontasuunnitelmissa riskienhallinta kohdistuu nimenomaan potilaan saamaa palvelua uhkaaviin riskeihin.

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. Vuonn 2025 laaditun omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan riskiperusteisesti: miten tunnistetaan, arvioidaan ja hallitaan palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevia riskejä, jatkuvuutta, turvallisuutta ja laatua koskevia riskejä, henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevia riskejä sekä yhdenvertaisuutta, osallisuutta ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevia riskejä. [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.

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 määrättäessä, 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 lääkahoitoa ja lääkehoitoa.

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 lääkehoidon varmistamiseksi tulisi hyödyntää entistä enemmän moniammatillista työryhmää ja hyödyntää tässä eri ammattikuntien osaamista potilaan lääkityksiasioiden parantamiseksi. Tulevaisuudessa vankipotilaiden lääkehoitoa voitaisiin parantaa lääkityslistojen ajantasaistamisella. [Vankiterveys-tutkimuksen \(Wattu IV\)](#) tulosten perusteella lääkeinformaatiossa olisi myös vielä parannettavaa.

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 järkevistä ja näyttöön perustuvasta käytöstä. Palveluntuottajien tulee järjestää säännöllistä täydennyskoulutusta osaamisen yhtenäistämiseksi ja osaamistason vakiinnuttamiseksi. Palvelunjärjestäjien ja -tuottajien on sisällytettävä hygieniaohjeiden 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 hygienia-työryhmän.

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 hygenciasuunnitelma](#)

[Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön rokotukset](#)

[VTH:n infektioidentorjuntaohjeet](#)

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

3.5.3 Lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön varmistaminen

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

Lakisääteisenä ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä ([Laki lääkinnällisistä 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 yksiköllä on [laiteturvallisuussuunnitelma](#). Työntekijät perehdytetään yleiseen laiteturvallisuusosaamiseen sekä varmistetaan ja dokumentoidaan laitekohtainen osaaminen. Käytössä on henkilökunnan laiteosaamisen varmistamista, ylläpitämistä sekä dokumentointia varten laitepassit avoimuudessa, 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.

3.5.4 Toimitilojen turvallisuuden varmistaminen

Julkisen palveluntuottajan on annettava valvontaviranomaiselle rekisteröintiä varten [Lain sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta](#) 16 §:ssä tarkoitetut tiedot ennen 1.1.2028. 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 terveydellisiltä 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 viranomaisten ohjaus- ja arviointikäyntien sekä tarkastuskäyntien yhteydessä. Omavalvonnan ohjaus- ja valvontakäynneillä voidaan tarkastaa esimerkiksi tilojen koko, ilmanvaihto, äänieristys, valaistus, materiaalit, siisteys, siivoustaso, käsienpesupisteet, turvallisuus ja lukitukset. Lisäksi yhteistyöpalavereissa vankiloiden 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 turvallisenä 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 laadunhallinnan periaatteiden mukaisesti yhdeksi laadunhallintajärjestelmän toiminnoksi. SHQS-itsearviointikriteereillä ja sisäisillä auditoinneilla sekä johdon katselmuksilla voidaan varmistaa terveydenhuollon laatua ja sen jatkuvaa parantamista organisaation eri tasoilla. Social and Health Quality Standard (SHQS) pohjautuu kansallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen lainsäädäntö- ja viranomaisvaatimuksiin sekä suositukseen ja yleisiin laadunhallinnan periaatteisiin. SHQS -arviointikriteerit kohdentuvat strategiseen ohjaukseen, johtamisjärjestelmään, tietojohtamiseen, 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 kokonaisarviointi siitä, mitä itsearviointikriteeristöjä laatutyön ja omavalvonnan tukena jatkossa käytetään ([valvonta- ja arviointisuunnitelma](#)).

[Laisa 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. Vaaratapahtumailmoitusten läpikäyntiin potilaan kanssa tulee luoda palveluyksikössä yhtenäinen toimintatapa. Havaituista puutteellisuuksista ilmoittaminen (epäkohta, puute, poikkeama, vaaratapahtuma) ja ko. ilmoitusten käsittely kuvataan tarkemmin kappaleissa 4 ja 5.

Vankiterveydenhuollon yksikön [potilaspalautejärjestelmän](#) on kehitetty [mm THL:n kansallisen asiakaspalautteen keruun mukaisesti](#). [Henkilöstö-, omais- ja sidosryhmäpalautejärjestelmää](#) on kehitetty henkilöstötyytyväisyyden mittaamisen (Tutka ja Pulssi) lisäksi siten, että henkilöstöllä, omaisilla ja sidosryhmillä on kanava ja mahdollisuus antaa palautetta palveluiden kehittämiseksi.

VTH:n potilaspalautejärjestelmä on ohjeistettu sekä [henkilökunnalle](#) että [potilaille](#).

Vankiterveydenhuollon yksikössä palveluiden laatua pyritään varmentamaan myös **tutkimustyön** avulla. Tuorein tutkimus on [Vankiterveystutkimus 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 potilaiden kokemana** mitataan tällä hetkellä Vankiterveydenhuollon yksikössä potilastyytyväisyyskyselyn kahdella arvointikriteerillä: vointini ennen hoidon alkamista ja vointini tällä hetkellä. Arviointiasteikko on 3 (hyvä) - 2 (kohtalainen) - 1 (huono). Vaikuttavuusluku on näiden arviointikriteereiden erotus. 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 huomioden 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.

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, voidaan lisätä 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.

Vankiterveydenhuollon yksikössä 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 kavennetaan 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 terveystoimissa 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](#)
- [ohje tietoturva- ja tietosuojapoikkeman ilmoittamiseksi](#)
- [poikkeamailmoitus](#) (= potilasturvallisuus/epäkohtailmoitus, työturvallisuusilmoitus) tehdään Laatuportissa

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 ottaneet käyttöön palveluyksiköidensä johtamisessa kuuman linjan indikaattorit haittatapahtumista, jotka aina olisivat vältettävissä (ns. never events). Vankiterveydenhuollon yksikössä on määriteltely [vältettävissä olevat haittatapahtumat](#) sekä ohjeistettu ja koulutettu henkilöstö vältettävissä olevien haittatapahtumien seuraamiseksi, ilmoittamiseksi ja käsittelemiseksi.

Laatuportissa on myös ns. positiivinen turvallisuushavainto -ilmoitus, jolla työntekijä voi antaa välitöntä positiivista palautetta haluamalleen henkilölle tai työyhteisölle. [Omavalvontasuunnitelmassa](#) kuvataan konkreettisesti se, miten palvelujen saatavuudessa, jatkuvuudessa, turvallisuudessa ja laadussa sekä potilaiden yhdenvertaisuudessa havaitut epäkohdat ilmoitetaan, analysoidaan ja korjataan sekä raportoidaan. [Laiassa 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 omavalvonnallisoin keinoin. 38§:n ja 39§:n mukaisesti valvontaviranomainen voi saattaa palvelunjärjestäjän tai palveluntuottajan, palveluyksikön vastuuhenkilön tai virheellisestä toiminnasta vastuussa olevan henkilön tietoon käsityksensä, kiinnittää huomiota, kehottaa tai huomauttaa sekä antaa määräyksen, sakon tai keskeyttää toiminnan. Valvontalain mukainen [ilmoitusmenettely ohjeineen ja määräaikoineen](#) on otettu käyttöön osana muuta Vankiterveydenhuollon yksikön käytössä olevaa ilmoituskanavaa (Laatuportti). Ilmoitusvelvollisuuteen liittyvät vastuukysymykset ja epäkohtien korjausmenettelytapa tulee kirjata myös osaksi omavalvontasuunnitelmia. Vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstöä on tiedotettu ja koulutettu ilmoitusvelvollisuuden käyttöön liittyviin kysymyksiin.





[Asiakastietolain \(703/2023\) 90§:n](#) ja tulevan [kyberturvallisuuslain \(124/2025\)](#) mukainen ilmoitusvelvollisuus tullaan kuvaamaan [ohjessa tietoturva- ja tietosuojapoikkeaman ilmoittamiseksi](#).

[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. Omavalvontaryhmä tulee seuraamaan ja arvioimaan epäkohtailmoitusten ja riskiluokan 4 ja 5 poikkeamien toimeenpanoa.

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. Vankiterveydenhuollon omavalvonnan seurantatiedot on kuvattu taulukossa 1. Tiedot ja kehittämistoimet julkaistaan Vankiterveydenhuollon yksikön [internetsivustolla](#) ja myös palvelupisteiden potilasilmoitustauluilla on tieto, [miten raportin saa luettavaksi](#). Lisäksi hoitoon pääsyn odotusaikeidat julkaistaan internetsivustolla ja palvelupisteiden potilasilmoitustauluilla perusterveydenhuollon osalta kuukausittain ja erikoissairaanhoidon osalta neljän kuukauden välein.

Taulukko 1. Omavalvonnan seurantatiedot

Valvonnan osa-alue	Mittari	Miksi mitataan	Miten mitataan	Tavoitetaso
Palveluiden saatavuus ja jatkuvuus 	Odotusaika	Hoitoon pääsytietojen seuranta	Hoitoon pääsyn aika vrk:ssa hoidon tarpeen arvioinnista tai lähetteen saapumisesta	Avohoidossa < 3 kk Suun terveydenhuollossa < 6 kk Erikoissairaanhoidossa < 6 kk
Palveluiden laatu- ja valvontatieto 	Henkilöstön, sidosryhmien ja omaisten palaute	Henkilöstön, sidosryhmien ja omaisten palautteen huomioiminen palveluiden kehittämisessä	Arvio palveluista kokonaisuutena, ka asteikolla 1-5 Turvallisuusindeksi NSS asteikolla -100 - +100	ka > 3 NSS > 30
	Omavalvonta- ja viranomaisvalvonta	Omavalvonnan ja viranomaisvalvonnan ohjauksen huomioiminen palveluiden kehittämisessä	Omavalvonnan ja viranomaisvalvonnanohjaus- ja valvontakäyntien lukumäärä, omavalvontaan käännettujen ilmoitusten lukumäärä	Omavalvonnan ohjaus- ja valvontakäyntejä vähintään 7kpl / vuosi Ei muita asetettuja tavoitetasoja
Palveluiden turvallisuus 	Vakavat poikkeamailmoitukset	Potilasturvallisuuden parantaminen ja epäkohtien poistaminen	Riskiluokan 4 ja 5 poikkeamailmoitusten %-osuus kaikista poikkeamista ja epäkohtailmoitusten lukumäärä	< 5 % Epäkohtailmoituksia hoidosta ja kohtelusta yhteensä alle 10kpl /v
	Läheltä piti -ilmoitukset ja häirtäapahtumailmoitukset	Potilasturvallisuuden parantaminen ja häirtäapahtumien ehkäiseminen	Läheltä piti -ilmoitusten ja häirtäapahtumailmoitusten %-osuudet	Läheltä piti -ilmoitusten %-osuus on > 30 % kaikista potilasturvallisuusilmoituksista
	Vakavien tapahtumien tutkinnat	Potilasturvallisuuden parantaminen ja vastaavien vahinkojen ehkäiseminen tulevaisuudessa	Tutkintojen lukumäärä, %-osuus kaikista poikkeamailmoituksista ja tutkintojen tapahtumatyytit	Ei asetettuja tavoitetasoja
Potilaskokemus, osallisuus ja yhdenvertaisuus 	Potilastyytyväisyys	Potilastyytyväisyyden seuranta	Potilaiden suositelluindeksi NPS asteikolla -100 - +100	NPS > 35
	Hoidon vaikuttavuus	Potilaan kokeman terveyshyödyn seuranta	Muutos voinnissa potilastyytyväisyyskyselyn perusteella asteikolla 1-3	> 0,9
	Potilasoikeudelliset yhteydenotot	Potilaiden reklamaatioiden seuranta	Vireille saatettujen muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoilmoitusten määrä ja käsittelyaika	Lukumäärille ei asetettuja tavoitetasoja Muistutusten käsittelyaika <30 vrk
	Potilasasiavastaavan yhteydenotot	Potilaiden yhteydenottojen seuranta	Yhteydenottojen määrä, aiheet ja toimenpiteet	Ei asetettuja tavoitetasoja

6 Liitteet (sisäiseen käyttöön)

LIITE nro 1_omavalvonnan vuosikello – grafiikka - valmisteilla

LIITE nro 2_omavalvonnan vuosikello – selitysosa - valmisteilla

LIITE nro 3_valvonta- ja arvointisuunnitelma vuodelle 2026

LIITE nro 4_omavalvonnan seurantatiedot