



Vankiterveydenhuollon yksikön
sairaalapalveluiden
omavalvontasuunnitelma

Palvelunjärjestäjän ja -tuottajan nimi ja yhteystiedot:
Vankiterveydenhuollon yksikkö (palvelun järjestäjä)
Sairaalapalvelut (palvelun tuottaja)
c/o Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Mannerheimintie 166, rak. A 3, PL 30
00271 Helsinki

Laatijat ja päivittäjät	Hanna Hemminki-Salin, vastaava ylilääkäri
	Lauri Pesonen ja Merja Kontulainen-Mäntymäki, ylihoitajat
	Maija Kinos-Jehkonen, ylihammaslääkäri ja Marja Salomaa, psykiatrian ylilääkäri
	Paula Tarsaranta, Lääkekeskuksen johtaja
	Hanna Anteroinen, henkilöstöpäällikkö
	Tuuli Bernard, Lucia Jakobsson, Sari Koskue, Mari Pekkanen ja Anna-Maija Strömberg, erikoissuunnittelijat
	Olli-Pekka Tillman, järjestelmäasiantuntija, ptj:n pääkäyttäjä
Hyväksymisajankohta	17.12.2025
Hyväksyjä – Palveluyksikön omavalvonnasta vastaava esihenkilö	Hanna Hemminki-Salin, vastaava ylilääkäri Puhelin: 029 524 5551
Seuraava päivitysajankohta	Tammikuu 2027 tai tietojen oleellisesti muuttuessa


Sisällys

Lukijalle	4
1. Palveluntuottajaa, palveluysikköä ja toimintaa koskevat tiedot	7
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	7
1.2 Palveluysikön perustiedot	7
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	8
1.4 Päiväys	9
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	10
2.1 Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen	10
2.2 Omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä - vastuunjako	11
3. Palveluysikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	11
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	11
3.2 Terveysthuollon henkilöstön ostopalveluiden seuranta	12
Taulukko 1: Palveluysikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä (= saatavuus) koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta	13
3.3 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	13
3.3.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi	13
3.3.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta	14
Taulukko 2: Palveluysikön toiminnan keskeisimpien jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta	14
3.4 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	14
3.4.1 Palveluiden laadulliset edellytykset	15
3.4.2 Toimitilat ja välineet	16
3.4.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat	17
3.4.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö	18
3.4.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniäkäytännöt	20
3.4.6 Lääkehoitosuunnitelma	21
3.4.7 Lääkinnälliset laitteet	21
Taulukko 3: Palveluysikön toiminnan keskeisimpien laatua ja turvallisuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta	22
3.5 Potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	24
Taulukko 4: Palveluysikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta	27
3.6 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	27

Taulukko 5: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta	28
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely ja toiminnan kehittäminen	29
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	29
4.2 Vakavien tapahtumien tutkinta	30
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	31
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	32
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	32
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	32
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	34
Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet poikkeama- ja palautetiedon perusteella ..	34
Liitteet	35
Riskimatriisi	35
Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvontaohjelma (julkinen)	35
Palveluyksikön (avohoito- tai sairaalapalvelut) lääkehoitosuunnitelma (sisäiseen käyttöön)	35
Vankiterveydenhuollon yksikön laiteturvallisuussuunnitelma (sisäiseen käyttöön)	35
Palveluyksikön (avohoito- tai sairaalapalvelut) valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma (ei julkisia)	35
Vankiterveydenhuollon yksikön valvonta- ja arviointisuunnitelma (sisäiseen käyttöön)	35

Palvelupisteen (pkl, hammashoitola tai osasto) lähiesihenkilö pyytää sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen osallistuvilta henkilöstöltään kuittauksen siitä, että viimeisin versio omavalvontasuunnitelmasta on luettu ja ymmärretty.

Lukukuittaus tehdään IMS:ssä ko. dokumentin kohdalla:

 Et ole merkinnyt dokumenttia luetuksi [Merkitse luetuksi](#)

Lähiesihenkilö voi tarkistaa lukukuittaukset ko. dokumentin tapahtumalokin kautta:

Tapahtumaloki

Muutosloki **Lukukuittaukset**

Versio 17
05.11.2024 10:14 Pesonen, Lauri
05.11.2024 10:20 Strömberg, Anna-Maija

[Sulje](#)

Lukijalle

Palveluntuottajalla tarkoitetaan kaikkia julkisia ja yksityisiä organisaatioita sekä yksityisiä elinkeinonharjoittajia, jotka tuottavat [valvontalain \(741/2023\)](#) 4 §:n 1 momentin 3 ja 4 kohdissa tarkoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja.

Palveluntuottajan omavalvonnalla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalveluiden ennakoivaa, toiminnanaikaista ja jälkikäteistä laadun- ja riskienhallintaa, jolla osaltaan varmistetaan asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen. Omavalvonta määrittää muun muassa, miten organisaatio vastaa palvelujen saatavuudesta, jatkuvuudesta, turvallisuudesta ja laadusta sekä potilaiden yhdenvertaisuudesta. Omavalvonnin toimeenpano edellyttää suunnitelmallisia toimenpiteitä sen tavoitteiden toteutumiseksi.



Omavalvontasuunnitelmalla tarkoitetaan palveluysiköittäin laadittavaa asiakirjaa, jossa palveluntuottaja kuvaa toiminnan keskeiset riskit sekä miten palveluntuottaja ja henkilöstö valvovat palveluysikköön kuuluvien palvelujen laatua, asianmukaisuutta, turvallisuutta ja asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyttä. Omavalvontasuunnitelma on päivittäisen toiminnan työväline. Omavalvontasuunnitelma on osa palvelunjärjestäjän ja useammassa kuin yhdessä palveluysikössä palveluja antavan palveluntuottajan **omavalvontaohjelmaa**. Kts. [Vankiterveydenhuollon yksikön omavalvontaohjelma](#).

Palveluysiköllä tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista ja hallinnollisesti järjestettyä kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja. Palveluysikölle merkitään Soteri- rekisteriin yksi tai useampi **palvelupiste** rekisteritekniseksi apukäsitteeksi, jonka tarkoituksena on osoittaa tosiasiallista paikkaa, jossa tai josta käsin palveluysikköön rekisteröityjä palveluja tuotetaan asiakkaille tai potilaille.

Vankiterveydenhuollon yksikössä terveydenhuollon palveluita tuottavia palveluysiköitä ovat avohoitopalvelut ja sairaalapalvelut. Avohoitopalveluiden palvelupisteitä ovat poliklinikat ja hammashoitolat. Sairaalapalveluiden palvelupisteitä ovat osastot. Lisäksi osa palveluista tuotetaan etäpalveluina.

Helsingissä 11.12.2025

Hanna Hemminki-Salin, vastaava ylilääkäri
sairaalapalvelut

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palvelunjärjestäjän nimi: Vankiterveydenhuollon yksikkö	Y-tunnus: 2703935-1
Palveluntuottajan nimi: Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalapalvelut	
Palveluntuottajan yhteystiedot:	
Sairaalapalveluista vastaava	Hanna Hemminki-Salin, vastaava ylilääkäri
Puhelinnumero	029 524 5551
Sähköpostiosoite	hanna.hemminki-salin(at)vth.fi
Postiosoite	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos / VTH, PL 30
Postinumero ja -toimipaikka	00271 Helsinki

1.2 Palveluyksikön perustiedot

Palveluyksikön nimi: Vankiterveydenhuollon yksikkö / Sairaalapalvelut	Y-tunnus: 2703935-1
Palveluyksikön yhteystiedot:	
Palveluyksikön omavalvonnasta vastaava esihenkilö	Hanna Hemminki-Salin, vastaava ylilääkäri
Puhelinnumero	029 524 5551
Sähköpostiosoite	hanna.hemminki-salin(at)vth.fi
Postiosoite	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos / VTH, PL 30
Postinumero ja -toimipaikka	00271 Helsinki
Muiden vastuuhenkilöiden yhteystiedot:	
Ylihoitaja sairaalapalvelut	nimi Merja Kontulainen-Mäntymäki puhelinnumero 029 5245 586 sähköpostiosoite merja.kontulainen- mantymaki(at)vth.fi
Psykiatrian ylilääkäri, vt	nimi Elina Huhta puhelinnumero 029 524 5653 sähköpostiosoite elina.huhta@vth.fi
Vankisairaalan ylilääkäri	virka avoinna
Osastonylilääkärit Psykiatrinen vankisairaala os. 1	nimi Julia Pitkäranta puhelinnumero 0295 245 779 sähköpostiosoite julia.pitkaranta(at)vth.fi

Psykiatrinen vankisairaala os. 2	nimi Jukka Voutilainen puhelinnumero 029 524 5686 sähköpostiosoite jukka.voutilainen(at).vth.fi
Psykiatrinen vankisairaala os. 3	virka avoinna 1.1.2026 alkaen
Osastonhoitajat Vankisairaala os. 2.1 ja 2.2	nimi Marianne Vellas puhelinnumero 029 5245728 sähköpostiosoite marianne.vellas(at)vth.fi
Vankisairaala os. 3 ja Psykiatrinen vankisairaala os. 3	nimi Jussi Sarala puhelinnumero 029 524 5748 sähköpostiosoite jussi.sarala(at)vth.fi
Psykiatrinen vankisairaala os. 1	nimi Petra Halonen puhelinnumero 029 524 5666 sähköpostiosoite petra.halonen(at)vth.fi
Psykiatrinen vankisairaala os. 2	nimi Mari Laakso puhelinnumero 029 5245787 sähköpostiosoite mari.laakso(at)vth.fi

Palvelupisteet: * poliklinikat, hammashoitolat, osastot tai etäpalvelut	Palvelupisteen osoite:
Vankisairaala;	
VTH Vankisairaala os. 2.1	Pikku-Parolantie 7, 13130 Hämeenlinna
VTH Vankisairaala os. 2.2	Pikku-Parolantie 7, 13130 Hämeenlinna
VTH Vankisairaala os. 3	Pikku-Parolantie 7, 13130 Hämeenlinna
Psykiatrinen vankisairaala;	
VTH Psykiatrinen vankisairaala os. 1	Mathilda Wreden katu, 20251 Turku
VTH Psykiatrinen vankisairaala os. 2	Mathilda Wreden katu, 20251 Turku
VTH Psykiatrinen vankisairaala os. 3	Siltaniitynkuja 2, 01261 Vantaa

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Vankiterveydenhuollon yksikön tehtävänä on järjestää vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoito siten kuin vankeuslain (767/2005) 10 luvussa ja tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvussa säädetään. Vankiterveydenhuollon operatiivinen toiminta käsittää avohoito- ja sairaalapalvelut. Palvelut toteutetaan nk. normaalisuusperiaatteen mukaisesti ts. vangeille tarjotaan saman sisältöiset palvelut kuin mihin hänellä olisi siviilissä julkisella sektorilla tarjolla.

Avohoidon palveluja tuotetaan 28 poliklinikalla ja 12 suun terveydenhuollon palvelupisteessä. Vankipotilaita on päivittäin avohoidossa noin 3200–3500, joista naisten osuus on noin 7–9 % ja nuorten (alle 21 v.) noin 3–4 %. Sairaaloissa on yhteensä keskimäärin noin 60–70 vankipotilasta päivittäin. Vuosittain noin 6500 vankia tulee siviilistä vankilaan.

Sairaalapalveluiden tehtävänä on tuottaa somaattisia ja psykiatrisia sairaalapalveluita vankipotilaille. Psykiatrinen sairaanhoito on erikoissairaanhoitoa, kun taas somaattisessa vankisairaалassa tarjottava sairaalahoido on perusterveydenhuoltotasosta. Psykiatrista hoitoa toteutetaan Psykiatrisessa vankisairaалassa Turun ja Vantaan palvelupisteissä, ja somaattista sairaalahoidoа toteutetaan Vankisairaалassa Hämeenlinnassa.

Psykiatrisen vankisairaalan perustehtävä on akuutin psykiatrisen hoidon tarpeessa olevia vankien hoitaminen, kuntoutus sekä oikeuspsykiatriset tutkimukset. Vankisairaalan perustehtävänä on somaattisten sairauksien hoito ja kuntoutus. Vankisairaалassa toteutetaan naisille somaattisen hoidon ohella myös päihdepsykiatrista hoitoa.

Vankiterveydenhuollossa hyödynnetään laajasti etävastaanottomahdollisuutta kaikissa palvelupisteissä ja useiden ammattiryhmien toimesta. Etäpalveluina toteutetaan päihdesairaanhoitajan, päihdelääkärin, yleislääkärin, fysioterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan, psykiatrin ja diabeteshoitajan vastaanottoja. Digitaalisia palveluita annetaan ns. älyvankiloissa, joita ovat tällä hetkellä Hämeenlinnan, Kylmäkosken ja Pyhäselän vankilat. Vankipäätteellä on tällä hetkellä vankiterveydenhuollon potilasohjeita ja lomakkeita.

Kaikki Vankiterveydenhuollon toiminta toteutetaan omana toimintana. Poikkeuksen tästä muodostavat ensihoito, erikoissairaanhoito psykiatriaa lukuun ottamatta, kuvantamis- ja erikoistutkimukset, osa laboratorion näytteenotto toiminnasta ja suurin osa laboratorion analytiikasta. Ostopalveluhenkilöstöä käytetään lääkäri-, hammaslääkäri- ja erityistyöntekijäpalveluissa, mikäli oman henkilökunnan rekrytointi ei ole ollut mahdollista.

1.4 Päiväys

Palvelunjärjestäjän omavalvontaohjelma:

Laadittu	Päivitetty / versionro	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
13.12.2023	14.1.2025 versio 2	VTH:n oma- valvontatyöryhmä, pj kehittämis- päällikkö	VTH:n johtaja	VTH:n oma- valvontatyöryhmä, pj kehittämis- päällikkö

Palveluyksikön omavalvontasuunnitelma:

Laadittu	Päivitetty / versionro	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
3.12.2024	17.12.2025 versio 2	VTH:n oma- valvontatyöryhmä, pj kehittämis- päällikkö	VTH:n vastaava ylilääkäri	VTH:n oma- valvontatyöryhmä, pj kehittämis- päällikkö

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

2.1 Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen

Omavalvontasuunnitelman mukaisten palveluyksikön palveluiden toteutumisesta sekä palveluiden saatavuudesta, jatkuvuudesta, turvallisuudesta, laadusta ja potilaiden yhdenvertaisuudesta vastaa vastaava ylilääkäri, joka myös hyväksyy omavalvontasuunnitelman. Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa kehittämisspäällikkö yhteistyössä omavalvontatyöryhmän kanssa. Vuoden 2025 omavalvontasuunnitelman laatimisen yhteydessä pidettiin työpajoja, joiden avulla pyrittiin vahvistamaan henkilöstön osallisuutta ja osaamista.

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan [VTH:n internetsivustolla](#). Terveystieteiden henkilöstölle omavalvontasuunnitelma on [IMS-ohjelmistossa](#) luettavana ja kuitattavana (luettu ja ymmärretty), minkä toteutumisen lähin esihenkilö varmistaa. Potilaiden ilmoitustauluilla on tieto, että omavalvontasuunnitelman saa pyydettäessä luettavaksi. Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain (vuosikellon mukaan tammikuun kuluessa) omavalvontatyöryhmän toimesta tai tarpeen mukaan myös viiveettä. Vastaava ylilääkäri hyväksyy ja vahvistaa päivityksen ja täydentää osaltaan omavalvontasuunnitelmaa. Toimintaohjeisiin tulleet merkittävät muutokset kirjataan viiveettä omavalvontasuunnitelmaan ja niistä tiedotetaan henkilökuntaa.

Omavalvontasuunnitelma vahvistetaan vuosittain, vaikka muutoksia ei vuoden aikana olisi tehtykään. Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään asianhallintajärjestelmä Helmessä, jossa myös sähköinen allekirjoitus tapahtuu, sekä IMS-ohjelmistossa.

[Omavalvonnan ja laatutyön vuosikellossa](#) ohjeistetaan tarkistamaan myös muiden toimintaa ohjaavien **sisäiseen käyttöön** tarkoitettujen suunnitelmien ajantasaisuus:

- lain edellyttämä palveluyksikköä koskeva [lääkehoitosuunnitelma](#) ja [tietoturvasuunnitelma](#) sekä palveluntuottajan valmius- ja varautumishallintasuunnitelmat
- erityislainsäädännön edellyttämä ohje potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana (päivittämättä) ja [pakon käytön ennaltaehkäisy](#)
- muut tarvittavat suunnitelmat kuten [laiteturvallisuussuunnitelma](#), [pandemiasuunnitelma](#), [infektioidentorjuntaohjelma](#) ja [suun terveydenhuollon hygieniasuunnitelma](#) sekä [valvonta- ja arviointisuunnitelma](#)

Pelastussuunnitelma on lakisääteinen, ja sen laadinnasta vastaa Rikosseuraamuslaitos. Tiloissa, joissa asuvien toiminta- tai liikuntakyky on tavanomaista heikompi, on toiminnanharjoittajan laadittava poistumisturvallisuusselvitys. Psykiatrisen vankisairaala Turun yksikkö ja Vankisairaala ovat ympärivuorokautisina toimintayksiköinä laatineet poistumisturvallisuusselvitykset yhteistyössä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa.

Poistumisturvallisuusselvitys pitää päivittää kolmen vuoden välein ([Pelastuslaki 19§](#)).

2.2 Omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä - vastuunjako

[VTH:n työjärjestyksen](#) mukaan (22.12.2022) johtaja vastaa Vankiterveydenhuollon yksikön lakisääteisten tehtävien täyttämistä säädösten mukaisesti. Palveluyksikön vastaava ylilääkäri vastaa palveluiden tuottamisesta ja palvelutuotannon mitoittamisesta. Lisäksi sairaalapalveluiden psykiatrisen hoidon palvelualasta vastaa psykiatrian ylilääkäri, somaattisesta palvelualasta Vankisairaalan ylilääkäri (virka avoinna) ja avohoitopalveluiden suun terveydenhuollon palvelualasta ylihammaslääkäri. Palveluyksikön vastaavan ylilääkärin alaisuudessa toimii lisäksi alueylilääkärit (avohoitopalveluissa), ylihoitaja ja ylihoitajan alaisuudessa osastonhoitajat.

Työjärjestyksessä ei ole erikseen määritelty vastuita liittyen omavalvontaan, laatutyöhön, riskienhallintaan, varautumiseen, sopimusten valvontaan tai potilasturvallisuuteen. Ko. vastuualueet ovat linjajohdon mukaiset ja lisäksi joitakin tehtäviä on kirjattu yksittäisten virkamiesten tehtäväkuviin. Hallinto- ja tukipalvelujohtajan suorassa alaisuudessa toimivat omavalvonnan operatiivisesta johtamisesta vastaava valmius- ja jatkuvuudenhallinnan, riskienhallinnan sekä sisäisen valvonnan kehittämisestä vastaava kehittämisspäällikkö, omavalvonnan ja laatutyön koordinoitua ja kehittämistä tekevä erikoissuunnittelija, kilpailutuksia ja sopimuksia tekevä hankinta-asiantuntija, tietosuojan erikoissuunnittelija ja tietoturvan erityisasiantuntija, lääkehuollosta vastaava Lääkekeskuksen johtaja ja potilasasiavastaava. Potilasturvallisuusvastaavana ja lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä toimii ylihammaslääkäri vastaavan ylilääkärin alaisuudessa. Lisäksi tartuntatautien valvonnasta vastaavana lääkäriä toimii vastaava ylilääkäri VTH:n johtajan alaisuudessa.

Palveluyksikössä on linjajohdon mukaiset rakenteet (johtoryhmät ja henkilökuntakokoukset), joiden kautta ja avulla vastuuhenkilöt johtavat palvelutoimintaa ja vastaavat, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset ja että henkilöstö on sitoutunut omavalvontasuunnitelman mukaiseen toimintaan. Johtaminen perustuu tietoon, jota mm. hallinto- ja tukipalvelut tuottavat johtamisen tueksi. Omavalvontasuunnitelman toteutumista varmistetaan jatkossa myös palvelunjärjestäjän suunnitelmallisella ohjauksella ja valvonnalla. Suunnitelmallinen valvonta perustuu [VTH:n valvonta- ja arviointisuunnitelmaan](#) ja siinä huomioidaan myös soveltuvin osin [sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelman painopistealueet](#).

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Vankiterveydenhuollon yksikön toimintaan sovelletaan terveydenhuoltolakia (1326/2010).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa hoitotakuu on 3 kuukautta ja suun terveydenhuollossa 6 kuukautta yli 23-vuotiailla, kun taas alle 23-vuotiailla määräjat ovat vastaavasti 14 vrk ja 3 kk. Kaikissa tapauksissa hoitoon on kuitenkin päästävä lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset seikat sekä potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa.

Hoitotakuu koskee hoitoa, jossa on kysymys sairastumisesta, vammasta, pitkäaikaissairauden vaikeutumisesta, uusista oireista tai toimintakyvyn alenemasta.

Hoitotakuu koskee sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia. Määräajat koskevat ensimmäisen hoitotapahtuman järjestämistä. Hoidon tarpeen arvio tehdään asiakkaalle yhteydenottopäivänä. Potilaan yhteydenottoihin vastataan saman päivän aikana arkipäivisin. Hoidon tarpeen arvion yhteydessä arvioidaan vaivan kiireellisyys, ja hoito järjestetään kiireellisyyden vaatimassa ajassa. Mikäli potilaan asia vaatii vastaanottoa, se järjestetään hoitotakuun puitteissa.

Vankiterveydenhuollon yksikön Vankisairaalaan ja Psykiatriseen vankisairaalaan tullaan aina jatkohoitoa varten. Vankisairaalassa annettava potilaan kiireetön hoito on järjestettävä korkeintaan kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Erikoissairaanhoidossa, jota vankiterveydenhuollossa ovat Psykiatriset sairaalat, 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 erikoissairaanhoidoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Psykiatrisessa vankisairaalassa Turun yksikössä toteutetaan myös tahdosta riippumatonta hoitoa.

Terveydenhuollon yksikön linjaorganisaation mukaisesti palvelutoiminnasta vastuussa olevat esihenkilöt (alueylilääkärit, ylihammaslääkäri, ylilääkärit ja vastaava ylilääkäri sekä osastonhoitajat ja ylihoitajat) seuraavat odotusaikatietoja ja käynnistävät tarvittavat korjaustoimenpiteet.

3.2 Terveydenhuollon henkilöstön ostopalveluiden seuranta

Henkilöstövuokrausfirmojen sopimusten omistaja on lääkäreiden osalta vastaava ylilääkäri, hammaslääkäreiden ja hoitajien osalta ylihammaslääkäri ja hoitohenkilökunnan osalta ylihoitajat palveluyksikön mukaisesti.

Henkilöstövuokrausfirma tarkistaa lääkäreiden oikeudet JulkiTerhikistä työsopimusten tekovaiheessa. Lääkärin pätevyys arvioidaan CV:n ja haastattelun perusteella henkilöstövuokrausfirmassa. Lääkäri veloitetaan ilmoittamaan henkilöstövuokrausfirmalle välittömästi, mikäli henkilön oikeuksissa tai pätevyudessa tapahtuu muutoksia, ja henkilöstövuokrausfirma ilmoittaa Vankiterveydenhuollon yksikölle asiasta mahdollisia tarvittavia toimenpiteitä varten. Sopimusten solmimisvaiheessa sopimuksen omistaja Vankiterveydenhuollon yksiköstä tarkistaa tarjottavan ammattihenkilön oikeudet JulkiTerhikistä.

Vuokratyöntekijöiden potilasasiakirjamerkintöjä seurataan aluksi säännöllisesti ja myöhemmin pistokokein alueylilääkäreiden, ylihammaslääkärin ja osastonhoitajien toimesta ammattiryhmäkohtaisesti.

Mikäli työn suorittamisessa on jotain poikkeamaa, alueen osastonhoitajan ja poliklinikan sairaanhoitajien kanssa on sovittu, että he ilmoittavat tästä alueylilääkäreille, ylihammaslääkärille tai osastonhoitajille. Lisäksi he seuraavat mahdollisia poikkeamailmoituksia ostopalveluihin liittyen ja informoivat sopimuksen omistajaa tarpeen mukaan. Poikkeamien selvittelyssä huomioidaan, onko perehdytys ollut riittävää. Mikäli lisäohjauksesta huolimatta työnteossa on puutteita tai moitittavaa, alueylilääkärit, ylihammaslääkäri tai osastonhoitajat ottavat yhteyttä vuokrafirman yhteyshenkilöön. Asia käsitellään ja päätetään korjaavista toimenpiteistä. Viime kädessä suorittaja voidaan vaihtaa toiseen sopimuksen mukaisesti. Mikäli korvaavaa tekijää ei sovituksessa määrääjässä löydy, sopimus irtisanotaan.

Ostopalveluhenkilöstöä koskevista poikkeamailmoituksista informoidaan aina vuokrahenkilöstöfirmaa. Kanteluiden ja muistutusten selvityspyynnöistä annetaan myös aina tiedonanto vuokrahenkilöstöfirmalle, jos ammattihenkilö ei sovituksessa ajassa tee selvitystä.

Ostopalvelutyöntekijöiltä edellytetään hyvien hoitokäytänteiden mukaista hoidon laatua ja tasoa, joka vastaa Vankiterveydenhuollon yksikössä tehtyä hoitoa. Henkilöstövuokrausfirmojen kanssa pyritään pitämään säännöllisesti yhteistyöpalavereja, joissa käsitellään toteutunutta palvelua ja sen laatua.

Taulukko 1: Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä (= saatavuus) koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi	OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN – PALVELUIDEN SAATAVUUS: Ehkäisy- ja hallintatoimet
Hoitotakuu ei toteudu lain edellyttämässä määräajassa.	Riskitaso 2	Jatkuva kuukausittainen seuranta THL:n tietokannoista.
Välitön yhteydenaanti ei toteudu kaikissa olosuhteissa.	Riskitaso 3	Henkilöresurssin riittävyuden varmistaminen kaikissa olosuhteissa sekä tehtävien priorisointitarve. Risen sähköisen asioinnin edistäminen vankiloissa mahdollisuuksien mukaan.

3.3 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.3.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Potilas voi tarvita useita palveluja. Jotta palvelukokonaisuudesta muodostuisi potilaan kannalta toimiva ja hänen tarpeitaan vastaava, vaaditaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä, jossa erityisen tärkeää on tiedonkulku. Vankiterveydenhuollon pääyhteistyötahoja ovat Rikosseuraamuslaitos, hyvinvointialueet, HUS ja Helsingin kaupunki sekä kolmannen sektorin toimijat.

Rikosseuraamuslaitoksen kanssa tehdään päivittäin yhteistyötä käytännön työssä. Tästä päivittäisestä yhteistyöstä esimerkkinä ovat potilaiden kuljetukset ulkopuoliseen terveydenhuoltoon. Tämän lisäksi Rikosseuraamuslaitoksen ja vankiloiden kanssa on säännöllisiä yhteistyötapaamisia eri foorumeilla. Vankitietojärjestelmä on osaltaan varmistamassa päivittäisen yhteistyön ja jatkuvuuden toteutumista. Vankitietojärjestelmää käytetään vain virkatehtävien edellyttämässä laajuudessa.

Tiedonkulun jatkuvuutta varmistetaan sillä, että potilasta koskeva tieto siirtyy katkeamatta vankiterveydenhuollon eri palvelupisteiden välillä (potilastietojärjestelmä) ja ulkopuolisten palveluntarjoajien järjestelmästä toiseen (Kanta -yhteensopivuus). Kanta-arkistosta löytyvää tietoa käytetään potilaan luvalla. Organisaation sisäistä tiedonkulkua pyritään varmistamaan ottamalla käyttöön potilastietojärjestelmän Määräys-osio marraskuun 2025 aikana.

3.3.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Valmiuden ja varautumisen kehittämisestä ja koordinoinnista vastaa kehittämisspäällikkö:

Mari Liukka, mari.liukka(at)vth.fi, 029 524 5565

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaava:

Hanna Hemminki-Salin, hanna.hemminki-salin(at)vth.fi, 029 524 5551

Vankiterveydenhuollon yksikön valmiussuunnittelun kokonaisuus on työn alla ja valmistuu vuoden 2026 aikana. Kokonaisuuteen kuuluu valmiussuunnitelman yleinen osa, avoterveydenhuollon alueelliset, vankisairaalan, psykiatrisen vankisairaalan, ICT -palveluiden (sisältää potilastietojärjestelmän osalta [ohjeen käyttökätkotilanteisiin sairaalassa](#)) ja Lääkekeskuksen valmiussuunnitelma sekä tarttuvien tautien osalta [pandemiasuunnitelma](#).

Taulukko 2: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **jatkuvuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi	OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN - PALVELUIDEN JATKUVUUS: Ehkäisy- ja hallintatoimet
Potilaiden siirtyminen toimintayksiköiden välillä saattaa johtaa hoidon keskeytymiseen.	Riskitaso 3	Potilastietojärjestelmän Määräys-osion käyttäminen.
Lääkärityövoiman saaminen eri alueille on haastavaa.	Riskitaso 3	Etävastaanottotoiminnan kehittäminen ja vakiinnuttaminen.
Virkahenkilöstön rekrytoiminen on haastavaa.	Riskitaso 3	Ostopalveluhenkilökunnan käyttäminen.
Ostopalvelulääkäreiden tiheä vaihtuminen sopimuskauden sisällä	Riskitaso 3	Perehdytysvalmius paikallisestikin olemassa.
Valmius- ja varautumissuunnittelu palveluiden jatkuvuuden turvaamiseksi on kesken.	Riskitaso 2	Valmius- ja varautumissuunnitelmat organisaation eri palveluyksiköille valmistuvat asetetussa määräajassa.

3.4 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

Vankiterveydenhuollon yksikön potilasturvallisuusvastaava:

Maija Kinos-Jehkonen, maija.kinos(at)vth.fi, 029 524 5777

3.4.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on oltava laadukkaita, asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja ([valvontalaki 741/2023, 10§ 1 mom](#)). Palveluiden laatuvaatimuksia VTH:ssä säätelevänä erityislainsäädäntönä ovat laki Vankiterveydenhuollon yksiköstä (=palveluiden järjestäminen ja tuottaminen), mielenterveyslaki (esim. itsemääräämisoikeuden rajoittaminen) ja vankeuslaki (esim. alaikäisen erillään pitäminen). Palveluyksikön palveluiden laatuvaatimuksena on VTH:n strategian mukaisesti järjestää terveydenhuollon palvelut potilaslähtöisesti, laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Terveydenhuollon palveluiden laatuun määritellään kuuluvan VTH:n omavalvontaohjelman mukaisesti vaikuttavien lääke- ja hoitotieteellisen palveluiden ja palvelurakenteiden lisäksi asiantunteva johtaminen, henkilöstön osaaminen ja sujuvat palveluprosessit.

Palveluyksikön laadunhallinnan toteuttamistavat ovat suunnittelun ja mittaamisen tasolla. Laadunhallinnan systemaattista toteuttamista palveluyksikössä ei ole, sillä laadun varmistamisen menettelyt ja jatkuvan parantamisen menettelytavat puuttuvat osin. Tavoitteena on toteuttaa ja kehittää laadunhallintaa [omavalvonnan vuosikellon](#) mukaisesti (arvioi, kehitä, seuraa).

Palvelunarvioinnissa käytössä olevia laadunhallinnan työkaluja ovat soveltuvin osin johtamista, voimavaroja ja prosesseja arvioiva SHQS-laadunhallintajärjestelmä (esim. esihenkilöiden ja asiantuntijoiden itsearvioinnit) sekä erilaiset muut itsearvioinnit (esim. riskiarvioinnit) ja palautejärjestelmät (esim. potilastyytyväisyyskyselyt). Myös potilasasiavastaavan ja potilasturvallisuusvastaavan toiminnan avulla pyritään varmistamaan palveluiden laatua.

Palvelunarvioinnissa käytössä olevat laadunhallinnan mittarit ovat tällä hetkellä potilastyytyväisyys (sisältää hoidon vaikuttavuuden), potilasoikeudelliset yhteydenotot sekä henkilöstön, omaisten ja sidosryhmien palaute palveluiden kehittämiseksi. Myös poikkeamien ja epäkohtien ilmoittamis- ja käsittelymenettely sekä vakavien tapahtumien tutkintamenettely varmistavat sekä ennakkolisesti että reaktiivisesti palveluiden laatua. Palveluiden laatu varmistetaan arvioimalla edellä mainittujen mittareiden tuloksia asetettuihin tavoitetasoihin, raportoimalla tuloksista, asettamalla tulosten seurauksena kehittämis- ja parantamistoimenpiteitä sekä seuraamalla toimenpiteiden toteutumista ja vaikutuksia. Ko. arviot tehdään omavalvontatyöryhmässä vähintään kolmesti vuodessa valvontalain edellyttämällä tavalla.

Etänä annettavien palveluiden turvallisuus ja laatu varmistetaan VTH:ssä siten, että etäpalvelun antajalla on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet (ml. yhteydet), ja että etäpalvelun on oltava lääke- ja hoitotieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Lisäksi tulee varmistua, että potilaan apuna on tarvittaessa koulutettua henkilökuntaa, potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet ja potilaan jatkohoito on turvattu. VTH:ssä on ohjeistettu [etäpalveluiden käyttö](#), mm. minkä palveluiden antamiseen etäpalvelut soveltuvat ja mitkä ovat etäpalveluiden poissulkukriteerit, sekä [etäpalveluiden järjestäminen](#). Etäpalveluja antavia ohjeistetaan suorittamaan [Oppiportin Etävastaanotto -koulutus](#). Lisäksi Vankiterveydenhuollon yksikössä kerätään [potilaspalautetta etäpalveluista](#). Palaute analysoidaan ja raportoidaan kolmesti vuodessa valvontalain edellyttämällä tavalla. Digitaalisten palveluiden (älyvankiloiden vankipäätte) laajentuessa useampiin vankiloihin, tarvitaan potilasinformaation sisällön kehittämiseen ja laadunvarmistukseen tukea VTH:n avohoitopalveluista sekä hallinto- ja tukipalveluista.

Palveluyksikön palveluiden potilasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti huolehtimalla henkilökunnan riittävydestä (rekrytointi, palveluiden poikkeusolojen priorisointi), ammattitaidosta ja osaamisesta (pätevydet, täydennyskoulutukset), lääkitysturvallisuudesta (lääkehoitosuunnitelma, lääkehuollon ohjaukset, sisäiset auditoinnit, lääkehoidon luvat, lääkehoidon lisälaatuvaatimukset), laiteturvallisuudesta (laiteturvallisuussuunnitelma, laitepassit, laiteturvallisuuden itsearviointi) ja infektioiden ehkäisystä (infektioidentorjuntasuunnitelma, hygieniahoitajat, ohjeet). Vaaratapahtumien ilmoittamis- ja käsittelymenettely sekä vakavien vaaratapahtumien tutkintamenettely varmistavat sekä ennakkollisesti että reaktiivisesti palveluiden potilasturvallisuutta.

Riskienhallinnan kehittäminen on VTH:ssä työn alla siten, että strategisten riskien, operatiivisten riskien, tietoturvan riskien ja työsuojelun riskien arviointi tullaan määrittelemään ja aikatauluttamaan synkronoituina kokonaisuuksina (riskienhallinnan toimintaohje). Tämän omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta perustuu palveluiden saatavuutta, jatkuvuutta, turvallisuutta ja laatua, henkilöstön riittävyttä ja osaamista sekä potilaiden yhdenvertaisuutta, osallisuutta, asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistamiseen, arviointiin ja hallintaan. Lisäksi raportoidaan yhdessä omavalvontaohjelman seurannan kanssa omavalvontasuunnitelmaan kuuluvia tunnuslukuja ja niihin perustuvia parantamistoimia kolmesti vuodessa valvontalain mukaisesti ([raporttipohja](#)).

3.4.2 Toimitilat ja välineet

SAIRAALAPALVELUT

Sairaaloiden tilat omistaa Senaattikiinteistö. Kiinteistöissä kulkemiseen oikeuttavan kulkutunnisteen työntekijä saa palvelussuhteen alkaessa. Lääkehuone on rajoitetun liikkumisen tila. Sairaaloissa on osassa kiinteistöä kameravalvonta. Potilashuoneiden ovien avaamisesta ja sulkemisesta vastaa valvontahenkilöstö. Toimintatavat tukevat yksityisyyden suojan toteutumista. Tietosuojaan huoneentaulu ohjaa tietosuojaan toteutumista.

Tilojen 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 ja riskienarviointien yhteydessä tarkastetaan mahdollisuuksien mukaan tilojen koko, ilmanvaihto, äänieristys, valaistus, materiaalit, siisteys, siivoustaso, käsienpesupisteet, turvallisuus ja lukitukset. Erityistä huomiota on kiinnitetty äänieristykseen ja huoneiden lukitukseen. Lisäksi yhteistyöpalavereissa vankiloiden ja VTH:n palvelupisteiden kanssa käydään läpi kahdesti vuodessa toimitilat ja niissä mahdollisesti esiintyvät puutteet.

Toimitilojen puutteita tai huoltoa koskevat ilmoitukset tehdään Senaattikiinteistölle sähköisen asiointikanavan kautta. Pitkjänteiset korjaussuunnitelmat tehdään yhteistyössä Senaatin ja Rikosseuraamuslaitoksen kanssa.

Kaikki siivousvälineet ja kemikaalit ovat sairaaloissa lukittujen ovien takana, joihin potilaille ei ole pääsyä. Tärkeää siivouksessa on aineiden oikea annostelu ja säilytys oikeassa lämpötilassa. Kaikki siivouksessa käytettävät kemikaalit löytyvät kemikaaliluettelosta. Vankisairaalassa ja Turun psykiatrisessa vankisairaalassa laitoshuoltajat tekevät laadun arviointia joka päivä ja siivouksen työmenetelmä määritellään aina siivoussuunnitelman ja siivottavan tilan tarpeen mukaan. VTH:n siivoushuolto tekee ATP/Luminometri pintahygieniamittauksia pinnoilta kaksi kertaa vuodessa.

Muita käytössä olevia laitteita käytetään käyttöohjeiden mukaisesti, jonka mukaan myös huollot toteutetaan. Henkilöstö seuraa laitteiden kuntoa ja raportoi tarvittaessa esihenkilölle.

Palveluyksikössä on käytössä potilastietojärjestelmä. Valtori vastaa tietoverkkojen turvallisuudesta. Asiakkaiden ja potilaiden tietoja käsittelevillä työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus, ja tietojärjestelmien käyttöoikeuksien saaminen edellyttää kirjallista tietoturva- ja tietosuojasitoutumusta. Henkilötietoja on käsiteltävä lainmukaisesti, asianmukaisesti ja läpinäkyvästi. Käsittelylle on aina oltava lain mukainen peruste eikä henkilötietoja saa käyttää väärin.

Psykiatrisen vankisairaalan Turun palvelupisteen tilat ovat riittävät ja tukevat turvallista psykiatrista hoitoa. Elinkaariremontti on valmistunut vuonna 2022. Remontti koski potilastiloja. Ilmanvaihdon kanssa on haasteita, joita on pystytty jonkin verran korjaamaan. Tilat mahdollistavat potilaan yksityisyyden suojan.

Psykiatrisen vankisairaalan Vantaan palvelupisteen tilat eivät täytä nykyaikaisen psykiatrisen sairaalahoidon tarpeita. Peruskorjaus toteutuu heinäkuussa 2025. Remontissa uusitaan potilashuoneiden märkätilat. Lisäksi selleihin asennetaan valmiudet verkkoyhteyksiin.

Vankisairaalan palvelupisteen tilat ovat pääsääntöisesti ahtaita hankaloittaen potilaiden avustamista. LVI-järjestelmä on vanha, ja viemäreissä tukoksia esiintyy ajoittain. Ilmanvaihto ja viilennys ovat riittämättömiä. Tiloja on peruskorjattu vuoden 2024 aikana. Sisäilmakartoitus on tehty vuonna 2024 ja sen mukaan tehty sisäilmakorjaussuunnitelma on tarkoitus toteuttaa vuoden 2025 aikana. Vankisairaala on tehty rakennuskorjaussuunnitelma, josta ei vielä ole tarkempaa toteutusaikataulua.

3.4.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Vankiterveydenhuollon yksikön asiakastietojen käsittelystä vastaava johtaja:

Jussi Korkeamäki, jussi.korkeamaki(at)vth.fi, 029 524 5723

Vankiterveydenhuollon yksikön tietosuojavastaava:

Mari Pekkanen, tietosuoja(at)vth.fi, 029 524 5663

Tietosuoja on perusoikeus, joka turvaa rekisteröidyn eli henkilön, jonka tietoja käsitellään, oikeuksien ja vapauksien toteutumisen henkilötietojen käsittelyssä. Henkilötietojen käsittelyn on aina perustuttava lakiin. Tietoturvalla tarkoitetaan hallinnollisia ja teknisiä toimia, joilla turvataan tietojen luottamuksellisuus, eheys ja käytettävyys.

Kaikilla VTH:ssa työskentelevillä on velvoite suorittaa [erikseen määritetyt](#) tietosuoja- ja tietoturva koulutukset. Näiden lisäksi tietosuojavastaava, tietoturvavastaava ja potilastietojärjestelmän pääkäyttäjät pitävät kohdennettuja koulutuksia mm. henkilökuntakokouksissa. VTH:ssa on käytössä myös tietojenkalastelukoulutusohjelma, jonka avulla voi raportoida mahdollisia tietojenkalasteluviestejä.

Tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvien koulutusten suorittamista seurataan esihenkilöiden toimesta HR-järjestelmän avulla.

Tietosuojan ja tietoturvan toteutumisen seuranta on osa VTH:n sisäistä valvontaa, jota ohjaavat mm. tietoturvasuunnitelma sekä tietoturva- ja tietosuojapolitiikka, henkilöstön koulutukset ja niiden tarpeen seuranta, henkilö- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvä ohjeistus ja neuvonta, säännöllinen lokivalvonta, ohjeistuksen mukainen hankintaprosessi sekä aktiivinen riskienarviointi. Tietoturvasuunnitelma sekä tietoturva- ja tietosuojapolitiikka katselmoidaan vuosittain ja päivitetään tarvittaessa.

IMS-järjestelmässä on [Tietosuoja- ja tietoturvakäsikirja](#), johon on koottu mm. tietosuojaan, tietoturvaan, hankintoihin sekä henkilö- ja potilastietojenkäsittelyyn liittyvää tietoa ja ohjeita koko henkilöstölle. Käsikirjaa katselmoidaan ja päivitetään säännöllisesti. Myös potilastietojärjestelmään liittyvä [käsikirja](#) on valmisteilla. Potilaana olleilla ja olevilla henkilöillä on mahdollista saada tietoa henkilötietojen käsittelystä mm. [tietosuojaselosteista](#), jotka saa [pyytämällä palvelupisteen hoitohenkilökunnalta](#), [VTH:n nettisivuilta](#), tai olemalla yhteydessä tietosuojavastaavaan. [Vankisairaallalle](#) ja [Psykiatriselle vankisairaallalle](#) on laadittu ohjeet ja [rekisteröidyn seloste](#) VTH:n kameravalvonnan osalta. Valtaosa kameravalvonnasta kuuluu Rikosseuraamuslaitoksen rekisterinpitäjyyden alaisuuteen.

Jokaisella, jolla on tehtäviensä vuoksi oikeus käsitellä potilastietoja, on järjestelmään henkilökohtainen käyttöoikeus. Käyttöoikeus myönnetään potilastietojärjestelmän pääkäyttäjien toimesta. Potilastietojärjestelmän käyttö- ja luovutuslokivalvontaa suoritetaan säännöllisesti. Käyttöoikeuksien ajantasaisuuden valvontaa kehitetään. Työntekijällä on velvollisuus ilmoittaa, mikäli hänen käyttöoikeutensa eivät vastaa työtehtäviä.

3.4.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

VTH:n [tietoturvasuunnitelmassa](#) on kuvattu järjestelmien tietoturvallinen hankinta. Hankintaprosessiin kuuluu tietoturva-vaatimusten ja olennaisten toiminnallisten vaatimusten huomioiminen. Tietoturvasuunnitelman yleinen osa on julkaistu IMS-järjestelmässä ja sen päivityksestä vastaa tietoturvavastaava. Tietoturvasuunnitelman luottamuksellinen osa on saatavissa pyydettyä VTH:n tietoturvavastaavalta. Se sisältää tarkat tekniset tiedot VTH:n käytössä olevista tietojärjestelmistä, sovelluksista ja lääketieteellisistä IoT-laitteista.

Ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa noudatetaan ohjeistuksen mukaista hankintaprosessia, sopimukset laaditaan ja tarkastetaan hankintatiimin toimesta sekä valvotaan, että sopimuksen mukaista toimintaa noudatetaan. Tietojärjestelmähankinnoissa tulee kiinnittää erityistä huomiota tietoturvallisuusvaatimuksiin ja huolehtia myös kyberturvallisuuslain vaatimuksista. Lisäksi CRA kyberkestävyyssäädöksen vaatimusten tulee täytyä lääketieteellisiä IoT-laitteita hankittaessa (Ekg-laitteet, kannettavat sensorit, kuvantamiseen liittyvät laitteet ja yleensäkin verkon yli tietoa siirtävät laitteet).

Toimitusketjun haavoittuvuuksien kasautumisen ehkäisemiseksi VTH:n tulee ostaa palveluita vain toimittajilta, joiden luotettavuus ja tietoturvaosaaminen on asiakirjoin varmistettu. Geopoliittiset riskit on huomioitava

alihankintaketjuja tarkistettaessa. Tietoturavastaavan asiantuntemusta tulee käyttää kaikissa hankinnoissa etenkin, jos hankittava palvelu hyödyntää tekoälyä tai sen taustalla on monimutkainen toimittajaketju.

Pilvipalveluiden hankinnassa tulee käyttää tietoturavastaavalta saatavia ohjeita ja [pilvipalveluiden turvallisuuden arviointikriteeristöä \(Pitukri\)](#).

Rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta huolehditaan mm. henkilöstön koulutuksella ja tietoisuuden lisäämisellä, selkeällä kirjallisella ohjeistuksella ja tarvittaessa henkilökohtaisella neuvonnalla, teknisellä suojauksella ja valvonnalla sekä raportoinnilla.

Jokaisella VTH:ssa työskentelevällä on velvoite ilmoittaa havaitsemistaan tietoturva- ja tietosuojapuutteista, väärinkäytöksistä tai epäilemistään tietoturva- ja tietosuojarikkomuksista esihenkilölle, tietoturavastaavalle ja tietosuojavastaavalle. Ilmoituksen tekemisestä on laadittu [ohjeistus](#). Ilmoitus on mahdollista tehdä myös anonyymina. Ilmoitukset käsitellään ja dokumentoidaan prosessikuvauksen mukaisesti sekä tehdään lakisäätteiset ilmoitukset viranomaisille.

VTH:n tietoturavastaava ilmoittaa valvovalle viranomaiselle merkittävästä poikkeamasta (Kyberturvallisuuslaki/ NIS2 11 §). Ensi-ilmoitus tulee tehdä 24 tunnin kuluessa poikkeaman havaitsemisesta ja jatkoilmoitus 72 tunnin kuluessa poikkeaman havaitsemisesta. Henkilötietojen tietoturvaloukkauksesta on ilmoitettava tietosuojavaltuutetun toimistolle ilman aiheetonta viivytyksiä ja mahdollisuuksien mukaan 72 tunnin kuluessa siitä, kun tietoturvaloukkaus on tullut tietoon. Organisaation [ohjeistuksen](#) mukaan ilmoituksen Tietosuojavaltuutetun toimistoon tekee tietosuojavastaava tai hänen sijaisensa. VTH:lla on velvollisuus ilmoittaa [Valviralle](#), jos tietojärjestelmien olennaisten muutosten merkittävä poikkeama voi aiheuttaa merkittävän riskin asiakas- tai potilasturvallisuudelle tai tietoturvalle. Myös tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvallisuuden häiriöistä on ilmoitettava viipymättä Valviralle.

Palveluissa käytettävän teknologian soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus huomioidaan jo hankintavaiheessa. Palveluiden ja järjestelmien tulee vastata potilaan yksityisyydelle asetettua suojaa ja niiden tulee olla käyttäjätasoisia. Käyttöopastus sisältyy käyttöönoton opastukseen ja perehdytykseen. Hankittavien palveluiden ja teknologioiden soveltuvuutta arvioidaan koko elinkaaren ajan. Potilaalle haltuun annettavan teknologian osalta huomioidaan toimintaympäristö ja potilaan yksilölliset tarpeet.

Potilaalta pyydetään Kanta-informoinnin jälkeen suostumus potilastietovarannon asiakastietojen käyttöön. Potilas voi halutessaan rajata suostumusta kieltojen avulla. Organisaatiossa on määritetty etäpalveluista vastaava henkilö sekä laadittu [ohjeistus henkilökunnalle etäpalveluiden toteuttamista varten](#). Lisäksi etävastaanottotilanteessa potilaalta pyydetään suostumus etävastaanottoon. Suostumus kirjataan potilastietojärjestelmään siten, että se on jälkikäteen todennettavissa. VTH:ssa ei käytetä tekoälyä sisältävää teknologiaa potilastyössä. ICT-palveluiden osalta on varauduttu vikatilanteisiin.

Vankiterveydenhuollolla on käytössä riskienhallintatyökalu, jonka avulla tunnistetaan, hallitaan ja seurataan riskejä. Osana riskientunnistamista hyödynnetään henkilöstön tekemiä poikkeamailmoituksia. Tietosuoja-, tietoturva- ja ICT- palveluihin liittyviä riskejä seurataan ja raportoidaan THL:lle säännöllisesti. Johdon ja asiantuntijoiden SHQS-itsearviointia suoritetaan suunnitellusti. Itsearviointin tulokset täydentävät tilannekuvaa

sekä mahdollistavat vaikuttavan toiminnan tuottamista. Tietoturvan- ja tietosuojan osalta teetetään myös ulkopuolisia auditointeja, josta saadut mahdolliset epäkohdat korjataan.

Vankiterveydenhuolto huolehtii tietoturvan hallintamallin avulla tietoturvan kokonaisuuden hallinnasta. Hallintamallin vuosikelloon on merkitty säännölliset raportoinnit tietoturvatilanteesta, haavoittuvuuksien hallinta, havaittujen kehittämistoimenpiteiden edistäminen ja säännöllisiin tietoturvaharjoituksiin osallistuminen. Myös henkilökunnalle suunnattu ohjeistus päivitetään vuosittain.

Palvelunjärjestäjän tietoturvasuunnitelma:

Laadittu	Päivitetty	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
13.12.2023	30.1.2025	Tietoturvavastaava	Tietoturvavastaava	Tietoturvavastaava

3.4.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

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.

Vankiterveydenhuollon yksikössä tartuntatautien torjuntaa ja valvontaa koordinoi tartuntatautiyksikkö, johon kuuluvat tartuntataudeista vastaava lääkäri ja hänen sijaisensa, jotka tekevät vastuutehtävää oman toimen ohella, sekä kaksi osa-aikaisesti tehtävää suorittavaa hygieniahoitajaa. Tartuntatautiyksikön lisäksi paikallisesta infektioidentorjunnasta vastaavat alueelliset hygieniayhdyshenkilöt. Yhdessä tartuntatautiyksikkö, osastonhoitajat, Lääkekeskuksen johtaja ja siivoustyönjohtaja muodostavat hygieniatyöryhmän.

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, erityisesti VTH:n [infektioidentorjuntaohjelmaan](#), suun terveydenhuollon [hygieniasuunnitelmaan](#) ja VTH:n [infektioidentorjuntaohjeisiin](#). 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.

Vankiterveydenhuollon yksikön tartuntataudeista vastaava lääkäri:

Hanna Hemminki-Salin, hanna.hemminki-salin(at)vth.fi, 029 524 5551
--

Palvelunjärjestäjän infektioidentorjuntaohjelma:

Laadittu	Päivitetty	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
11.12.2018	27.3.2025	VTH tartuntatautiyksikkö	VTH tartuntatautiyksikkö	VTH tartuntatautiyksikkö

Palvelutuotannon (suun terveydenhuolto) hygieniasuunnitelma:

Laadittu	Päivitetty	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
6.4.2021	23.9.2025	Hygieniahoitaja	Ylihammaslääkäri, Suun terveydenhuollon osastonhoitaja	Ylihammaslääkäri, Hygieniahoitaja

3.4.6 Lääkehoitosuunnitelma

Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma:

Laadittu	Päivitetty	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
22.9.2021	29.8.2025	Lääkekeskuksen johtaja ja vastaava ylilääkäri	Vastaava ylilääkäri	Palveluyksikön johtoryhmä, pj vastaava ylilääkäri

Lääkitysturvallisuuden itsearviointien käyttöönotto on kehittämistyön alla. Itsearviointit yhdessä poikkeamista ilmoittamisen sekä lääkehuollon ohjauksen kanssa osaltaan varmistavat lääkehoitosuunnitelman toteutumisen seuranta.

3.4.7 Lääkinnälliset laitteet

[Lain lääkinnällisistä laitteista \(719/2021\)](#) luvussa neljä määrittää lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän termi sekä kuvataan ammattimaista käyttöä koskevat yleiset vaatimukset kuten ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilön nimeäminen sekä ammattimaisen käyttäjän varmistettavat asiat kuten henkilökunnan laiteosaaminen, laitteen viranomaisluvan tarkistaminen, käyttöohjeiden noudattaminen, laitteiden seurantajärjestelmä sekä vaaratilanteista ilmoittaminen

Uuden työntekijän perehdytykseen kuuluu myös laiteturvallisuus, luku 5.3 [Perehdyttämissuunnitelmassa](#). Lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käytön vastuuhenkilö on kouluttanut henkilökuntaa

vaaratilanneilmoitusten tekemiseen ja sen perusteisiin. Kaikki laitevastaavat ovat saaneet syvällisemmän koulutuksen laitelakiin.

Vankiterveydenhuollossa kaikki lääkinnällisiä laitteita käyttävät suorittavat [laitepassin](#), jossa jokaisen laitteen osaamiselle on määritetty passin voimassaoloaika. Suoritusten seurannasta vastaavat lähiesihenkilöt.

Palvelupisteissä on nimettyä laitevastaavat, jotka huolehtivat mm. laitteiden kalibroinnista, laiterekisterin ylläpidosta ja säännöllisten huoltojen tilaamisesta yhteistyössä osastonhoitajan kanssa.

Lääkinnällisistä laitteista ylläpidetään [laiterekisteriä](#) palvelupistekohtaisesti. Potilaalle luovutetaan VTH:ssa vain muutamia lääkinnällisiä laitteita kuten verensokeri-, verenpaine- ja PEF-mittareita seurantaan. Tästä tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin ja kirjataan myös laitteen sarjanumero ylös. Katso tarkemmin [Potilaalle luovutetut lääkinnälliset laitteet](#). Vankiterveydenhuollon yksikössä voidaan potilaalle luovuttaa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä [STM:n luovutusperusteiden mukaisesti](#).

Lääkinnällisiin laitteisiin liittyvistä vaaratilanteista henkilökunta tekee ilmoituksen Laatuporttiin potilasturvallisuusilmoituksena. Osastonhoitaja ottaa yhteyttä lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilöön, joka tekee ilmoituksen Fimeaan, kun lain kriteerit täyttyvät ilmoituksen tekemiseksi. Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin liittyvät ilmoitukset Valviraan tekee tietoturavastaava. Tarkemmat ohjeet [VTH:n laiteturvallisuussuunnitelmassa](#).

Vankiterveydenhuollon yksikön lääkinnällisten laitteiden ammattimaisen käytön vastuuhenkilö:

Maija Kinos-Jehkonen, maija.kinos(at)vth.fi, 029 524 5777

[Vankiterveydenhuollon laitevastaava listalta](#) löytyvät palvelupisteiden laitevastaavien yhteystiedot.

Palvelunjärjestäjän laiteturvallisuussuunnitelma:

Laadittu	Päivitetty	Päivittämisestä vastaa	Toteutumisesta vastaa	Seurannasta vastaa
28.2.2024	5.5.2025	Lääkinnällisten laitteiden vastuuhenkilö	Osastonhoitajat	Lääkinnällisten laitteiden vastuuhenkilö

Taulukko 3: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **laatua ja turvallisuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi	OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN – PALVELUIDEN LAATU JA TURVALLISUUS: Ehkäisy- ja hallintatoimet
Laadulliset edellytykset		
Digitaalisten palveluiden potilasinformaation laatua ei ole kaikilta osin varmistettu.	Riskitaso 2	Vankipäätteen ja etäpalveluihin liittyvän vankiterveydenhuollon sisällön kehittäminen.
Riskiarviointien kattavuus ei ole riittävää.	Riskitaso 3	Riskiarviointien eri osa-alueiden (strategiset riskit, operatiiviset riskit, tietoturvariskit ja työsuojeluriskit) kehittäminen ja aikataulutaminen (riskienhallinnan toimintaohje).
Toimitilat ja välineet		
Vankisairaalan tilat teknisesti vanhentuneet ja sisäilmassa epäpuhtauksia.	Riskitaso 3	Rakennuskorjaussuunnitelma ja sisäilmakorjaus työn alla.
Tietosuoja		
Henkilöstön riittämätön tai vanhentunut osaaminen tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvissä asioissa.	Riskitaso 3	Koulutustarpeen jatkuva seuranta ja arviointi. Henkilöstön kohdennettu koulutus ja koulutusohjelman laaja käyttö. Tietosuoja- ja tietoturva-asiat osana perehdytystä. Velvoittavien koulutusten suoritusseuranta.
Mahdollinen puutteellinen potilastiedon kirjaaminen.	Riskitaso 2	Ohjeistus ja koulutus kirjaamisen käytänteistä. Potilastietojen laadun seuranta ja arviointi. Henkilöstön toimintaohjeistus poikkeamatilanteissa.
Teknologia		
Ohjelmisto-, laite- tai muut toimintahäiriöt. Sähkökatkos tai tietoliikennehäiriö.	Riskitaso 4	Poikkeamien ilmoitusprosessi on laadittu ja jalkautettu käytäntöön. Hallintatoimet on kuvattu varautumissuunnitelmassa. Organisaatiossa on harjoiteltu vaihtoehtoista toimintatapaa kriittisten häiriöiden varalle.
Tietojärjestelmähaavoittuvuus	Riskitaso 2	Organisaatiolla on käytössä automatisoituja järjestelmiä, jotka seuraavat ja raportoivat haavoittuvuuksia. Tietoturvavastaava seuraa käytössä olevien järjestelmien haavoittuvuuksia. Järjestelmätoimittaja jakelee päivitykset automaattisesti.
Tietojärjestelmän laitton käyttö (kalastelut, tietomurrot, huijaukset).	Riskitaso 3	Organisaatiolla on käytössä useita järjestelmiä, jotka tuottavat ajantasaisen tilannekuvan. Henkilökuntaa on koulutettu ja ohjeistettu huijauksien sekä kalastelun tunnistamiseen.
Infektioiden torjunta		
Pistostapaturmariski eri hoitotilanteissa.	Riskitaso 3	Turvaneulojen ja turvapuudutusruiskujen käyttö. Huolellisuus toimenpiteessä, henkilöstön rokotussuoja.

Hygieniahoitajaresurssi ei ole riittävä.	Riskitaso 3	Resurssin lisäämisen edistäminen.
Lääkitysturvallisuus		
Lääkitysturvallisuuden itsearviointit eivät ole systemaattisesti käytössä.	Riskitaso 2	Kehitetään lääkitysturvallisuuden itsearviointeja.
Laiteturvallisuus		
Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden hankinta, hallinta ja luovutusperiaatteet eivät ole selkeät tai yhdenmukaiset	Riskitaso 3	Apuvälineiden ja niiden huollon kilpailutus ja hankinta. Apuvälinerekisterin kilpailutus sekä hankinta. VTH-ohje apuvälineiden luovutuksesta niiltä kohdin, jonka valtakunnalliset lääkinnällisten apuvälineiden luovutusperusteet mahdollistavat.

3.5 Potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden ja laadun sekä potilasturvallisuuden varmistamisessa ja kehittämisessä.

Ensisijaisesti henkilöstö nimitetään vakituisiin virkasuhteisiin. Määräaikaisia palvelussuhteita käytetään tilanteissa, joissa työnteen tarve on ajallisesti rajoitettua tai tilapäistä. Työ on toiminnan tarpeen mukaisesti koko- tai osa-aikaista. Ostopalveluhenkilöstöä käytetään tilanteissa, joissa rekrytointi virkaan ei ole onnistunut sote -alan rekrytointihaasteista johtuen.

Vankiterveydenhuollon palveluita ei kosketa erityislainsäädännöstä tulevat henkilöstömitoitusta ja resursointia koskevat vaatimukset, koska julkinen terveydenhuolto ei ole tällä hetkellä luvanvaraista toimintaa. Vankiterveydenhuollon palveluiden toimintaedellytyksiä ohjaavat palvelujen järjestäminen ja niiden saanti riittävällä tavalla siten, että toiminta on mahdollista toteuttaa hoidon laadun, potilasturvallisuuden ja työturvallisuudesta muodostuvien näkökulmien kautta.

Vankiterveydenhuollon yksikön henkilöstösuunnittelu on osa toiminnan ja talouden suunnittelua. Henkilöstösuunnittelulla varmistetaan, että palveluyksiköillä on käytössään riittävä määrä henkilöstöä. Vankiterveydenhuollon yksikön palveluyksiköt seuraavat oman henkilöstönsä riittävyyttä (virkojen täyttöaste, poissaolojen määrä). Toiminnan kannalta kriittiset henkilöstöresurssit pyritään varmistamaan työnjohdollisesti esimerkiksi tehtävien jaolla ja sijaisjärjestelyin sekä erilaisin tavoitettavuusjärjestelyin.

Kelpoisuusvaatimuksena terveydenhuollon ammattihenkilön tehtäviin on oikeus toimia [terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain \(559/1994\)](#) 2 §:ssä tarkoitettuna laillistettuna tai nimikesuojattuna ammattihenkilönä. Kaikkien työntekijöiden osalta kelpoisuus todennetaan rekrytoinnin yhteydessä ja tämän jälkeen säännöllisesti vuosittain.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla hänen hoitamiensa tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito. Suomessa koulutuksen suomen tai ruotsin kielellä saaneen terveydenhuollon ammattihenkilön kielitaito sisältyy tutkintoon ja riittävä suomen ja ruotsin kielen taito osoitetaan tutkintotodistuksella. Muulla kielellä koulutuksen saaneen tulee osoittaa kielitaito kielitutkinnolla tai todistuksella.

Uusille työntekijöille on perehdytysohjelma ja sen arviointiin on sovittu menettelytapa ([webropol kysely](#)). Perehdytysohjelma, lääkehoitosuunnitelma ja omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain. Työntekijä vastaa hyväksynnällään, että on lukenut ja ymmärtänyt perehdytysohjelman sisällön, ja terveydenhuollon henkilöstö lisäksi sähköisellä kuittauksella lääkehoitosuunnitelman ja omavalvontasuunnitelman sisällön. Uusien työntekijöiden perehdytyksessä käsitellään myös VTH:n riskienhallintakäytännöt, poikkeamailmoitusmenettely sekä ohjeiden ja turvallisuusohjelmien sijainti ja sisältö. Esihenkilöt vastaavat perehdytyksen toteutumisesta. Perehdyttävälle nimetään oma perehdyttäjä. Perehdytysohjelmassa on huomioitu mm. potilasasiakirjakäytännöt sekä laitteiden ja tarvikkeiden käyttö. Yhteisen potilastietojärjestelmän käyttöä ohjeistaa pääkäyttäjä, rekisterinpitäjänä on VTH.

Palvelupisteen esihenkilö seuraa koulutussuunnitelman ja täydennyskoulutusveloitteen toteutumista. Täydennyskoulutuspäivien määrä on oltava riittävä tehtävän vaatimus huomioiden. Kts [Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta](#). Viranomaisten määräämät / suosittelemat koulutukset on määritelty VTH:n osaamisen vahvistamisen suunnitelmassa olevan [erillisen taulukon](#) mukaisesti (esim. EA-koulutus, alkusammutuskoulutus jne). Lääkehoitoon liittyvät luvat (teoria, tentti, näyttö, lupa) ja lisälaatuvaatimukset ovat kuvattuna VTH:n [lääkehoitosuunnitelmassa](#). [Laittepassimenettely](#) on käytössä. Lisäksi jokainen terveydenhuollon työntekijä veloitetaan suorittamaan PEDASafety potilasturvallisuuden digitaalinen koulutuskokonaisuus (4 h). Koulutuksiin osallistuminen, luvat ja pätevydet tallennetaan osaamisen hallinnan ohjelmistoon.

Kehityskeskustelu sisältää osaamisen, ammattitaidon ja sen kehittymisen seurannan. Kehityskeskustelut käydään säännöllisesti 1-2 x vuodessa. Työn sujuvuutta tuetaan [varhaisen tuen mallin](#) mukaisesti.

Sairaanhoitajaopiskelijan ammattioikeuksista ja palkkauksesta on [ohje IMS:ssä](#). Lääkehoidon toteuttamisesta sijaisena toimivan sairaanhoitajaopiskelijan osalta löytyy [lääkehoitosuunnitelman](#) kappaleesta 4 (lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja työnjako) sekä kappaleesta 5.1.4 (sijaisena toimivan sairaanhoitajaopiskelijan lääkehoidon luvat). Sijaisena toimivan sairaanhoitajaopiskelijan [lääkelupalomake löytyy täältä](#). Palvelupisteen lähiesihenkilö (osastonhoitaja) varmistaa, että sairaanhoitajaopiskelijan edellytykset toimia sijaisena täyttyvät, ja että ohjaaja on kirjallisesti nimetty ja että hän ymmärtää ohjaus- ja valvontavelvollisuutensa.

Lääketieteen, hammastieteen ja farmasian opiskelijoiden oikeuksista ja toimisesta sijaisena löytyy ohjeet [Turvallinen lääkehoito-opas 2021 sivu 41 kappale 4.9.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön sijaisena](#) sekä [laista Terveydenhuollon ammattihenkilöistä \(559/1994\) 2 luku](#).

Jokaisesta työntekijästä tehdään henkilöturvallisuusselvitys (turvallisuusselvityslaki [726/2014](#)) ennen työssä aloittamista. Turvallisuusselvitykset tehdään yhteistyössä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa. Turvallisuusselvitys sisältää rikostaustan selvittämisen.

Henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta Henkilöstöbarometri- ja Pulssi -kyselyillä. Kyselyiden tulokset käsitellään yhdessä henkilöstön kanssa. Lisäksi käytössä on [opiskelijapalaute](#), [perehdytyspalaute](#) ja [lähtökysely](#). Kyselyistä nousseet kehittämistehtävät kirjataan Laatuportti -ohjelmistoon. [Palaute palveluiden kehittämiseksi](#) on kuvattu kappaleessa 4.3.

Palveluyksikön henkilöstön määrä ja rakenne hoitohenkilökunnan osalta (tilanne voi vaihdella useita kertoja vuodessa):

Palvelupisteet: poliklinikat hammashoitolat osastot	Nimike	Htv:t yht	Palvelupisteen aukioloajat:
Vankisairaala:			
Vankisairaala	Fysioterapeutti Toimintaterapeutti Laboratorionhoitaja	2 1 1	
Osasto 2.1 ja 2.2	Sairaanhoitaja Osastonylilääkäri	12 1	24 h
Osasto 3	Sairaanhoitaja Osastonylilääkäri	8 1	24 h
Psykiatrinen vankisairaala:			
Turun yksikkö	Asiantuntijaylilääkäri Psykiatrin ylilääkäri Oikeuspsykiatria erikoistuva lääkäri Toimintaterapeutti	1 1 2 1	ma ja ti ma-pe + vklpäivystys vaihtelee tarjonnan mukaan
Vantaan yksikkö	Lääkärit	2	
Osasto 1	Sairaanhoitaja Lähihoitaja Osastonylilääkäri	17 1 1	24 h ma-pe + vklpäivystys
Osasto 2	Sairaanhoitaja Lähihoitaja Osastonylilääkäri	17 1 1	24 h ma-pe + vklpäivystys
Osasto 3	Sairaanhoitaja Osastonylilääkäri Toimintaterapeutti	7 2 0,2	ma-su 7-19 ma-pe ke (ostopalvelu)

Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi	OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN – HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYS JA OSAAMINEN: Ehkäisy- ja hallintatoimet
Riittävän koulutustason seuraaminen ei ole systemaattista.	1	Järjestelmätuen lisääminen (HRD-ohjelmisto).

3.6 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Potilasasiavastaava antaa ensisijaisesti tietoa potilaan oikeuksista ja auttaa tarvittaessa tekemään muistutuksen tai kantelun hoidosta tai korvaushakemuksen hoitovirheestä. Hän ei tee päätöksiä eikä voi muuttaa viranomaisten tekemiä päätöksiä. Rooli on ohjaava ja avustava. Yhteystiedot ovat potilaiden saatavilla vankiloiden ilmoitustauluilla ja VTH:n internetsivustolla. Yhteyttä otetaan kirjeitse, soittamalla tai sähköpostilla. Yhteyttä ottavat potilaat, heidän omaisensa tai asianajajat. Potilasasiavastaava pitää tilastoa yhteydenotoista.

Vankiterveydenhuollon yksikön potilasasiavastaava:

Erikoissuunnittelija Sari Koskue
sari.koskue(at)vth.fi, 029 524 5625

Potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaava henkilö:

Psykiatrian ylilääkäri Elina Huhta (vt)
elina.huhta(at)vth.fi, 029 524 5653

Vankiterveydenhuollon palveluja tuotetaan yhdenvertaisesti siten, ettei ihmisiä aseteta eri asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Potilaiden yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys varmistetaan noudattamalla lainsäädäntöä kouluttamalla henkilöstöä sekä kehittämällä palveluprosesseja systemaattisesti. Epäasialliseen kohteluun puututaan viivytyksettä, ja hoitoa on saatavilla sijoituspaikasta riippumatta. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri otetaan huomioon hoidossa ja kohtelussa.

Hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan tiedonsaantioikeus turvataan siten, että hänelle annetaan ymmärrettävässä muodossa tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon varmistetaan henkilökohtaisella tuella, tulkkauspalveluilla

sekä ymmärrettävällä viestinnällä. Potilaat voivat osallistua palveluiden ja päätöksenteon kehittämiseen palautteen, kuulemisten ja keskustelujen kautta.

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.

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa laaditaan tarvittaessa tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma, josta ilmenee hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Hoitosuunnitelmat laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa. Suunnitelma sisältää tiedot hoidon tarpeista, tavoitteista, toimenpiteistä ja vastuista. Suunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään ja päivitetään tilanteen muuttuessa. Potilas saa tutustua suunnitelmaan ja pyytää muutoksia. Yhteisen potilastietojärjestelmän myötä kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on mahdollisuus nähdä ajantasainen suunnitelma.

Potilas saa tutustua hänestä talletettuihin tietoihin ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista tietosuojaselosteen mukaisesti. Hoitoa jonottamaan joutuvalla ilmoitetaan hoitoon pääsyn ajankohta [erillisen ohjeistuksen mukaisesti](#).

Kaikille työntekijöille tarjotaan selkeät toimintaohjeet ja koulutusta potilaita koskevaan päätöksentekoon liittyen. Päätökset dokumentoidaan huolellisesti ja perustellaan lainsäädännön ja ohjeistuksen mukaisesti. Muutoksenhakukelpoisiin päätöksiin liitetään muutoksenhakuohjaus ja potilaita ohjataan oikeuksiensa käyttämiseen. Potilasasiavastaava auttaa tarvittaessa. Palveluprosessien laatua seurataan säännöllisesti muun muassa auditoinnein, arvioinnein ja potilaspalauttein.

Taulukko 5: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi	OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN – POTILAAN YHDENVERTAISUUS, OSALLISUUS, ASEMA JA OIKEUDET: Ehkäisy- ja hallintatoimet
Yhdenvertaisuus ei toteudu	Riskitaso 2	VTH:ssa on organisoitu uusia yksiköitä: päihdeyksiköt ja neurokirjon tiimi arvioinnin ja hoidon yhdenmukaistamiseksi.
Potilaiden osallisuus hoidon suunnittelussa ei toteudu	Riskitaso 3	Hoito suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa hänen tarpeidensa, toiveidensa ja tavoitteidensa pohjalta.
Viestintä ei ole selkeää potilaille	Riskitaso 3	Potilaan toimintakyky, kielitaito tai kognitiiviset rajoitteet huomioidaan yksilöllisesti ja tarjotaan tarvittaessa kohdennettua tukea esim. tulkkipalvelu.

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely ja toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Vankiterveydenhuollon yksikössä palvelunjärjestäjää edustavat VTH:n johtaja sekä hallinto- ja tukipalvelujohtaja alaisineen. Palvelunjärjestäjän kanssa samoissa johtoryhmissä (operatiivinen ja/tai strateginen) ovat palvelutuotannon vastuuhenkilöt eli vastaava ylilääkäri, ylihammaslääkäri, psykiatrian ylilääkäri ja ylihoitajat. Keskeisimmät riskit ja niiden hallintamenettelyt tulevat raportoiduksi näissä johtoryhmissä sekä omavalvontatyöryhmässä, jossa on hallinto- ja tukipalveluiden edustajien lisäksi edustus palvelutuotannosta (potilasturvallisuusvastaava). Omavalvontasuunnitelman riskiperusteisen seurannan menettelytapa on vielä kehittämistyön alla. Systemaattisen riskienarvioinnin tuloksista palvelunjärjestäjälle raportoivat VTH:n johtoryhmissä tällä hetkellä myös työsuojelupäällikkö ja tietoturavastaava. Riskienhallinnan kokonaisuus vaatii VTH:ssä kehittämistä (kts kappale 3.4.1).

[Valvontalain 29§:n](#) mukainen [ilmoitusvelvollisuus epäkohdista tai niiden uhasta on ohjeistettu](#) ja [henkilökunta on koulutettu](#) menettelytapaan [valvontalain 30§:n](#) mukaisesti. Epäkohtien ilmoitusvelvollisuudesta tarvitaan kuitenkin lisäkoulutusta. **Epäkohtailmoitukset** menevät käsiteltäväksi kohdeyksikön esihenkilölle. Ilmoittaminen ja käsittely tapahtuvat Laatuportissa. Epäkohtailmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava ja ilmoituksen tehnyt henkilö voi ilmoittaa asiasta salassapitosäännösten estämättä valvontaviranomaiselle, jos epäkohtaa tai ilmeisen epäkohdan uhkaa taikka muuta lainvastaisuutta ei korjata omavalvonnallisin keinoin. Ne epäkohdat, joista aloitetaan vakavan tapahtuman tutkinta, ilmoitetaan aluehallintovirastolle [vakavan tapahtuman toimintaohjeen](#) mukaisesti.

VTH:ssä ilmoitetaan ja käsitellään Laatuportissa seuraavat epäkohdat ja **poikkeamat**:

- [potilasturvallisuusilmoitukset](#) (nk. vaara- ja haittatapahtumat)/ [epäkohtailmoitukset](#) (puute tai lainvastaisuus potilaan hoidossa tai kohtelussa)
- [työturvallisuusilmoitukset](#) (poikkeamassa osallisena työntekijä)
- [tietoturva- ja tietosuojapoikkeamat](#)

Laatuportissa eri poikkeamatyypit ovat alavetovalikkona (mihin ilmoitus liittyy) yhden ilmoituslinkin takana.

Näistä epäkohdista ja poikkeamista voidaan tarvittaessa tehdä Laatuportissa vakavan tapahtuman tai vakavan vaaratapahtuman tutkinta, joka on kuvattu kappaleessa 4.2. Potilasturvallisuusilmoituksen voi tehdä myös potilas tai valvontahenkilöstö manuaalisen lomakkeen avulla, josta VTH:n henkilökunta siirtää tiedot Laatuporttiin merkiten ilmoittajaksi joko potilaan tai Rikosseuraamuslaitoksen henkilökunnan. Jos ulkopuolinen terveydenhuollon ammattilainen haluaa tehdä organisaatorajat ylittävän potilasturvallisuusilmoituksen, ottaa hän yhteyttä VTH:n potilasturvallisuusvastaavaan, joka siirtää tiedot Laatuporttiin merkiten ilmoittajaksi Ulkopuolinen terveydenhuolto.

Potilasturvallisuus- ja epäkohtailmoitukset sekä työturvallisuusilmoitukset käsittelee kohdeyksikön esihenkilö, tietoturva- ja tietosuojapoikkeamat tietoturvavastaava ja tietosuojavastaava. Merkittävimmät epäkohdat ja poikkeamat (riskiluokka 4 ja 5) käsitellään omavalvontatyöryhmässä ja raportoidaan kehittämistoimineen

kolmesti vuodessa valvontalain edellyttämällä tavalla. Samassa yhteydessä varmistetaan, että omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla. Lisäksi oppimisen näkökulmasta ja hyvien käytäntöjen levittämiseksi merkittäviä ja usein toistuvia poikkeamia käsitellään organisaatiotasoisesti potilasturvallisuusvastaavan koordinoimana yhdessä esihenkilöiden ja vastuuhenkilöiden kanssa neljä kertaa vuodessa sekä palvelupisteiden/-alueiden henkilökuntakokouksissa noin kerran kuukaudessa.

”Whistleblowing” eli väärinkäytösepäilysten ilmoittaminen tarkoittaa puolestaan sitä, että henkilö, joka työnsä yhteydessä havaitsee tai epäilee yleisen edun vastaista toimintaa, tiedottaa organisaatiotaan havainnoistaan. Nämä väärinkäytösepäily -ilmoitukset liittyvät esimerkiksi julkisiin hankintoihin tai yksityisyyden ja henkilötietojen suojaan sekä verkko- ja tietojärjestelmien turvallisuuteen. [Väärinkäytösepäilysten ilmoittaminen on VTH:ssä ohjeistettu](#), ja niiden ilmoittaminen ja käsittely tapahtuvat webropolissa.

VTH:n henkilökunta voi joutua tekemään myös **ennakollisen lastensuojeluilmoituksen**. Ohjeena käytetään [THL:n Lastensuojelun käsikirjaa](#) ja ilmoittamista varten on laadittu [lomake](#).

Kappaleessa 3.4.7 on kuvattu, miten ilmoitetaan [Lain lääkinnällisistä laitteista \(719/2021, 33§\)](#) mukaisesti **lääkinnällisistä laitteista johtuvista vaaratilanteista**. Kappaleissa 3.4.3 ja 3.4.4 on kuvattu, miten ilmoitetaan [asiakastietolain 90 § 2 mom](#) mukaisesti tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista ja tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvallisuuden häiriöistä sekä miten ohjeistetaan [kyberturvallisuuslain NIS2 - ilmoitusvelvollisuus](#).

4.2 Vakavien tapahtumien tutkinta

Esihenkilöiden ja asiantuntijoiden, jotka saavat käsittelyyn Laatuportin ilmoitukset, on ohjeistettu aloittamaan ilmoituksen käsittely kolmessa vuorokaudessa ilmoituksen saapumisesta ja tekemään tapahtuman riskiarvio. Tällä varmistetaan, ettei vakavan tapahtuman tutkinnan aloittaminen viivästy. Mikäli riskiarvio viittaa vakavaan tapahtumaan (erityisesti riskiluokat 4 ja 5), ottaa esihenkilö yhteyttä tutkinnasta vastaavaan vastuuvirkahenkilöön. Tutkinnan aloittaminen ja prosessi on kuvattu tarkemmin [Vakavien tapahtumien tutkintaohjeessa](#).

Työntekijöiden ja työryhmän jälkihoidossa noudatetaan ohjetta [Vakavan kriisin jälkihoito](#).

Vakavan tapahtuman tutkintoja käsitellään omavalvontaryhmässä sekä organisaatiotasoisesti operatiivisessa johtoryhmässä. Potilasturvallisuusvastaavan koordinoimana käsitellään tutkinnassa syntyneitä parannusehdotuksia yhdessä esihenkilöiden ja vastuuhenkilöiden kanssa neljä kertaa vuodessa tapahtumista oppimiseksi ja hyvien käytänteiden käyttöön saattamiseksi. Kokouksissa seurataan myös, miten vakavien tutkintojen suositukset on otettu käyttöön arjen työssä. Valvontalain mukaisesti kehittämistoimenpiteiden seuranta raportoidaan tarvittavilta osin julkisesti kolmesti vuodessa. Vakavien tapahtumien tutkinnan ensisijaisena tarkoituksena on saavuttaa laaja-alaisia ja vaikuttavia muutoksia palveluiden saatavuuden, jatkuvuuden, turvallisuuden, laadun ja yhdenvertaisuuden parantamiseksi systeemiä lähtöiseen ajatteluun ja syyllistämättömyyden kulttuuriin perustuen.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Edellä on kuvattu, miten epäkohtailmoitusten ja poikkeamien (ml. haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset) käsittelyssä mahdollisesti esiin tullutta epäkohdista tai puutteista kertovaa tietoa hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Epäkohtien ja poikkeamien käsittelyn ja/tai tutkinnan lisäksi palautetietoa saamme

- suullisesti saadusta palautteesta
- kenttähaastatteluista
- potilastyytyväisyyskyselyistä
- muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoilmoituksista
- potilasasiavastaavatoiminnasta
- henkilöstön, omaisten ja sidosryhmien palautekyselyistä palveluiden kehittämiseksi sekä
- valvovalta viranomaiselta

Potilailta kerättävä palaute on kuvattu ohjeessa [Potilaspalautejärjestelmä](#). Potilaille suunnattu informaatio eri potilaspalautekanavista on [potilasesitteessä](#). Henkilöstön tietoisuus eri palautekanavista varmistetaan siten, että henkilöstö on veloitettu lukemaan perehdytysohjelma ja omavalvontasuunnitelma sekä niiden päivitysversiot. Eri palautekanavien muutoksista, tuloksista ja ohjeistuksista raportoidaan esim. IMS-uutisilla.

[Muistutusten ja kanteluiden käsittelyprosessi](#) on kuvattu IMS:ssä.

Palveluyksikön muistutusten käsittelystä vastaava:

Vastaava ylilääkäri Hanna Hemminki-Salin
hanna.hemminki-salin(at)vth.fi, 029 524 5551

Muistutusten käsittelyn määräaika:

1 kuukausi

Henkilöstöltä, omaisilta ja sidosryhmiltä kerätään palautetta palveluiden kehittämiseksi ympäri vuoden. Kyselyssä pyydetään palautetta palveluiden saatavuudesta, jatkuvuudesta, turvallisuudesta ja laadusta sekä potilaiden yhdenvertaisuudesta. Tulokset analysoidaan kolmesti vuodessa, jolloin tarkistetaan edellisen jakson kehittämistehtävien eteneminen ja nimetään uudet kehittämistehtävät saadun tiedon valossa. Tulokset ja kehittämistehtävät raportoidaan sekä sisäisesti että julkisesti valvontalain edellyttämällä tavalla. Näin saatua palautetta hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Omaisille ja sidosryhmille palautekyselyn linkki on [VTH:n internetsivustolla](#) ja henkilöstölle [IMS:ssä](#).

Vankiterveydenhuollon yksikön valvovia viranomaisia ovat Lupa- ja valvontavirasto, Eduskunnan oikeusmiehen kanslia ja Fimea. **Valvontaviranomaisen** antama ohjaus omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämiseksi käsitellään ohjaus- ja arviointikäynneiltä ja tarkastuksista syntyneiden [muistioiden ja pöytäkirjojen](#) muodossa omavalvontatyöryhmässä. Dokumenteista nostetaan esille keskeisimmät kehittämistehtävät, joiden toteutumista seurataan Laatuportissa. Samalla tavalla käsitellään myös valvovan viranomaisen omavalvontaan

käsiteltäväksi kääntämät ilmoitukset. Valvovan viranomaisen omana aloitteena esiin nostamien asioiden päätöksistä ja kantelupäätöksistä tiedon saa kohdeyksikön esihenkilö. Vankiterveydenhuollon yksikössä kehitetään menettelytapoja valvontaviranomaisen ohjauksen ja päätösten huomioimiseksi koko organisaatiossa.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Jokaisesta epäkohdasta tai poikkeamasta ilmoituksen käsittelijä selvittää myötävaikuttaneet tekijät ja tapahtuman seuraukset, arvioi riskitason sekä pyytää selvityksiä ja asettaa toimenpiteitä vastaavan tapahtuman ennaltaehkäisemiseksi jatkossa. Jos tapahtuma on vakava, voidaan tehdä juurisyyanalyysi tai vakavan tapahtuman tutkina (kts kappale 4.2). Lopuksi ilmoituksen käsittelijä tekee jäännösriskiarvion ja yhteenvedon saamiensa selvitysten perusteella sekä antaa yhteenvedon tiedoksi ilmoittajalle ja muille asianosaisille. Merkittävät epäkohdat ja poikkeamat (riskitaso 4 ja 5) käsitellään henkilökuntakokouksissa, omavalvontatyöryhmässä ja/tai potilasturvallisuustapahtuman koordinoimassa työryhmässä yhdessä esihenkilöiden ja asiantuntijoiden kanssa. Vakavien tapahtumien ja vaaratapahtumien tutkinnat kehitämistoimien käsitellään lisäksi operatiivisessa johtoryhmässä.

Epäkohtiin, poikkeamiin ja vakavien tapahtumien tutkintoihin liittyvät kehitämistoimet kirjataan joko ilmoituskohtaisesti tai yleisempinä kehittämistehtävinä Laatuporttiin. Muun palautetiedon seurauksena nimetyt kehitämistoimet kirjataan muistutusten osalta itse vastaukseen ja yleisimpinä anonymisoituna kehittämistehtävinä Laatuporttiin. Sekä ilmoituskohtaisten epäkohtien, poikkeamien ja vakavien tutkintojen että yleisempien kehittämistehtävien nimeämisen yhteydessä määritellään tehtävän vastuuhenkilö ja aikataulu. Laatuportti muistuttaa vastuuhenkilöä määräajoista.

Vankiterveydenhuollon yksikössä on kehitettävää koko palautejärjestelmän ja siitä saatavan tiedon hyödyntämisen osalta. Aloitamme omavalvontasuunnitelman riskiperusteisen seurannan, epäkohtailmoitusten, potilasasiavastaavan havaintojen sekä valvontaviranomaisen ohjauksen ja päätösten paremmalla hyödyntämisellä toiminnan laadun parantamiseksi. Jatkossa myös poikkeamien sekä muistutusten ja kanteluiden hyödyntämisessä on parannettavaa toiminnan turvallisuuden ja laadun lisäämiseksi.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Palveluiden saatavuuden, jatkuvuuden, turvallisuuden ja laadun seuraamiseksi on VTH:ssa määritelty [mittarit](#), joiden tulokset analysoidaan ja raportoidaan kolmesti vuodessa valvontalain edellyttämällä tavalla. Samalla nimetään tulosten perusteella kehittämistehtävät ja seurataan edellisen seurantajakson kehittämistehtävien etenemistä. Seuranta ja raportointi tapahtuvat omavalvontaryhmässä ja tarvittavilta osin VTH:n johtoryhmässä. Seurantatiedot julkaistaan palvelupisteissä ja [VTH:n internetsivustolla](#).

Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan myös [VTH:n valvonta- ja arviointisuunnitelman](#) mukaisesti, joka vahvistetaan vuosittain. Suunnitelmassa määritellään valvonnan kohdeyksiköt, käytettävät menetelmät ja alustava aikataulu. Jatkossa on tarkoitus tehdä vuosittain VTH:n yhteinen valvonta- ja arviointikertomus, joka pitää sisällään myös potilasturvallisuuden raportointiin liittyvät tiedot. Kertomuksessa kootaan yhteen valvonta- ja arviointikäyntien perusteella tehdyt keskeisimmät havainnot ja kehittämistoimet sekä menneen vuoden keskeisimmät seurantatiedot. Sen lisäksi tehdään vuosittain THL:lle sisäisen valvonnan arviointi- ja vahvistuslausuma.

Riskienarviointi on tehty VTH:ssä työsuojelupäällikön johdolla joka toinen vuosi tai olosuhteiden oleellisesti muuttuessa. Arvioitavia asioita ovat olleet potilasturvallisuus, henkilöturvallisuus, palo- ja kemikaaliturvallisuus, rikos- ja toimitilaturvallisuus, työsuojelu, tietoturvallisuus, tuotanto- ja toimintaturvallisuus sekä ympäristöturvallisuus. Nämä riskiarvioinnit on tehty palvelupistekokonaisuuksittain ja arviointeihin on osallistunut lähiesihenkilön lisäksi palvelupisteiden henkilökuntaa. Lisäksi tietoturvan riskit on kirjattu Laatuporttiin ilmoitettujen poikkeamien sekä mm. tietoturvan auditoinneissa havaittujen puutteiden perusteella. DVV:n tarjoamaa digiturvan kokonaiskuvapalvelun avulla arvioidaan tietoturvan, tietosuojan, varautumisen ja kyberturvallisuuden osa-alueet vähintään kerran vuodessa tietoturavastaavan johdolla. Jatkossa tietoturvan ja tietosuojan riskiarvioinnit tehdään myös Laatuportissa joka toinen vuosi (parilliset vuodet) tai olosuhteiden oleellisesti muuttuessa [omavalvonnan ja laadun vuosikellon](#) mukaisesti.

Riskienhallinnan kokonaisuus vaatii kehittämistä VTH:ssä, kts kappale 3.4.1 ja taulukko 3. Tulevaisuudessa arvioidaan strategiset, operatiiviset sekä turvallisuuteen liittyvät riskit. Turvallisuuteen liittyvät riskit pitävät sisällään työturvallisuuteen sekä tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät riskit. Myös riskiarviointien raportointi ja hallintakeinojen seuranta vaativat kehittämistä. Omavalvontasuunnitelmaan liittyvien riskien tunnistaminen ja arviointi tehdään kolme kertaa vuodessa omavalvonnallisen tiedon raportoinnin yhteydessä. Hallintakeinot viedään Laatuporttiin, jossa nimetään vastuuhenkilöt ja aikataulut. Omavalvontasuunnitelman riskiperusteinen seuranta vaatii vielä kehittämistä. VTH huomioi hyvinvointialueiden omavalvonnan yhteistyöryhmän laatiman valtakunnallisen omavalvontasuunnitelmien raportointimallin sen valmistuttua.

Palvelunjärjestäjän riskienhallinnasta vastaava:

- Strategisten riskienhallinnan kehittämisestä vastaa kehittämisspäällikkö ja arvioinnista VTH:n johtaja
- Työsuojelun riskienhallinnasta vastaa työsuojelupäällikkö
- Tietoturvan riskienhallinnasta vastaa tietoturavastaava

Palveluyksikön riskienhallinnasta vastaava:

- Operatiivisten riskienhallinnan kehittämisestä ja arvioinnista vastaa vastaava ylilääkäri ja ylihoitajat yhteistyössä kehittämisspäällikön kanssa.
- Omavalvontasuunnitelman riskien tunnistamisesta, arvioinnista ja hallinnasta vastaa vastaava ylilääkäri yhteistyössä ylihoitajien kanssa.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontatyöryhmä varmistaa ja sen puheenjohtaja vastaa, että omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelman seuranta ja raportointi tapahtuvat [valvontalain 26§ 4 mom ja 27§ 3 mom mukaisesti](#). Seuranta-ajanjaksoit ovat tammikuusta huhtikuuhun, toukokuusta elokuuhun ja syyskuusta joulukuuhun. [Raportti](#) pyritään julkaisemaan seuranta-ajanjakson jälkeisen kuukauden 16. päivään mennessä. Seurannassa havaittujen puutteellisuuksien korjaaminen on ko. kehittämistehtäviin nimettyjen vastuuhenkilöiden tehtävä. Omavalvontatyöryhmässä seurataan tehtävien edistymistä ja tarvittaessa muistutetaan vastuuhenkilöitä tehtävien aikatauluista. Omavalvontaohjelmaan ja omavalvontasuunnitelmaan liittyvien tehtävien seuranta ja raportointi tapahtuvat Laatuportissa: Kehittämistehtävät > Johtaminen > Omavalvontaan liittyvät kehittämistoimet. Julkinen raportointi on luettavissa [VTH:n internetsivustolta](#) ja raportointiin liittyvät [sisäiset taustapaperit IMS-ohjelmistosta](#).

Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet poikkeama- ja palautetiedon perusteella

OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN – EPÄKOHDAT, POIKKEAMAT, TUTKINNAT JA PALAUTTEET: Korjaus- tai kehittämistoimenpiteet	Vastuutaho	Aikataulu
Omavalvontasuunnitelman seurannan kehittäminen riskiperusteisesti.	VTH: Erikoissuunnittelija	2026
Henkilöstön lisäkoulutus ilmoitusvelvollisuudesta poikkeamiin ja epäkohtiin liittyen.	VTH: Kehittämispäällikkö ja potilasturvallisuusvastaava	kevät 2026 toteutetaan useampi koulutus
Poikkeamailmoitusten (mukaan lukien epäkohdat) systemaattinen hyödyntäminen toiminnan kehittämiseksi.	VTH: Potilasasia-vastaava ja potilasturvallisuusvastaava	2026
Potilasasiavastaavatoiminnan saavutettavuuden ja raportoinnin kehittäminen ja hyödyntäminen.	VTH: Potilasasia-vastaava	2026
Vakavan tapahtuman tutkintaohjeen lisäkoulutus ilmoitusten käsittelijöille prosessin laadun varmistamiseksi.	VTH: Potilasturvallisuusvastaava	2026
Menettelytapojen kehittäminen ja kuvaaminen valvontaviranomaisen ohjauksen ja päätösten huomioimiseksi koko organisaatiossa (ohjaus- ja arviointikäynnit, tarkastukset, valvontaviranomaisen omavalvontaan kääntämät ilmoitukset, valvontaviranomaisen omana aloitteena selvittämät asiat, kantelut).	VTH: Erikoissuunnittelija	2026

Liitteet

Riskimatriisi

TODENNÄKÖISYYS	SEURAUKSET		
	VÄHÄISET	MERKITTÄVÄT	VAKAVAT
EPÄTODENNÄKÖINEN	Riskitaso 1 Riski tiedostetaan, ei toimenpiteitä	Riskitaso 2 Riskiä pidetään silmällä, toimenpiteet harkinnan mukaan	Riskitaso 3 Riskiä pienennetään
MAHDOLLINEN	Riskitaso 2 Riskiä pidetään silmällä, toimenpiteet harkinnan mukaan	Riskitaso 3 Riskiä pienennetään	Riskitaso 4 Toimenpiteet aloitetaan viivytyksettä
TODENNÄKÖINEN	Riskitaso 3 Riskiä pienennetään	Riskitaso 4 Toimenpiteet aloitetaan viivytyksettä	Riskitaso 5 Toimenpiteisiin ryhdyttävä välittömästi kustannuksista riippumatta

Vankiterveydenhuollon yksikön [omavalvontaohjelma](#) (julkinen)

Palveluyksikön (avohoito- tai sairaalapalvelut) [lääkehoitosuunnitelma](#) (sisäiseen käyttöön)

Vankiterveydenhuollon yksikön [laiteturvallisuuksuunnitelma](#) (sisäiseen käyttöön)

Palveluyksikön (avohoito- tai sairaalapalvelut) valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma (ei julkisia)

Vankiterveydenhuollon yksikön [valvonta- ja arviointisuunnitelma](#) (sisäiseen käyttöön)