



**Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue**

Radiologian yksikkö, omavalvontasuunnitelma

Yleiset tiedot

Yksikkö

Röntgen VKS

Raportointipäivä

3.7.2025

Toiminnan vastuhenkilö

Margaretha Ståhl

Liite 1. Omavalvonnin kehittämssuunnitelma

Sisällysluettelo

Omavalvonnin kehittämssuunnitelma

Omavalvonnan kehittämissuunnitelma

Toiminta- ja tulosityksikötasolla omavalvonnan toteutumisen seuranta ja arviointia tehdään omavalvonnan kehittämissuunnitelman pohjalta.

Suunnitelma päivitetään vähintään neljän kuukauden välein (1.1–31.4, 1.5–31.8 ja 1.9–31.12), ja aina kun kehittämistarpeita ja korjaavia toimenpiteitä ilmenee.

Toimintayksikön/tulosityksikön yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

Kehittämiskohde/korjaava toimenpide	Tavoite	Aikataulu/vastuutus/tila
NPS henkilökunta	Ei tyhjiä vakansseja, Tyytyväinen henkilöstö, sairauspoissaolo	31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio
NPS potilaat	Saneluviive, Jonotilanne, NPS yli 70	31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio
Kustannustehokas toiminta	Konsulttikustannukset, tiomipisteitä, vuokra	31.12.2025
Säännöllisiä turvallisuuskävelyjä	Koko henkilöstö osallistunut, sijaiset osallistuvat	31.12.2025
MRI paloturvallisuus toimintakortti	Päävastuuhoitajat työstävät toimintakorttia, suunnitellaan pelastushenkilöstön kanssa läpikäynti paikan päällä	31.12.2025
Potilasohjeet, Ammattilaisohjeet	Kaikki ohjeet tehty, päivitetty vastuuhoidajien ja vastuuradiologien toimesta	31.12.2025

Omavalvontasuunnitelma

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1 Palveluntuottajan ja palveluyksikön tiedot

Palveluntuottaja

Pohjanmaan hyvinvointialue, Y- tunnus: 3221324-6

Osoite: Hietalahdenkatu 2–4, 65130 Vaasa

Vaihde: 06 218 1111

Kirjaamo: kirjaamo@ovph.fi

Sosiaalihuollon kirjaamo: sosiaalihuolto.kirjaamo@ovph.fi

Sähköpostit muotoa: etunimi.sukunimi@ovph.fi

Toimialan nimi

Sairaalapalvelu

Toimialajohtajan nimi

Christian Palmberg

Puhelinnumero

0405796181

Palveluyksikön nimi

Radiologian yksikkö

Palvelumuoto

Diagnostiset palvelut

Osoite

Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa

Puhelinnumero

062132472

Palveluyksikön tai palvelualojen vastuhenkilö(t) ja yhteystiedot

Reijo Autio, johtava lääkäri, puhelin 0406703418

Margaretha Ståhl, osastonhoitaja, puhlin 0406746050

Palveluyksikköön kuuluvat palvelupisteet ja vastuhenkilöt

Radiologian yksikkö, Mustasaari

Vanha Karperötin 17

65610 Mustasaari

Radiologian yksikkö, Pietarsaari

Kolpintie 7
68600 Pietarsaari

Radiologian yksikkö, Närpiö
Kirkkotie 6
64200 Närpiö

Radiologian yksikkö, Kristiinankaupunki
Lappväärtintie 10
64100 Kristiinankaupunki

1.2 Alihankintana ostetut palvelut

Pohjanmaan hyvinvointialueen tehtävänä on varmistaa, että sen järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja tuottavalla muulla palveluntuottajalla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palveluiden tuottamisesta. Hyvinvointialue ohjaa ja valvoo sen järjestämisvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa. (Laki hyvinvointialueesta 611/2021, 10 §).

Alihankintana hankitut palvelut, ja niiden palveluntuottajat

Ostettu palvelu	Palveluntuottaja
Radiologisia etälausunnot	Terveystalo
Radiologisia konsulttipalvelut	el Timo Nurmela, Timo Salmén, Veikko Tervo
Ruoka-, siivous- ja logistiikkapalvelut	Alerte, TeeSe, StödBotnia
Työterveyspalvelu	TTBotnia, TyöPlus, Wellmedic
Vartijapalvelu	Securitas y.m.

1.3 Toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

YKSIKÖN KUVAUS

Diagnoosin määrittämiseksi tehdään diagnostisia tutkimuksia. Diagnostiset tutkimukset tukevat lääkäriä kun potilaan tarvitseman hoidon suunnittellaan. Arvojamme ovat oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo, yksilöllinen hoito sekä tulevaisuuteen katsominen ja vastuun ottaminen.

Radiologian yksikkö kattaa sekä erikois- että perusterveydenhuollon palvelut. Yksiköitä on viidessä eri toimipisteessä. Vaasan keskussairaalan yksikkö ja Pietarsaaren Malmin sairaalan yksikkö toimivat ympäri vuorokauden. Kolme muuta yksikköä ovat Mustasaaren, Närpiön ja Kristiinankaupungin terveyskeskusten yhteydessä, joissa radiologipalveluja tarjotaan arkisin maanantaista perjantaihin. Radiologian palveluihin kuuluvat natiivi-, luuntiheys-, hammasröntgen-, tietokonetomografia-, magneettikuvaus-, läpivalaisu-, mammografia-, ultraääni- ja angiografiatutkimukset.

Tutkimuksien sanelusta vastaavat hyvinvointialueen radiologit, ja osa sanelusta tehdään etänä ulkoistettujen palvelujen avulla. Radiologisen yksikön toiminta koostuu radiologien, röntgenhoitajien, lähihoitajien ja sihteerien moniammatillisesta yhteistyöstä. Radiologisen

yksikön asiakkaita ovat kaikenikäiset potilaat, sekä lapset että aikuiset. Asiakkaiden radiologisten palveluiden tarve huomioidaan yksilöllisesti ja potilaan toiveet otetaan huomioon yhdessä hoitoyksikön kanssa. Hoitoa annetaan molemmilla kansalliskielillä. Asiakkaita ovat lähettävät yksiköt koko hyvinvointialueelta sekä yksityiset toimijat, jotka ostavat palveluja Pietarsaassa, Närpiössä ja Kristiinankaupungissa. Tutkimukset ovat kiireellisiä, päivystysluonteisia tai elektiivisiä. Radiologian yksikön palveluissa tehdään tiivistä yhteistyötä lähettävien yksiköiden kanssa koko hyvinvointialueella. Palveluissa noudatetaan terveydenhuollon toimintaa ohjaavia lakeja ja direktiivejä sekä säteilytoimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä.

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN, YLLÄPITO JA SEURANTA

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta säädetyn lain (741/2023, 27 §, myöhemmin valvontalaki) mukaan yksityisten ja julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksikköjen tulee laatia päivittäisen toiminnan laadun, asianmukaisuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi ja asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seurantaan varten sähköisen omavalvontasuunnitelman.

Pohjanmaan hyvinvointialueella omavalvontasuunnitelmat laaditaan toimiala- ja tulosalue- ja toiminta/tulosyksikkötasoisesti (huomioiden erityislainsäädäntö, esim. terveydenhuoltolaki, lastensuojelulaki, vanhuspalvelulaki) hyvinvointialueen laadintalinjauksen mukaisesti. Valvontalain luvun 3 tullessa voimaan 1.1.28 alkaen organisaation nykyiset tulosalueet tulevat vastaamaan rekisteröintiteknisesti palveluyksikköjä. Omavalvontasuunnitelman tulee kattaa kaikki palveluntuottajan palveluyksikössä, ja sen lukuun tuotetut palvelut.

Hyvinvointialueelle laaditut omavalvontasuunnitelmat pohjautuvat [Valviran määräykseen](#) 1/24 (Valvira 8.5.24, Dnro V/42106/2023) sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatisesta ja seurannasta.

Omavalvontasuunnitelmat ja muut suunnitelmat ovat osa Pohjanmaan hyvinvointialueen omavalvontaohjelmaa. Omavalvontaohjelma ohjaa palveluyksikköjä omavalvonnan toteuttamisessa. Omavalvonnan ja laadunhallinnan käsikirja tukee käytännön tasolla palveluyksikköjä omavalvontasuunnitelman laadinnassa ja omavalvonnan toteuttamisessa sen eri osa-alueilla. Kukin palveluyksikkö vastaa oman omavalvontasuunnitelman laatisesta. Suunnitelmat laaditaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa hyvinvointialueen yhtenäiselle omavalvontasuunnitelman lomakepohjalle.

2.1 Omavalvontasuunnitelman laatiminen

Omavalvontasuunnitelman laatisesta, toteutumisen seurannasta ja päivittämisestä vastaava henkilö(t) ja yhteystiedot

Margaretha Ståhl, osastonhoitaja, 0406746050
Brita Dahlfors, palveluvastaava, 0405965483

Omavalvontasuunnitelman hyväksynnästä vastaava henkilö(t) ja yhteystiedot

Margaretha Ståhl, osastonhoitaja, 0406746050
Reijo Autio, johtava lääkäri, 0406703418

YKSIKÖN KUVAUS

Yksikön omavalvontasuunnitelman laativat yksikön osastonhoitaja ja palveluvastaava. Suunnitelmaa päivitetään yksikön osastonhoitajan ja palveluvastaavan yhteistyönä.

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihde 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

Kirjaamo, XA1 | Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa | kirjaamo@ovph.fi

Omavalvontasuunnitelma päivitetään kerran vuodessa ja viipymättä, jos toiminnassa tapahtuu muutoksia. Omahoitosuunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon potilaiden ja omaisten Roidu-palautejärjestelmän kautta antama palaute ja haittatapahtumailmoitukset (haipro).

2.2 Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaisu ja päivitys

Omavalvonnan toteuttamisessa, ja sen onnistumisessa asiakas- ja potilastyössä on oleellista, että koko palveluyksikön henkilöstö on sitoutunut omavalvontaan ja että henkilöstöllä on ymmärrys omavalvonnan merkityksestä, tarkoituksesta ja tavoitteista. Omavalvontasuunnitelma ohjaa palveluyksikön henkilöstön päivittäistä käytännön työtä ja toimintaa.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologisen yksikön esihenkilöt laativat yksikön omavalvontasuunnitelma yhdessä yksikön päävastuuhenkilöiden ja yksikön henkilökunnan kanssa. Omavalvontasuunnitelma julkaistaan verkkosivuilla Dynasty-ohjelman kautta. Omavalvontasuunnitelma syötetään Laatuportti-ohjelmaan, joka on henkilökunnan luettavissa, ja raportti on saatavilla printattuna radiologisissa yksiköissä kahvihuoneessa tai yksiköiden toimistoissa.

Johtoryhmä hyväksyy omavalvontasuunnitelman, ja esihenkilöt ovat vastuussa siitä, että henkilöstö tuntee ja käyttää omavalvontasuunnitelmaa osana yksikön perehdytystä. Tietämys varmistetaan viikko- ja henkilöstökokouksissa, joissa toiminnan muutokset kirjataan kokouspöytäkirjoihin. Tutkimusohjeita päivitetään tarvittaessa modaaliteettivastaavien toimesta. Yksikön johtoryhmä vastaa yksikön toiminnan suunnittelusta ja kehittämisestä yhdessä muun henkilöstön kanssa. Omavalvontasuunnitelma on tärkeä väline koko henkilökunnalle, ja myös tukipalvelujen henkilökunnalle taataan tietämys yksikön turvallisuusasioista osallistumalla säännöllisesti henkilökunnan kokouksiin ja kannustamalla heitä lukemaan yksikössä saatavilla olevaa tulostetta.

Kun toiminnot muuttuvat, yksikön esimies päivittää suunnitelman viipymättä ja ilmoittaa, että uusi versio on saatavilla verkkosivustolla, minkä jälkeen jokainen yksikkö vastaa siitä, että uusi versio tulostetaan omassa yksikössä. Palvelupäälliköt päivittävät omavalvontasuunnitelman kerran vuodessa yksikössä yhdessä esihenkilön kanssa. Tehdyt päivitykset päivitetään ja luetellaan omavalvontasuunnitelman alussa. Henkilökunta allekirjoittaa kerran vuodessa, että on lukenut omavalvontasuunnitelman, kirjoittamalla nimensä kunkin yksikön tulostettuun versioon. Toiminnalliset muutokset, jotka vaikuttavat kolmanteen osapuoleen eli lähettäviin yksiköihin, ostopalvelujen tarjoajiin ja asiakkaisiin, arvioidaan hyvissä ajoin ennen muutoksen toteutumista, jotta uudet ohjeet ja määräykset voidaan antaa ennen muutoksen voimaantumista.

3. ASIAKAS- JA POTILASTURVALLISUUS

3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Pohjanmaan hyvinvointialue valvoo, seuraa ja arvioi toimintansa palvelujen laatua, lainmukaisuutta ja turvallisuutta omavalvonnan keinoin. Hyvinvointialueen on myös varmistettava palvelujen saatavuus, jatkuvuus sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus ja osallisuus.

Pohjanmaan hyvinvointialueelle on myönnetty tammikuussa 2024 SHQS-laatusertifikaatti, joka kattaa kaikki hyvinvointialueen palvelut. Sertifikaatti on osoitus laadukkaasta ja korkeatasoisesta sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta ja se on voimassa 26.01.2026 saakka. Sertifikaatin on myöntänyt suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunarviointi-, sertifiointi- ja koulutuspalveluja tuottava Labquality Oy nykyinen Aurevia Oy. Hyvinvointialueella käytössä oleva SHQS (Social and Health Quality Standard) -laatuohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön suunniteltu johtamisen ja kehittämisen työkalu, jonka onnistuneesta toteuttamisesta

organisaatio saa tunnustuksena sertifikaatin.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö seuraa palvelujensa laatua ja turvallisuutta Pohjanmaan hyvinvointialueen käyttämän SHQS-itsearviointin avulla. Järjestelmää käytetään Radiologian yksikössä johtamisen ja kehittämisen välineenä sekä oman toiminnan sisäisessä arvioinnissa ja toiminnan kehittämisessä. Radiologian yksikkö varmistaa palvelujen saatavuutta ja jatkuvuutta sekä asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja osallisuutta palautekanavien, kuten Roidu-palautejärjestelmän ja Haipro-palautejärjestelmän, avulla. Haipro-järjestelmän kautta saadaan palautetta lähettäviltä yksiköiltä prosessien parantamiseksi ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Palautteita käsittelevät yksiköiden palvelupäälliköt ja esihenkilöt. Asiakaspalautteet käydään läpi johtoryhmä- ja henkilöstökokouksissa, ja toimenpiteet kirjataan kokouspöytäkirjoihin. Laatutyöstä vastaa radiologian yksikön esihenkilöt yhdessä yksikön laatuvaastaavan ja henkilöstön kanssa. Henkilökunnan ottamiseksi mukaan laatutyöhön on eri modaliteettien vastuuhoidtajia ja radiologeja. Yhdessä he vastaavat radiologisten tutkimusten lääketieteellisestä laadusta, säteilyturvallisuudesta ja näyttöön perustuvasta hoidosta. Fyysikko vastaa siitä, että henkilökunta työskentelee säteilyturvallisella tavalla ja että tutkimukset minimoivat potilaiden ja/tai henkilökunnan säteilyannokset. Röntgenhoitaja vastaa säteilyturvallisuudesta ja potilasturvallisuudesta tutkimusten aikana. Jos henkilökunta havaitsee riskejä, on laadittava ilmoitus vaaratilanteesta. Ilmoitus osoitetaan itse organisaatiolle tai muulle hyvinvointiyksikölle toiminnan laadun ja turvallisuuden parantamiseksi.

Palvelujen laatua valvotaan sisäisten ja ulkoisten auditointien avulla. Säteilyturvallisuutta valvotaan säännöllisillä kliinisillä auditoinneilla ja vuosittaisilla itsearviointeilla yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan kanssa. Ulkopuolinen sertifioitu yritys tekee kliiniset auditoinnit kuuden vuoden välein.

Yksikön johto arvioi toimintaa yhdessä henkilöstön kanssa riskianalyysin avulla kerran vuodessa. Näin tunnistetaan riskit, jotka luokitellaan ja arvioidaan, jotta niihin voidaan puuttua mahdollisuuksien mukaan. Riskit rekisteröidään Laatuportin kautta.

Yksikön turvallisuussuunnitelma on laatuportissa ja sitä päivittää yksikön turvallisuusvastaavat. Yksikön turvallisuusvastaava vastaavat ohjeistuksesta ja turvallisuuskävelyjen järjestämisestä vuosittain henkilökunnalle ja uusien työntekijöiden kanssa heidän aloittaessaan työt. Radiologisia tutkimuksia voi suorittaa koulutettu henkilökunta, kuten radiologit ja röntgenhoitajat. Palkattaessa tarkistetaan, että hakija on merkitty terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilörekisteriin (JulkiTerhikki). Radiologisen yksikön henkilökunta on lain mukaan velvollinen suorittamaan säteilyturvallisuuteen liittyvää täydennyskoulutusta 8 tuntia vuodessa (40 tuntia 5 vuoden aikana). Työnantajan on huolehdittava siitä, että jokainen säteilytyöhön osallistuva työntekijä saa lisäkoulutusta. Täydennyskoulutusta seurataan Alma-henkilöstöohjelmassa. Kliinisiä auditointeja tehdään sen varmistamiseksi, että henkilökunnalla on riittävästi säteilyturvallisuutta koskevaa lisäkoulutusta. Röntgenhoitajille ja radiologeille taataan perehdytys laitteiden käyttöön ja säteilyturvallisuustyöhön. Esihenkilö pitää kirjaa henkilökunnalle annetusta koulutuksesta. Koulutus on jatkuvaa, kun laitteita vaihtuu ja menettelytapoja muutetaan. Yksikössä käytetään laitepasseja, joiden avulla seurataan henkilökunnan laitteiden käyttökoulutusta. Uusia laitteita hankittaessa sovitaan laitevastaavien perehdyttämisestä ja laitetta käyttävän henkilöstön perehdyttämissuunnitelmasta. Hyvinvointialueen potilasasiamiehet tukevat potilaita ja omaisia, jotka ovat tyytymättömiä saamaansa hoitoon. Yksikön esihenkilöt käsittelevät vastaanotettuja valituksia.

Hyvinvointialueen radiologisten palvelujen vastaavuus ja potilasturvallisuus varmistetaan yhteisten laatuksikirjojen ja kuvantamismääräysten avulla koko hyvinvointialueella. Henkilöstön tietämys varmistetaan perehdytyksellä, ulkoisella koulutuksella ja sisäisellä koulutuksella.

Tekninen henkilökunta suunnittelee laitteiden huollon koko hyvinvointialueen osalta, ja fyysikko valvoo kuvanlaatua yhdessä röntgenhoitajien ja radiologien kanssa. Tekniselle henkilökunnalle ilmoitetaan välittömästi kaikista laitteiden toiminnassa ilmenevistä poikkeavuuksista, ja vika kirjataan kunkin laitteen vikavihkoon. Tekninen henkilökunta pyytää tarvittaessa huoltoa toimittajalta.

Kuvanlaadun itsearviointi suoritetaan suositusten mukaisesti säännöllisin väliajoin. Yksikön fyysikko raportoi vuosittain Säteilyturvakeskukselle säteilyannosten poikkeamista. Tarvittaessa potilaan säteilyannos lasketaan ja kirjataan potilasasiakirjoihin. Kaikki säteilyannospoikkeamat ilmoitetaan sähköisellä lomakkeella yksikön fyysikolle, joka tutkii syyn ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin yhdessä teknisen henkilökunnan tai laitevalmistajan kanssa. Poikkeamista keskustellaan viikoittaisissa henkilökunnan kokouksissa syiden selvittämiseksi.

Yksikössä on neljä (VCS kaksi, Malmska kaksi) nimitettyä lääkevastaavaa. He päivittävät lääkehoitosuunnitelman kerran vuodessa yhdessä yksikön johtajan kanssa.

Lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan, miten yksikön lääkehoitosuunnitelma toteutetaan ja päivitetään.

Yksikön esimiehet vastaavat yhdessä henkilökunnan kanssa potilasturvallisuudesta ja radiologisten palvelujen laadusta koko hyvinvointialueella. Esimiehet ovat vastuussa siitä, että osaavaa henkilökuntaa on riittävästi. Henkilöstö vastaa yhdessä yksiköiden esimiesten kanssa laadusta. Henkilöstö on velvollinen ilmoittamaan riskeistä tai puutteista joko suoraan esimiehelle tai haipro-järjestelmän kautta. Henkilöstö tekee korjaustilaukset tekniselle puolelle sähköisesti Medusan kautta intranetissä

Säteilyturvallisuutta valvotaan kansallisesti säteilyturvallisuusvastaavien keräämien ja STUKille toimittamien tietojen avulla. Ostopalveluja ja ulkopuolisia tuottajia valvotaan säännöllisissä yhteistyökokouksissa. Jos valituksia tulee, järjestetään tarkastelu palvelujen tuottajan kanssa, jotta voidaan todeta, onko laatu toteutunut lakien ja asetusten mukaisesti.

3.2 Vastuu palveluiden laadusta

Pohjanmaan hyvinvointialueen omavalvonnan vastuut, johtamisjärjestelmä ja laadun ja turvallisuuden varmistaminen on kuvattu hyvinvointialueen hallinto- ja toimintasäännössä, omavalvontaohjelmassa sekä käytännön tasolla omavalvonnan ja laadunhallinnan käsikirjassa.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologisen yksikön johtoryhmä kokoontuu säännöllisesti, ja se vastaa strategisten suunnitelmien laatimisesta, yksikön päätöksenteosta ja omavalvontaohjeista. Yksikön johtoryhmä määrittelee pitkäaikaiset tavoitteet, jotka ovat lainsäädännön vaatimusten mukaisia. Radiologian yksikön henkilökunnan kokouksia pidetään säännöllisesti 4-6 kertaa vuodessa. Niissä esitellään ja keskustellaan radiologisen yksikön pitkäaikaisista suunnitelmista, tavoitteista ja kehittämissuunnitelmista. Henkilöstökokousten pöytäkirjoja säilytetään printattuna kahvihuoneessa ja radiologian yksikön verkkolevyllä. Modaliteettien päävastuuhoitajat kehittävät toimintaa yhdessä oman erikoisalansa vastuuradiologin kanssa, perehdyttävät uutta henkilökuntaa, päivittävät määräyksiä ja valvovat laatukriteerejä itsearviointien avulla. Modaliteeteittain pidetään säännöllisesti kokouksia 2-3 kertaa vuodessa. Esimies on vastuussa siitä, että henkilöstö on tietoinen tehtävistään ja vastuualueistaan. Päävastuuhoitajat tunnistavat yhdessä henkilöstön kanssa puutteet ja kehittävät korjaavia toimia yhdessä yksikön johdon kanssa. Laatutyössä edistetään palveluprosessien jatkuvaa parantamista ja otetaan huomioon asiakkailta ja kumppaneilta saatu palaute.

3.3 Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Pohjanmaan hyvinvointialueen palveluyksiköissä noudatetaan asiakkaan/potilaan asemasta ja oikeuksista säädettyjen lakien (812/2000; 795/1992) säännöksiä sekä hyvinvointialueen laatimia ohjeistuksia, joilla varmistetaan asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien toteutuminen.

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hyvään kohteluun. Asiakkaalle ja potilaalle tarjottu palvelu/hoito on järjestettävä hänen ihmisarvoaan loukkaamatta sekä hänen vakaumustaan, ja yksityisyyttä kunnioittaen (laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 30 §, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 12 §, 3 mom. (612/2021).

3.3.1 Palveluihin ja hoitoon pääsy

Tiedot Pohjanmaan hyvinvointialueen palveluihin ja hoitoon pääsystä sekä hoidon saatavuuden odotusajoista löytyvät Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta: Etusivu/Näin toimimme/ Asiakkaan ja potilaan oikeudet/ [Hoitoon pääsy](#) ja [Hoidon saatavuus-odotusajat](#) Hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Hoitoon pääsyn ajantasaiset määräajat löytyvät Sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta: [Hoitoon pääsy \(hoitotakuu\)](#). Sosiaalihuollon palveluiden toteuttamisesta, ja niihin liittyvistä käsittelyajoista ja määräajoista säädetään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Lisätietoja sosiaalipalveluiden saatavuudesta on luettavissa Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta: <https://stm.fi/sosiaalipalvelujen-saatavuus>

Hoidon järjestäminen, mikäli enimmäismääräajat ylittyvät

Jos Pohjanmaan hyvinvointialue ei pysty hoitamaan potilasta säädetyssä enimmäisajassa, sen on järjestettävä potilaalle mahdollisuus päästä hoitoon muualle, joko toiselle hyvinvointialueelle, ostopalveluihin tai annettava palveluseteli. Potilaalle ei aiheudu tästä ylimääräisiä kuluja, vaan hän maksaa hoidosta hyvinvointialueen asiakasmaksun. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta muussa yksikössä ja hän voi jäädä odottamaan hoitoa valitsemaansa yksikköön. Jos hyvinvointialue ei voi järjestää hoitoa säädetyssä enimmäisajassa Suomessa, sen on annettava potilaan pyynnöstä ennakkolupa hakeutua hyvinvointialueen kustannuksella hoitoon EU- tai ETA-maahan taikka Sveitsiin. (STM: [Hoitoon pääsy \(hoitotakuu\)](#))

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö vastaa siitä, että asiakkailla ja potilailla on yhdenvertaiset mahdollisuudet päästä tutkimuksiin ja hoitoon. Yksikön johto seuraa jonotilannetta ja raportoi siitä palvelualueen johdolle. Korjaavat toimenpiteet ja tilanteen seuranta käsitellään yksikön johtoryhmässä. Radiologian yksikön jonotusajat ovat kansallisen raportointijärjestelmän ulkopuolella, mutta jonotusaikoja seurataan sisäisesti ja raportoidaan toiminta-alueen johtajalle. Asiakkaiden/potilaiden palvelutarpeen arviointi tehdään yhdessä lähettävien yksiköiden kanssa. Lähettävä yksikkö tekee läheteessä arvion tutkimuksen kiireellisyydestä, ja näin ollen saatavuudessa tapahtuvia poikkeamia voidaan seurata lähettävien yksiköiden palautteella hyvinvointialueen virallisten vastauskanavien kautta, joissa henkilökunta tai asiakas/potilas voi antaa palautetta palveluiden tai hoidon odotusajoista. Palautteesta keskustellaan radiologisen yksikön johtoryhmän kokouksissa, joissa suunnitellaan ja seurataan strategioita poikkeamien korjaamiseksi.

3.3.2 Palvelu/hoidontarpeen arviointi

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö ei ole vastuussa potilaiden/asiakkaiden terveydenhuollon tarpeiden

arvioinnista. Arvioinnin tekevät lähettävät yksiköt. Radiologian yksikkö on osa potilaan hoitoketjua, jossa diagnostiikka voi oman alansa asiantuntijana osallistua potilaan hoitoon meetingtoiminnan kautta, joita järjestetään potilaan hoidon suunnittelemiseksi.

3.3.3 Palvelun/hoidon suunnittelu ja toteutus

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö vastaa siitä, että valmistelu- ja jälkihoito-ohjeet ovat oikeat ennen tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä. Radiologian yksikön henkilökunta kirjaa jälkihoito-ohjeet ja lääkemääräykset potilasasiakirjoihin. Tämän jälkeen vastuu siirtyy lähettävälle yksikölle, joka toteuttaa hoidon määräysten mukaisesti. Radiologian yksikkö vastaa tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden valmistelua ja jälkihoitoa koskeviin kysymyksiin, mutta vastuu hoidon suunnittelusta on lähettävällä yksiköllä radiologian yksikön kanssa neuvotellen. Asiakkaalle/potilaalle tiedottamisesta vastaa lähettävä yksikkö.

3.3.4 Asiakkaan/potilaan kohtelu ja oikeudet

Asiakkaalla/potilaalla on oikeus hyvään kohteluun, niin että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Asiakkaan/potilaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä äidinkieli ja kulttuuritausta on otettava huomioon palveluita/hoitoa toteutettaessa. Edellytykset hyvästä kohtaamisesta koskevat sekä hyvinvointialueen itse tuottamia palveluita, että hyvinvointialueen ostamia palveluita.

Hyvinvointialueelle on laadittu toimintaohjeistus asiakkaan ja potilaan hyvästä kohtaamisesta ja kohtelusta (intra). Toimintaohjeessa kuvataan, miten työntekijän tulee toimia, jos hän havaitsee työssään epäasiallista käytöstä ja kohtelua. Epäasialliseen käytökseen ja kohteluun tulee puuttua ja ilmoitusmenettelyn tulee olla kaikkien yksikössä työskentelevien tiedossa. Ilmoituksen tilanteesta, jossa on koettu epäasiallista käyttäytymistä tai kohtelua voi jättää myös asiakas, potilas tai läheinen. Myös työntekijät tai muu tilanteessa läsnä olleet henkilöt voivat tehdä ilmoituksen. Ilmoituskanavia on useita.

Asiakkaille, potilaille ja muille organisaation ulkopuolisille henkilöille suunnatut ilmoituskanavat löytyvät hyvinvointialueen verkkosivuilta: <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/nain-toimimme/anna-palautetta/>. Asiakas, potilas tai omainen voivat antaa palautetta myös suullisesti. Henkilöstön ilmoituskanavat (HaiPro ja SPro) löytyvät intrasta.

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, yhdenvertaisuuteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Palvelut ja hoito toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta. Jos itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava laissa säädetty peruste ja itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun asiakkaan/potilaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua ja muista keinoista ei ole apua. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen. Rajoittavien toimenpiteiden käytöstä on laadittu hyvinvointialueen henkilöstölle toimintaohje. Toimintaohje löytyy intran aineistopankista.

Asiakkaan/potilaan kohtelu ja oikeudet

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö tutkii henkilöstön kielitaidon palvelukseenoton yhteydessä. Jos hakijoilla ei

ole kielitodistusta, heille annetaan mahdollisuus osallistua kielikoulutukseen työaikana ja suorittaa kielikoe, jotta he voivat hakea vakituista työsuhdetta. Kieli on tärkeä osa potilaan identiteettiä ja kulttuuria. Radiologiassa on tärkeää, että potilaat pystyvät tekemään yhteistyötä, tuntevat olonsa turvalliseksi ja ymmärtävät henkilökunnan ohjeet. Tämä on potilasturvallisuusriski ja voi lisätä potilaan säteilyannosta, jos kommunikointi ei toimi. Yksikkö tarjoaa puhelintulkausta, mutta teknisistä syistä puhelintulkausta ei voida käyttää kaikissa tutkimushuoneissa. Lähettävä yksikkö vastaa tulkin varaamisesta tutkimusta varten. Henkilöstökokouksissa keskustellaan epäasiallisesta käyttäytymisestä ja sen määrittelystä, ja epäasiallisesta käyttäytymisestä ilmoittamista koskevaa prosessia käydään läpi. Tarvittaessa esimies keskustelee asiasta henkilökohtaisesti työntekijän kanssa, ja keskustelussa pyritään palauttamaan potilaan luottamus. Keskustelun aikana sovitaan, miten potilaalta pyydetään anteeksi. Henkilöstökokouksissa keskustellaan avoimesti potilaan asemaan liittyvistä asioista ja siitä, miten epäasiallisen käyttäytymisen välttäminen on mahdollista. Henkilöstöä kannustetaan ilmoittamaan asiakkaiden epäasiallisesta kohtelusta. Potilaiden arvoesineet poistetaan tarvittaessa ennen tutkimuksia. Tutkimusohjeissa pyydetään potilaita jättämään arvoesineet kotiin. Hoitoyksikön henkilökunta poistaa vaatteet tai korut kiireellisissä tutkimuksissa ennen tutkimusta. Radiologian yksikön henkilökunta säilyttää löydettyjä arvoesineitä radiologian yksikön toimistossa viikon ajan. Tämän jälkeen esine viedään vahtimestarille. Jos esineen omistaja on tiedossa, häneen otetaan yhteyttä puhelimitse tai esine viedään osastolle tai potilas hakee radiologian ostastolta.

Itsemääräämisoikeus

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö varmistaa asiakkaiden/potilaiden itsemääräämisoikeuden siten, että asiakasta/potilasta ei pakoteta tutkimukseen/toimenpiteeseen. Jos asiakas/potilas kieltäytyy tutkimuksesta, tämä mainitaan lausunnossa ja asiasta ilmoitetaan lähettävälle yksikölle. Lähettävä yksikkö/hoitava lääkäri päättää, miten asiassa edetään. Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta koskevista rajoituksista keskustellaan lähettävän lääkärin kanssa. Tämä voi koskea potilaita, jotka eivät kykene tekemään yhteistyötä tutkimuksessa/toimenpiteessä, mikä vaikuttaa mahdollisuuteen tehdä diagnoosi. Näissä tapauksissa tilannetta arvioidaan myös säteilyturvallisuuslain 2 luvun 5 §:ssä säädetyn periaatteen eli perusteluperiaatteen perusteella. Tällöin päätös tutkimuksen suorittamisesta perustellaan sillä, että saavutettu kokonaishyöty on suurempi kuin aiheutettu haitta. Säteilylain mukaan säteilytutkimusyksikön henkilökunta on velvollinen valvomaan perusteluperiaatteen noudattamista. Epäselvissä tapauksissa otetaan yhteyttä lähettävään lääkäriin. Radiologian yksikön henkilökunta käynnistää aina elvytyksen ja ottaa yhteyttä MET-ryhmään. MET-ryhmä lopettaa elvytyksen, jos DNR-päätös on tehty. Menettelyistä sovitaan MET-ryhmän kanssa.

3.3.5 Muistutus, kantelu ja potilasvahinkoilmoitus

Muistutus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvä palvelu ja hoito syntyvät asiakkaan/potilaan, läheisten ja ammattilaisten kanssa yhteistyössä. Jos olet tyytymätön saamaasi palveluun/hoitoon, ota asia heti puheeksi palvelua/hoittoa antaneen tai päätöksen tehneen henkilön tai hänen esihenkilönsä kanssa siinä toimintayksikössä, jossa olet asioinut tai saanut hoitoa. Ellei asia selviä keskustelulla, on sosiaalihuollon laatuun tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä asiakkaalla oikeus tehdä muistutus sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 23 §). Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä

terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 10 §). Muistutuksen laatimiseen saat halutessasi apua ja neuvoa sosiaali- tai potilasasiavastaavalta.

Kirjallisen muistutuksen voi tehdä hyvinvointialueen verkkosivuilta löytyvällä digitaalisella lomakkeella tai täyttämällä tulostettavan lomakkeen.

Sosiaalihuollon palveluita koskeva muistutuslomake ja ohjeet sen laadintaan löytyvät verkkosivuiltamme: Etusivu/Näin toimimme/Asiakkaan ja potilaan oikeudet/[Sosiaalihuollon asiakkaan oikeudet](#).

Vastaavasti terveydenhuollon palvelua/hoitoa koskeva muistutuslomake ja ohjeet löytyvät verkkosivuiltamme: Etusivu/Näin toimimme/Asiakkaan ja potilaan oikeudet/[Tyytymättömyys hoitoon](#).

Tehtyyn muistutukseen annetaan vastaus kohtuullisessa ajassa, noin 1–4 viikon kuluessa.

Kantelu

Muistutus on kanteluun nähden ensisijainen. Jos muistutuksen tekijä ei ole tyytyväinen saamaansa vastaukseen muistutuksesta, voi asiasta tehdä kantelun (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 23 a §; laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1882, 10 a §) aluehallintovirastolle ja erityistapauksissa Valviralle. Lomake ja ohjeet kantelun tekemiseen löytyvät aluehallintoviraston verkkosivuilta: [Valvonta ja kantelut](#). Ohjeita kantelun laatimiseen löytyy myös hyvinvointialueen verkkosivuiltamme: [Sosiaalihuollon asiakkaan oikeudet](#) ja [Tyytymättömyys hoitoon](#).

Lisätietoa: Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen verkkosivut: [Ohjeita asiakkaille ja potilaille](#).

Potilasvahinkoilmoitus

Potilasvakuutuskeskus (PVK) käsittelee kaikki terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat potilasvahinkoilmoitukset Suomessa. Potilasvahingosta tehdään ilmoitus Potilasvakuutuskeskukselle. Vahinkoilmoituslomakkeita ja lisätietoja on saatavissa potilasasiavastaavalta, hyvinvointialueen verkkosivuilta: [Tyytymättömyys hoitoon](#) sekä Potilasvakuutuskeskuksen verkkosivuilta: www.pvk.fi.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologisen yksikön esihenkilöt ovat vastuussa radiologista yksikköä koskevien valitusten ratkaisemisesta. Vastaus valitukseen annetaan noin 1-4 viikon kuluessa. Potilasvahinkoilmoitukset, lääkevahingot ja materiaalivahingot käsitellään hyvinvointiosaston määräysten mukaisesti.

Terveydenhuollon muistutuksen käsittelystä vastaavan toimintayksikön vastuuhenkilön (lääkäri) tai terveydenhuollon vastaavan johtajan nimi ja yhteystiedot

Reijo Autio, ledande läkare, 0406703418
Birgitta Ivars, överskötare, 0443232270
Margaretha Ståhl, avdelningsskötare 0406746050

3.3.6 Sosiaali- ja potilasasiavastaavien palvelut

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien tehtävät ja yhteystiedot

Potilaan ja asiakkaan oikeuksien ja oikeusturvan toteutumisen edistämiseksi hyvinvointialueen on järjestettävä potilas- ja sosiaaliasiavastaavien toiminta. Potilas- ja sosiaalivastaavan tehtävät

perustuvat lakiin potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista (739/2023, 1–2 §, 8 §). Pohjanmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja potilasasiavastaavat tuottavat sosiaali- ja potilasasiavastaavan palvelut kaikille Pohjanmaan alueella toimiville julkisille ja yksityisille palveluntuottajille.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan tehtävät:

- Neuvoa ja tiedottaa asiakkaita/potilaita tai heidän laillista edustajaansa, omaista tai muuta läheistä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä potilasta potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) annetuissa laissa liittyvissä asioissa.
- Neuvoa ja tarvittaessa avustaa asiakasta/potilasta tai potilaan laillista edustajaa, omaista tai muuta läheistä muistutuksen tekemisessä.
- Neuvoa, miten kantelu, oikaisuvaatimus, valitus, vahingonkorvausvaatimus, potilas- tai lääkevahinkoa koskeva korvausvaatimus tai muu asiakkaan sosiaalihuollon tai potilaan terveydenhuollon oikeusturvaan liittyvä asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa.
- Tiedottaa asiakkaan/potilaan oikeuksista.
- Koota tietoa asiakkaiden/potilaiden yhteydenotoista ja seurata asiakkaiden/potilaiden oikeuksien ja aseman kehitystä.
- Toimia edellä mainittujen tehtäviensä lisäksi asiakkaan/potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.

Sosiaaliasiavastaavan yhteystiedot

Sosiaaliasiavastaava, puhelinnumero: 040 507 9303, puhelinaika: maanantai–perjantai kello 08.00–14.00

Sähköpostiosoite: sosiaaliasiavastaava@ovph.fi (suojaamaton sähköposti)

Käyntiosoite: Pohjanmaan hyvinvointialue, Vaasan keskussairaala, A1, Hietalahdenkatu 2–4, 65130 Vaasa

Potilasasiavastaavien yhteystiedot:

Potilasasiavastaavat, puhelinnumero: 06 218 1080, puhelinaika maanantai–torstai kello 09.00–11.00 ja 12.00–13.00 Sähköpostiosoite: potilasasiavastaava@ovph.fi (suojaamaton sähköposti)

Käynti- ja postiosoite: Pohjanmaan hyvinvointialue, Vaasan keskussairaala, A1, Hietalahdenkatu 2–4, 65130 Vaasa

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot löytyvät myös Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta: pohjanmaanhyvinvointi.fi/Etusivu/ Näin toimimme/ [Asiakkaan ja potilaan oikeudet](#)

3.3.7 Asiakkaan/potilaan osallisuus

Pohjanmaan hyvinvointialueen asiakkailta on mahdollisuus osallistua palveluiden kehittämiseen asukaspaneelin, vaikuttamistoimielinten tai muiden asiakasosallisuuden keinojen avulla. Osa asiakkaistamme osallistuu itse palvelujen tuottamiseen yhdessä ammattilaistemme kanssa, esimerkiksi kokemosajaatoiminnan kautta. Pohjanmaan hyvinvointialueelle laadittu osallisuussuunnitelma muodostaa raamin osallisuustyön kehittämiseksi. [Osallisuussuunnitelma](#) on löydettävissä hyvinvointialueen verkkosivuilta.

Hyvinvointialueen alueella toimivia vaikuttamistoimielimiä ovat: nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto. Hyvinvointialueen asiakkaiden osallisuutta tuetaan myös muun muassa hyvinvointialueen toimialojen sekä järjestöjen ja yhdistysten välisillä

kumppanuuspöytäkeskusteluilla sekä koordinoitun järjestö- ja vapaaehtoistoiminnan (OLKA) kautta. OLKA-toiminta toteutetaan yhteistyönä Pohjanmaan Yhdistykset ry:n ja Pohjanmaan hyvinvointialueen välillä.

YKSIKÖN KUVAUS

Asiakas/potilas osallistuu hoidon suunnitteluun ensisijaisesti lähettävässä yksikössä. Radiologinen yksikkö edistää asiakkaan/potilaan osallistumista tutkimusten suunnitteluun antamalla mahdollisuuden vaikuttaa ajanvaraukseen. Yhteinen potilastieto-ohjelma avaa mahdollisuuden ajanvaraukseen eri toimipisteissä, joissa radiologian yksikkö tekee tutkimuksia. Potilaan toiveet otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon ajanvarauksessa. Palvelumuutoksia on käsitelty poliittisissa elimissä, jotta väestön osallistuminen otetaan huomioon päätöksenteossa. Hyvinvointialalla laadituissa väestökyselyissä on kysytty myös radiologian yksikön palveluista.

Lasten ja nuorten osallistuminen on huomioitu suunnittelemalla tutkimusten ajankohtia ja räätälöimällä esivalmistelut iän mukaan. Joskus on tarpeen nukkuttaa potilas tutkimuksen suorittamiseksi ja diagnostisten kuvien saamiseksi. Tämä suunnitellaan yhdessä anestesialääkärin ja lapsen hoitoyksikön kanssa.

3.4 Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

Pohjanmaan hyvinvointialueen asiakas/potilas/läheinen voi antaa saamastaan palvelusta ja hoidosta palautetta ja vaikuttaa siten palveluiden kehittämiseen saamansa/läheisen saaman palvelu/hoitokokemuksen kautta. Myös opiskelijoilta ja henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta.

Asiakaspalaute

Asiakaspalautekanavamme löytyvät hyvinvointialueen verkkosivuilta: pohjanmaanhyvinvointi.fi / Etusivu/Näin toimimme / [Anna palautetta](#).

Palautetta voi antaa sosiaali- tai terveydenhuollon palveluista, kotisivuista tai yleisenä palautteena (tällöin palaute ei kohdistu mihinkään tiettyyn yksikköön). Palautetta voi antaa myös suullisesti tai kirjallisesti suoraan palvelua tuottavaan tai hoitoa tarjoavaan yksikköön, esimerkiksi yksiköissä olevien asiakaspalvelupäätteiden sekä QR-koodien kautta. Osassa yksiköitä palautetta voi antaa myös tekstiviestien sisältämän linkin kautta.

Asiakaskokemus ja -tyytyväisyys

Hyvinvointialue mittaa asiakaskokemusta ja -tyytyväisyyttä nettosuosittelemisindeksin eli NPS-mittarin (Net Promoter Score) avulla. NPS-mittari kertoo, miten suuri osa asiakkaistamme suosittelisi Pohjanmaan hyvinvointialueelta saamaansa palvelua. NPS-lukema voi olla mitä tahansa lukujen -100 ja 100 väliltä. Yleisesti lukua 50 pidetään hyvänä. Mitä korkeampi lukema on, sitä useampi asiakas kertoo suosittlevansa hyvinvointialueen palvelua.

Opiskelijoilta kerättävä palaute

Hyvinvointialue kerää myös opiskelijoilta säännöllisesti palautetta NPS-mittarin ja opiskelijapalautekyselyn (CLES) avulla. NPS-luku voi vaihdella -100 ja + 100 välillä. Yleisesti lukua 50 pidetään hyvänä. Ohjeet opiskelijapalautteen antoon ja NPS-mittarin ja CLES-kyselyn tulokset löytyvät hyvinvointialueen intra-sivuilta.

Henkilöstöltä kerättävä palaute

Henkilöstöltä kerätään palautetta muun muassa työpaikan NPS-suosittelemittarin avulla.

Mittarin avulla saadaan tietoa henkilöstön viihtyvyydestä ja siitä, mitä mieltä työntekijät ovat työpaikastaan. Mittaus tehdään sähköpostitse kaksi kertaa vuodessa. Tulosten käsittelylle, raportoinnille ja läpikäynnille on laadittu ohjeet, jotka löytyvät hyvinvointialueen intra-sivuilta. Tulokset julkaistaan intra-sivuilla toimialoittain.

YKSIKÖN KUVAUS

Asiakkaiden/potilaiden palautetta kerätään hyvinvointialueen eri kanavien kautta. Henkilökunta, potilaat ja omaiset käyttävät Haipro-ohjelmaa asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratilanteiden ilmoittamiseen. Haipro-ilmoitukset käsittelevät yksikön esimiehet ja palveluvastaava. Ilmoitukseen vastataan kahden viikon sisällä ja henkilökunta osallistuu ilmoitusten käsittelyyn yksikön turvallisuuskulttuurin kehittämiseksi ja riskien toistumisen ehkäisemiseksi.

Radiologisen yksikön Roidu-päätteet sijaitsevat hyvinvointialueen yksiköissä. Roidu-vastausjärjestelmä on saatavilla hyvinvointialueen verkkosivustolla, ja siihen voi rekisteröityä myös QR-koodien avulla. Yksikön vastuuhenkilö käsittelee palautteet 2 viikon sisällä. Ilmoitus voi olla nimettömänä ja ilmoittaja voi myös antaa yhteystietonsa.

Asiakkaat/potilaat voivat antaa myös suullista palautetta, jonka henkilökunta kirjaa ja raportoi joko haipron tai Roidun kautta raportin luonteesta riippuen.

Jos ilmoitus tyytymättömyydestä hoitoon tai epäasiallisesta kohtelusta ja keskustelu yksikön kanssa ei johda mihinkään, voidaan kohtuullisessa ajassa tehdä huomautus tai valitus AVI:lle tai Valviralle. Yksikön esimies vastaa kanteluun.

Opiskelijat voivat antaa palautetta harjoittelusta CLES-ohjelman kautta.

Henkilöstö voi antaa palautetta työnantajalle NPS:n tai kyselyjen kautta.

Potilaiden, omaisten, opiskelijoiden ja henkilökunnan antamaa palautetta käsitellään henkilökunnan kokouksissa. Keskustelujen tavoitteena on kouluttaa ja johtaa kehittämistoimiin. Kokousten pöytäkirjoihin kirjataan toimenpiteet ja sovitut muutokset käytännöissä tai käyttäytymisessä.

3.5 Henkilöstö

Pohjanmaan hyvinvointialueen palveluyksiköissä tulee olla riittävästi toiminnan edellyttämää henkilöstöä (valvontalaki 741/2023, 9 §, 10 §). Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvaan henkilöstöön voi tarvittaessa sisältyä myös vuokratyönä tai alihankintana toiselta palveluntuottajalta hankittua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä (edellytyksenä työsopimuslain 55/2001, 7 §:n täyttyminen). Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön määrän on oltava riittävä potilaiden/asiakkaiden määrään sekä heidän hoidon, avun, tuen ja palvelujen tarpeeseen sekä siinä tapahtuviin muutoksiin nähden.

Hyvinvointialueen työntekijöitä, henkilöstöasioita, työsuojelua sekä työturvallisuuslain (738/2002) mukaisten veloitteiden noudattamista koskevat ohjeistukset löytyvät hyvinvointialueen intrasta: Palvelussuhteeni ja Aineistopankki sekä Alma-työpöytä sovelluksesta.

Hyvinvointialueen virkoihin ja toimiin valittavan henkilöstön muodolliset kelpoisuusvaatimukset, kuten ammatillinen kelpoisuus ja kielitaitovaatimukset on kuvattu kelpoisuussäännössä.

[Kelpoisuussääntö](#) on löydettävissä hyvinvointialueen verkkosivuilta.

3.5.1 Henkilöstön määrä ja rakenne

YKSIKÖN KUVAUS

Vakituisia virkoja on 55,5 röntgenhoitajaa, 1 osastonhoitaja, 2 apulaisosastonhoitajaa. 1 palvelupäällikkö, 1 ylilääkäri, 1 apulaisylilääkäri, 1 osastonylilääkäri, 14 radiologia, 1 johtava

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihe 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

fyysikko.

Vuorossa olevien röntgenhoitajien määrä työvuoroittain: aamuvuorossa 23 on optimaalinen määrä (harvoin meillä on riittävästi henkilökuntaa 23:lle), modaaliteettikohtaisesti vaihtelee, kuinka monta röntgenhoitajaa on vuorossa aamuvuorossa, iltavuorossa kolme ja yövuorossa kaksi. Viikonloppuisin lauantai-aamusta maanantai-aamuun on töissä yhteensä 14 röntgenhoitajaa

3.5.2 Sijaisten käytön ja rekrytoinnin periaatteet

YKSIKÖN KUVAUS

Osastonhoitajalla on oikeus aloittaa rekrytointi esimiestään/ylihoitajaa kuultuaan, jos on tarve täyttää avoimia työpaikkoja.

Henkilöstön rekrytointi virkoihin ja toimiin tapahtuu kuntarekryn kautta. Rekrytoinnin toteuttamisesta on saatavilla käsikirja.

Kun rekrytointiprosessi on viimeistelty kuntarekryssä, ylihoitaja on hyväksyttävä se ennen kuin HR julkaisee sen julkisesti haettavaksi. Hakijoiden määrästä riippuen suoritetaan haastattelut, jotka johtavat työllistämiseen, jos henkilö on pätevä. Haastattelua tehtäessä tarkastelemme aina heidän arvosanojaan koulusta, josta he ovat valmistuneet röntgenhoitajiksi. Tarkastamme myös mahdolliset kielitodistukset selvittääksemme, onko heillä organisaatiomme edellyttämä riittävä kielitaito. Röntgenhoitajilta edellytetään hyvää suullista ja tyydyttävää kirjallista taitoa kahdella kansallisella kielellä.

Tarkistamme myös hakijan mahdollisen aikaisemman työkokemuksen. Hakijan toimittamiin suosituksiin otetaan yhteyttä. Tarkistamme myös, onko hakijalla voimassa oleva LOVE (lääke-antolupa). Jos valittu hakija ei ole suorittanut LOVE-tutkintoa, se on suoritettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun röntgenhoitaja on aloittanut tehtävässään.

Esihenkilö on myös tarkistettava, että hakija täyttää infektiolain 48 §:n vaatimukset.

Osastonhoitaja tarkistaa aina julkiterhiksessä, onko henkilöllä ammatilliset oikeudet JulkiTerhikissä ennen kuin työsopimus laaditaan tai röntgenhoitajan työsopimus tehdään.

Toiminta määrää periaatteet miten käytetään sijaisia ja kuinka monta sijaistaa voidaan ottaa. Röntgenyksikkö on palveluyksikkö, joka palvelee muiden toimintayksiköiden potilaita.

Vuokratyövoimaa ovat pääasiassa radiologit ja konsultit.

Miten me hankimme tilapäistä työvoimaa päivystysaikana akuutin sairauden sattuessa, se on joko osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja, joka kutsuu työntekijöitä, jotka voivat tulla.

Sijainen tulee sitten töihin tuntilistalla. Pitkäaikaisen sairauspoissaolon sattuessa osastonhoitaja laatii sijaiselle työsopimuksen tai sijainen palkataan HPY:n osastonhoitajan kautta. Jos sijaista ei ole saatavilla tietyistä syistä tai rekrytointikiellon vuoksi, toimimme pienemmällä henkilöstömäärällä, mitä tapahtuu usein.

Kun opiskelija palkataan, opintopisteiden määrä ratkaisee sen, voiko opiskelija tehdä itsenäisesti kuvantamista ilman toisen röntgenhoitajan valvontaa. Osastonhoitajan vastuulla on tarkistaa opiskelijalta, kuinka monta opintopistettä hänellä on, esimerkiksi pyytämällä opintosuoritusotteen.

Lasten, iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien soveltuvuuden ja luotettavuuden varmistaminen rekrytoinnissa

YKSIKÖN KUVAUS

Ei koske radiologian yksikkö

3.5.3 Perehdytys, täydennyskoulutus ja osaamisen varmistaminen

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihe 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

Kirjaamo, XA1 | Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa | kirjaamo@ovph.fi

Henkilöstön perehdytys

Pohjanmaan hyvinvointialueen henkilöstön perehdyttäminen toteutetaan kolmitasoisen perehdytysohjelman mukaisesti (osat 1–3). Ensimmäinen osa koostuu yleisperehdytyksestä. Se on suunnattu kaikille työntekijöille sekä myös opiskelijoille ja kesätyöntekijöille. Toinen osa koostuu toimialakohtaisesta perehdytyksestä (valmistunee vuoden 2024–2025 vaihteessa). Kolmannen osan yksiköt/osastot tuottavat itse valmiiksi laadittuun raamitettuun pohjaan (toteutus vuoden 2025 aikana).

Hyvinvointialueen perehdytysohjelma on rakennettu Laatuportti-ohjelmaan. Laatuportista löytyvät myös henkilöstön osaamismatriisit. Laatuportista on luotu rajapinnat lisäksi HRM-järjestelmään. Järjestelmien kautta esihenkilöt voivat seurata työntekijän perehdytyksen eri osioiden suorittamisen etenemistä. Verkkopohjainen perehdytysohjelma varmistaa seurannan lisäksi kaikille tasalaatuisen perehdytyksen. Perehdytysohjelman läpikäyneet työntekijät saavat palautekyselyn perehdytysmateriaalista.

Verkkopohjainen perehdytys ei poissulje koskaan henkilökohtaista perehdytystä. Uudelle työntekijälle tulee nimetä aina perehdytyksestä vastaava henkilö. Henkilökohtaisen perehdytyksen rooli on verkkoperehdytystä tärkeämpää. Perehtymisohjelman sisällöt on kuvattu tarkemmin hyvinvointialueen intrassa.

YKSIKÖN KUVAUS

Meillä on oma perehdytysohjelmamme uudelle henkilöstölle. Osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja käy ohjelman läpi uuden työntekijän kanssa ja tarkistaa jälkikäteen, että työntekijä on saanut tietoa eri asioista.

Työturvallisuuden perehdyttäminen on erittäin tärkeää diagnostiikassa, mukaan lukien säteilyturvallisuus ja röntgensäteitä tuottavien laitteiden käyttö.

Perehdytysluettelot annetaan myös eri modaliteeteista, joita työntekijä tekee modaliteetista vastaavan päävastuuhoitajan kanssa sovitun perehdytysohjelman mukaisesti. Perehdytyksen pituus vaihtelee modaliteetin mukaan.

Harjoittelunsa aikana röntgenhoitajaopiskelija suorittaa eripituisia harjoittelujaksoja kaikissa modaliteeteissa. Röntgenhoitajaopiskelijalla on aina yksi tai kaksi nimettyä ohjaajaa, ja eri modaliteettien päävastuuhoitajat myös ohjaavat opiskelijaa. Kun opiskelija on saavuttanut koulutuksessaan oikeuden suorittaa tutkimuksia itsenäisesti. Silloin annetaan opiskelijalle sama perehdytys tiettyihin modaliteetteihin kuin valmistuneelle röntgenhoitajalle.

Hyvinvointialueen henkilöstö- ja koulutuspalvelut laativat vuosittain suunnitelman työntekijöiden ammatillisen osaamisen ylläpitämiseksi ja edistämiseksi yhteistyössä palvelusektorien kanssa. Täydennyskoulutusta järjestetään sekä sisäisesti että ulkoisesti.

Henkilöstön osaamista ja koulutustarpeita arvioidaan suhteessa sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintatapojen kehittämiseen ja hyvinvointisektorin strategiaan.

Lisäksi jokaisen työntekijän henkilökohtaiset koulutustarpeet tarkistetaan vuosittain kehityskeskustelun yhteydessä. Työntekijöillä on velvollisuus ylläpitää omaa ammatillista osaamistaan ja työnantajan velvollisuus on tarjota henkilöstölle mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 57/2024).

Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti erilaisia koulutuksia, kuten ensiapukoulutusta, hygieni- ja turvallisuuskoulutusta, lääkehallinnan verkkokoulutusta (LoVe), tietoturva- ja tietosuojakoulutusta sekä koulutusta erilaisten sähköisten järjestelmien käytössä.

Laatuportissa on yksikkökohtaisia ryhmämatriiseja henkilöstön osaamisen seurantaan.

Esimiehet voivat käyttää omaa ryhmämatriisiaan seuratakseen, mitä osaamisia henkilöstöllä on (lääkeluvat ja laitepassit). Henkilöstö voi myös seurata omia osaamisiaan ja niiden

päivitystarpeita.

Täydenniskoulutus ja osaamisen varmistaminen

Hyvinvointialueen henkilöstö- ja koulutuspalvelut laativat yhteistyössä palvelualueiden kanssa vuosittain henkilöstön osaamisen varmistamissuunnitelman työntekijöiden ammatillisen osaamisen ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Täydenniskoulutusta järjestetään niin omana sisäisenä koulutuksena kuin ulkoisina koulutuksina.

Henkilökunnan osaamista ja koulutustarpeita arvioidaan suhteessa sosiaali- ja terveystalouden toimintakäytäntöjen kehittämiseen ja hyvinvointialueen strategiaan. Lisäksi jokaisen työntekijän henkilökohtaiset koulutustarpeet käydään läpi kehityskeskustelussa vuosittain. Työntekijöillä on velvollisuus oman ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja työnantajalla on velvollisuus mahdollistaa henkilökunnan täydenniskoulutukseen osallistuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta 57/2024). Henkilöstölle järjestetään säännöllisesti erilaisia koulutuksia, kuten esimerkiksi ensiapukoulutusta, hygieni- ja turvallisuuskoulutuksia, lääkehoidon verkkokoulutusta (LoVe), tietoturva- ja tietosuojakoulutusta ja erilaisten sähköisten järjestelmien koulutuksia.

Laatuportti sisältää henkilökunnan osaamisen seurantaan varten yksikkökohtaiset ryhmämatriisit, joita esimiehet voivat käyttää henkilökunnan osaamisen seurannassa (lääkeluvat ja laitepassit). Henkilökunta voi myös seurata omaa osaamistaan ja sitä, milloin se on uusittava.

YKSIKÖN KUVAUS

Henkilökunnan täydenniskoulutusta varten laaditaan vuosittain koulutusohjelma. Radiologian osaston henkilökunnan kaikki koulutukset kirjataan ALMAan. Röntgenhenkilökunnalla on oltava 40 tuntia (8 tuntia/vuosi) säteilytyökoulutusta viiden vuoden aikana. Osastonhoitaja pitää kirjaa henkilökunnan osallistumisista eri koulutuksista ja seuraa, kuka on vuorollaan osallistumassa. Radiologian yksikön fyysikot ja radiologit pitävät koulutustilaisuuksia ajankohtaisista aiheista. Henkilökunnan koulutus- ja kehittämistarpeet tunnistetaan henkilöstön kanssa käytävissä kehityskeskusteluissa. Kehityskeskustelut ovat tärkeä osa sen varmistamista, että esimies voi tukea ja kannustaa henkilöstöä heidän työssään sekä heidän ammatillisessa tietämyksessään ja taidoissaan.

Kehityskeskustelut ovat tärkeä työkalu työntekijöiden osaamisen seurannassa, ja niitä käydään kerran vuodessa, ja niiden toteutumista seurataan Almassa. Joka vuosi kartoitetaan seuraavan vuoden koulutustarpeet.

Organisaatio järjestää pakollisen koulutuksen (ensiapu, elvytys, MET-koulutus, turvallisuus, tietoturva). Yksikkökohtaista koulutusta järjestetään yksiköissä. Ensiapukoulutusta järjestetään sekä osaston sisäiselle että hyvinvointialueen henkilöstölle.

LOVE-koulutus suoritetaan viiden vuoden välein, ja se sisältää teoriaosuuden, laskutehtävät ja käytännön suorituksen. LOVE-suoritus kirjataan Laatuporttiin.

Hyvinvointialueen/palveluntarjoajan on järjestelmällisesti seurattava ja arvioitava sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksen ja täydenniskoulutussuunnitelmien toteutusta. Täydenniskoulutuksen seurannan tulee sisältää vähintään koulutuksen riittävyyden, koulutukseen osallistumisen, koulutuksen sisällön, laadun ja vaikuttavuuden sekä koulutuksen kustannusten arviointi. Täydenniskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutus, työn vaativuus ja työtehtävien sisältö. Seurannasta vastaa esimies, ja raportointi tehdään Almassa ja laaturaportissa.

Esihenkilö seuraa työntekijän työaikaa työajanseurannan avulla. Esihenkilö voi tarkistaa, että työajat ovat lainsäädännön, työehtosopimusten ja organisaation omien sääntöjen mukaisia. Kehityskeskustelun avulla esihenkilö käy läpi työntekijän kanssa työsuorituksen ja tavoitteet.

Esihenkilö antaa palautetta ja arvioi tavoitteiden saavuttamista. Esihenkilö seuraa työntekijän suoriutumista päivittäisessä työssä, antaa palautetta työn laadusta, tehokkuudesta ja ammattitaidosta sekä ohjaa tarvittaessa työntekijää parantamaan taitojaan tai työmenetelmiään. Työntekijän työhyvinvointia ja työenergiaa seurataan poissaolotilastojen, tyytyväisyyskyselyiden ja NPS-kyselyn avulla. Henkilökunnalle järjestetään TYKY-päiviä ja työntekijälle annetaan varoja Epassin kautta sekä polkupyöräetuja. Jos työntekijän sairauslomassa on poikkeamia, esihenkilö keskustelee työntekijän kanssa ja selvittää, missä ongelma on. Tarvittaessa otetaan yhteyttä työterveyshuoltoon. Tämä tehdään aina työntekijän kanssa neuvotellen. Työaikajärjestelyistä keskustellaan työntekijän kanssa, jotta hän jaksaa työskentelyä paremmin ja kokee työn merkityksellisenä.

Palveluntuottajan tai esimiehen vastuulla on varmistaa, että työlainsäädäntöä ja työturvallisuuslain (738/2002) mukaisia työnantajan turvallisuusvelvoitteita noudatetaan. Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työpaikalla, mikä edellyttää järjestelmällisiä toimenpiteitä, riskienhallintaa ja jatkuvaa seurantaa.

Työnantajan on tunnistettava ja arvioitava työpaikan vaarat ja riskit. Työnantajan on varmistettava, että työpaikalla suoritetaan säännöllisiä riskinarviointeja, jotka kattavat fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät. Riskinarviointi on dokumentoitava ja asetettava työntekijöiden saataville.

Tunnistettujen riskien perusteella työnantajan on ryhdyttävä toimenpiteisiin vaarojen ja vammojen poistamiseksi tai minimoimiseksi. Tähän voi sisältyä työympäristön parantaminen, työvälineiden kunnossapito tai suojarusteiden tarjoaminen.

Työnjohtajan vastuulla on varmistaa, että työympäristö on turvallinen ja terveellinen. Tämä tarkoittaa, että työpaikan tilat, laitteet ja työkalut on huollettava ja niihin liittyvät vaarat tunnistettava ja niiltä suojauduttava.

Työpaikalla on käytettävä turvallisia ja hyväksytyjä työmenetelmiä. Esimiehen on varmistettava, että työntekijät ovat tietoisia turvallisista työmenetelmistä ja että niitä noudatetaan käytännössä. Esihenkilö järjestää röntgeninsinöörien kanssa neuvotellen säännöllisiä työalueiden ja laitteiden tarkastuksia ja varmistaa, että työkalut ovat hyvässä kunnossa ja turvallisia käyttää.

3.5.4 Työhyvinvointi ja työturvallisuus

YKSIKÖN KUVAUS

Esihenkilö seuraa työntekijän työaikaa työaikaseurannan avulla. Esihenkilö voi tarkistaa, että työajat ovat lainsäädännön, työehtosopimusten ja organisaation omien sääntöjen mukaisia. Suoritusarviointien avulla esihenkilö käy läpi työntekijän kanssa työsuorituksen ja tavoitteet. Esihenkilö antaa palautetta ja arvioi tavoitteiden saavuttamista. Esihenkilö seuraa työntekijän suoriutumista päivittäisessä työssä, antaa palautetta työn laadusta, tehokkuudesta ja ammattitaidosta sekä ohjaa tarvittaessa työntekijää parantamaan taitojaan tai työmenetelmiään. Työntekijän työhyvinvointia ja työenergiaa seurataan poissaolotilastojen, tyytyväisyyskyselyiden ja NPS-kyselyn avulla. Henkilökunnalle järjestetään TYKY-päiviä ja työntekijälle annetaan rahaa Epassin kautta sekä polkupyöräetuja. Jos työntekijän sairauslomassa on poikkeamia, esihenkilö keskustelee työntekijän kanssa ja selvittää, missä ongelma on. Tarvittaessa otetaan yhteyttä työterveyshuoltoon. Tämä tehdään aina työntekijän kanssa neuvotellen. Mahdollisista työaikajärjestelyistä keskustellaan työntekijän kanssa, jotta hän voi jatkaa työskentelyä ja kokea työn merkityksellisenä. Palveluntarjoajan tai esihenkilön vastuulla on varmistaa, että työlainsäädäntöä ja työnantajan työturvallisuusvelvoitteita työturvallisuuslain (738/2002) mukaisesti noudatetaan. Työturvallisuuslain mukaan työnantajan velvollisuus on varmistaa työntekijöiden turvallisuus ja terveys työssä, mikä edellyttää järjestelmällisiä toimenpiteitä, riskienhallintaa ja jatkuvaa seurantaa. Työnantajan on tunnistettava ja arvioitava työpaikan

vaarat ja riskit. Työnantajan on varmistettava, että työpaikalla tehdään säännöllisiä riskinarviointeja, jotka kattavat fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät. Riskinarviointi on dokumentoitava ja asetettava työntekijöiden saataville. Tunnistettujen riskien perusteella työnantajan on ryhdyttävä toimenpiteisiin vaarojen ja vammojen poistamiseksi tai minimoimiseksi. Tähän voi sisältyä työympäristön parantaminen, työvälineiden kunnossapito tai suojavarusteiden tarjoaminen. Esimiehen vastuulla on varmistaa, että työympäristö on turvallinen ja terveellinen. Tämä tarkoittaa, että työpaikan tilat, laitteet ja työvälineet on huollettava ja että niihin liittyvät vaarat tunnistetaan ja niiltä suojataan. Työpaikalla on käytettävä turvallisia ja hyväksytyjä työmenetelmiä. Esimiehen on varmistettava, että työntekijät ovat tietoisia turvallisista työmenetelmistä ja että niitä noudatetaan käytännössä. Esihenkilö järjestää röntgeninsinöörin kanssa neuvotellen työalueiden ja laitteiden säännöllisiä tarkastuksia ja varmistaa, että työkalut ovat hyvässä kunnossa ja turvallisia käyttää.

3.6 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

Pohjanmaan hyvinvointialueen henkilöstösuunnitelma perustuu hyvinvointialueen strategiaan, henkilöstöpolitiikkaan ja henkilöstöohjelman tavoitteisiin. Hyvinvointialueen on palvelunjärjestäjänä seurattava henkilöstön riittävyyttä palveluiden toteuttamisessa sekä oman palvelutuotannon että ostettujen palveluiden henkilöstön osalta (valvontalaki 741/2023, 23 §). Seurannassa on huomioitava tuotettavaa palvelua koskevasta erityislainsäädännöstä tulevat henkilöstömitoitusta ja resursointia koskevat vaatimukset, kuten esimerkiksi hoitajamitoitusten toteutuminen (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 20 §).

Henkilöstön riittävyyttä turvataan myös hankintayksikön kanssa yhteistyössä tehtävillä kilpailutuksilla. Palveluyksikköjen esihenkilöitä rekrytoinnissa ja sijaisten hankintatehtävässä tukee hyvinvointialueen eri palvelualojen henkilöstön rekrytointiin suunnatut resurssiyksiköt.

Toimi- ja tulosalueen valmiussuunnitelmissa tulee olla suunniteltuna henkilöstön kohdentaminen vakavissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Palveluyksiköt raportoivat ja julkaisevat henkilöstön riittävyyden poikkeamat, ja niiden perusteella tehdyt korjaavat toimenpiteet omavalvontasuunnitelman seurantaraportissa.

YKSIKÖN KUVAUS

Esihenkilö varmistaa radiologian yksikön johdon kanssa neuvotellen, että yksikössä on riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä ja että kaikki avoimet työpaikat täytetään mahdollisuuksien mukaan, jotta se vastaa potilaiden hoidon ja muiden toimintapisteiden palvelun varmistamista. Ennen jokaista vuosibudjetointia seurataan henkilöstön määrää ja avoimien työpaikkojen määrää sen varmistamiseksi, että ne ovat linjassa budjetoitujen varojen kanssa. Esihenkilön vastuulla on päivittäisessä toiminnassa seurata, että henkilöstökustannukset ja tilapäisen henkilöstön kustannukset pysyvät budjetoiduissa puitteissa.

Omavalvontasuunnitelmassa on otettava huomioon tarjottavaa palvelua koskevan erityislainsäädännön mukaiset henkilöstö- ja resurssivaatimukset.

Kirjalliset ohjeet siitä, kuinka monta röntgenhoitajaa lasketaan modaaliteettien kohden optimaalisen suorituskyvyn varmistamiseksi.

Jos lomien ja sairauspoissaolojen aikana ei ole riittävästi henkilöstöä käytettävissä, tehdään sulkemisia lähialueella, ja toinen lähialueen radiologian yksikkö hoitaa kuvantamisen, tai tietyissä modaaliteetteissä peruutetaan hoitoja keskussairaalan yksikössä. Tämä on potilasturvallisuuden näkökulmasta, koska tiettyjä modaaliteettejä ei voida ajaa liian pienellä röntgenhoitajien määrällä. Päätökset sulkemisista ja peruutuksista tekee osaston esihenkilö ylihoitajan kanssa ja

radiologian osaston ylilääkärin kanssa.

3.7 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö suorittaa tutkimuksia hyvinvointialueen eri palveluntarjoajien ja palveluntuottajien läheteillä. Potilaan/asiakkaan palveluntuottajien välinen yhteistyö tapahtuu jo ennen tutkimuspyynnön tekemistä. Epävarmoissa tapauksissa voidaan ottaa yhteyttä radiologian osastoon, jotta voidaan yhdessä selvittää, mikä tutkimus sopii potilaalle/asiakkaalle parhaiten. Radiologian yksikkö järjestää meeting tapaamisia eri erikoisalojen yhteistyöksi ja potilaan/asiakkaan jatkohoidon suunnitteluksi. Lähettävät yksiköt tiedottavat potilaalle suunnitellusta hoidosta ja takaavat tällä tavoin potilaan/asiakkaan mahdollisuuden osallistua hoitopäätöksiin. Jos tutkimuksen tarpeesta tai tutkimusvalinnasta on epävarmuutta, radiologi tai päivystysaikana röntgenhoitaja ottaa yhteyttä lähettävään lääkäriin. Palveluntuottajien välistä yhteistyötä helpottaa se, että koko hyvinvointialue käyttää samaa potilastieto-ohjelmaa, Lifecarea.

Radiologian yksikkö on laatinut ammattilaisohjeita, jotka kuvaavat, miten potilaat valmistellaan tutkimuksiin ja miten ajanvaraus tehdään. Ammattilaisohjeet ovat saatavilla intranetissä materiaalipankissa. Potilasohjeet on suunniteltu selittämään, miksi tutkimus tehdään, miten potilaan tulee valmistautua ja mahdolliset jälkihoitosäännöt. Potilasohjeet löytyvät Hoito-ohje.fi-sivustolta, SharePointista ja Helppari-sovelluksesta.

Tiedottaminen lähettävälle yksiköille tulee intranetin kautta. Yksittäistä yksikköä koskevat tiedot annetaan joko sähköpostitse tai yhteistyökokouksissa.

Radiologian yksikkö tarjoaa radiologisia palveluja koko hyvinvointialueella. Yhteistyötä tehdään käytännössä kaikkien terveydenhuollon ja terveydenhuollon palveluntuottajien kanssa, jotka tarvitsevat radiologisia palveluja diagnoosien varmistamiseksi. Palvelujemme organisointia ja odotusaikoja koskeva kritiikki muodostaa usein perustan yhteistyökokouksille.

Yhteistyökokousten tarkoituksena on tehostaa prosesseja, tiedottaa lähettävälle yksiköille prosessien muutoksista ja lisätä ymmärrystä potilaiden tarpeista. Radiologiaa säätelevät säteilysuojelulait, ja tehokkaiden prosessien kehittämisessä on otettava huomioon säteilyturvallisuuslait. Säteilyturvallisuutta koskeva tiedottaminen koulutustarkoituksiin on luonnollinen osa yhteistyökokouksia.

3.8 Toimitilat ja välineet

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikön tilat ovat säteilysuojelutoimintaa koskevien lakien ja määräysten mukaisia. Tilojen suunnittelussa on otettava huomioon säteilyturvallisuuslaki 859/2018, työturvallisuuslaki 738/2002 ja rakennuslaki 751/2023. Jos toiminta muuttuu tai tiloja peruskorjataan, muutoksista on ilmoitettava säteilyturvallisuusviranomaisille. Säteilyturvallisuuslain mukaan itsearviointit on tehtävä kerran vuodessa, ja itsearviointeja täydentävät sisäiset kliiniset auditoinnit on tehtävä vähintään neljän vuoden välein. Ulkoiset kliiniset auditoinnit on tehtävä vähintään kuuden vuoden välein. Auditointien ja itsearviointien sisältö on kuvattu tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön ionisoivaa säteilyä koskevassa asetuksessa 1044/2018. Tilojen suunnittelussa tulee ottaa huomioon henkilökunnan ja potilaiden/asiakkaiden kyky suojautua ionisoivalta säteilyltä asianmukaisesti. Henkilökunnan on ilmoitettava laitteissa tai tiloissa havaituista puutteista viipymättä esimiehelle ja/tai tekniselle henkilökunnalle yksikön Medusa-ohjelman kautta tai puhelimitse tekniselle päivystyshenkilökunnalle/röntgeninsinööreille.

Säteilyn käyttö edellyttää, että tilat on varustettu varoitusvaloilla, jotka ilmoittavat säteilyn käytöstä ja estävät siten ulkopuolisten pääsyn huoneeseen. Oviin on sijoitettu kylttejä, joissa

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihe 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

lukee "Röntgensäteily".

Yksikön ovet pidetään suljettuina ulkopuolisilta ja henkilökuntaa pyydetään pitämään ovet lukittuina, jotta luvattomat henkilöt eivät pääse tiloihin. Henkilökunta käyttää yksikköön sähköinen avainta. Tämän jälkeen johto saa pyytää raporttia henkilöistä, jotka ovat käyneet yksikköön sähköisellä avaimella. Rekisteriin kirjataan myös tiedot siitä, ketkä ovat olleet lääkehuoneessa. Henkilökuntaa pyydetään myös aktiivisesti seuraamaan, ketä tiloissa liikkuu. Huoltohenkilöiltä pyydetään henkilöllisyystodistusta. Kaikkia henkilökunnan jäseniä pyydetään pitämään henkilökorttinsa näkyvillä liikkueessaan sairaalan tiloissa.

Tilojen kunnossapito noudattaa yksikön laitteiden uusimissuunnitelmaa. Laitteiden käyttöikä otetaan huomioon jokaisessa huoneessa, ja tilat kunnostetaan laitteiden uusimisen yhteydessä. Vanhat laitteet poistetaan ja käsitellään lain määräämällä tavalla, jos niitä ei voida käyttää uudelleen. Joistakin laitteista huolehtivat valmistajat varaosien hyödyntämiseksi. Vanhoista hopeahiukkasia sisältävistä röntgenkuvista huolehtivat yritykset, jotka ottavat talteen ja kierrättävät vaarallisia jätteitä. Vaaralliset jätteet, kuten lyijyesiliinat, lajitellaan niiden erityisvaatimusten mukaisesti lyijyn poistamiseksi. Tartuntatautia aiheuttavia jätteitä käsitellään yksikössä määräysten mukaisesti. Jos laitteet saattavat olla tartuntavaarallisia, siitä ilmoitetaan yksikön siivoushenkilökunnalle. Yksikkö pyrkii vähentämään muovikäsineiden jätettä ajantasaisten suositusten mukaisesti. Hankintayksikkö ilmoittaa, jos jokin tuote poistetaan käytöstä turvallisuusriskien vuoksi. Röntgenyksikössä käytettävät tuotteet kerätään määräysten mukaisesti ja tuote poistetaan välittömästi käytöstä. Jos käytössä olevassa tuotteessa havaitaan puutteita, tehdään valitus hyvinvointialan määräysten mukaisesti. Jos on olemassa potilasvahingon riski, tehdään myös haipro-raportti.

3.9 Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Hyvinvointialueen palveluyksiköissä käytettävien laitteiden, välineiden tulee olla vaatimukset täyttäviä ja turvallisia. Palveluntuottajan tulee huolehtia lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) mukaisista velvoitteista. Ammattimaisella käyttäjällä tulee olla nimettyä vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, että käyttäjän toiminnassa noudatetaan lakia lääkinnällisistä laitteista (719/2021, 32–33 §).

Fimea valvoo lääkinnällisten laitteiden vaatimustenmukaisuutta ja alan toimijoita Suomessa. Laitteiden vaatimustenmukaisuuden valvonta koskee markkinoille saatettuja lääkinnällisiä laitteita ja niiden ammattimaista käyttöä ja ylläpitoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lääkinnällisten laitteiden aiheuttamasta vaaratilanteesta, joka on johtanut tai olisi voinut johtaa asiakkaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen on tehtävä aina vaaratilanneilmoitus Fimealle (Fimea: Määräys ja ohje 16.05.2023, Dnro FIMEA/2021/007734).

Terveydenhuollon laitteiden ammattimaisen käytön vastuuhenkilön nimi ja yhteystiedot

Sairaalatekniikan päällikkö, puhelinnumero: 044 323 1181

Pohjanmaan hyvinvointialue varmistaa yhteistyössä 2M-IT:n asiantuntijoiden kanssa, että hyvinvointialueella/palveluyksiköissä käytetään asiakastietolain (703/2023) vaatimusten mukaisia tietojärjestelmiä, ja jotka vastaavat käyttötarkoitukseltaan palveluntuottajan toimintaa ja jonka tiedot löytyvät Valviran tietojärjestelmärekisteristä.

Hyvinvointialueelle on laadittu vuonna 2024 organisaation sisäiseen käyttöön tarkoitettu tietoturvasuunnitelma (intra). Tietoturvasuunnitelma täyttää asiakastietolain (703/2024) 77 §:n ja THL:n määräyksen 3/2024 mukaiset velvoitteet. Tietoturvasuunnitelman, ja sen päivittämisen vastuuhenkilöitä ovat tietohallintojohtajat. Tietoturvasuunnitelma tarkastetaan kerran vuodessa

vuosikellon mukaisesti ja tarvittaessa henkilötietojenkäsittelyn ohjeistuksen tai tietojärjestelmien muutosten tai päivityksien yhteydessä. Tietoturvasuunnitelman toteutumista seurataan ja kehitetään yhteistyössä sekä 2M-IT:n että Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntijoiden kanssa. Tietoturvatyömenpiteiden käytännön toteuttamisesta vastaavat tietohallintojohtajat sekä 2M-IT:n asiantuntija. Tietosuojatyömenpiteiden käytännön toteuttamisesta vastaa hyvinvointialueen tietosuojavastaavat.

Jos yksikössä on käytössä kameravalvonta, tulee siitä ilmoittaa henkilölle kameravalvonta -merkinnällä ennen valvotulle alueelle/valvottuun rakennukseen astumista. Kameravalvonnan osalta hyvinvointialueella toimitaan Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston antaman ohjauskirjeen (Kameravalvonta sosiaalihuollon toimintayksiköissä, 2.2.24 LSSAVI/677/2024) ja hyvinvointialueen laatiman kameravalvontaa koskevan ohjeistuksen (intra) mukaisesti. Kameravalvonnan rekisteriseloste on löydettävissä hyvinvointialueen verkkosivuilta: <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/tietoa-meista/organisaatio-ja-paatokseteko/tietosuojakaytantomme/>.

Lääkinnälliset laitteet

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologisella yksiköllä on laitevastaava. Laitevastaava vastaa yksikön lääketieteellisten laitteiden rekisterin ylläpidosta ja päivittämisestä yhdessä teknisen yksikön kanssa. Laitteet rekisteröidään Medusa-ohjelmaan ja huolto-protokollia ylläpidetään. Rekisteri sisältää kaikki yksikön lääketieteelliset laitteet. Yksikön perehdytysohjelmaan kuuluu koulutus yksikön röntgenlaitteiden käyttöön. Yksiköllä on päävastuuhoitajia eri modalityteissä (TT, MRI, angiografia, läpivalaisu, ultraääni, Natiivi, KKTT, optg ja luuntiheys mittaus). Päävastuuhoitajat osallistuvat hankintaprosessiin ja saavat perusteellista tietoa laitteiden käytöstä. He vastaavat perehdytyslomakkeen suunnittelusta, joka kattaa sekä radiologiset laitteet että muut tutkimuksissa käytettävät oheislaitteet, kuten automaattiruiskut jne. Jokaisella tutkimushuoneella on oma perehdytyslomakkeensa, joka täytetään ja allekirjoitetaan perehdytyksen päätyttyä. Alkuperäinen lomake säilytetään osastonhoitajan toimistossa ja työntekijä säilyttää siitä kopion. Pidemmän poissaolon (yli vuoden) jälkeen täytetään uusi perehdytyslomake. Yksikön laitepassi kattaa laitteet, jotka sisältyvät yksikön käyttöönotto-ohjelmaan eri modalityteissä.

Jokaisessa tutkimushuoneessa on vikavihko. Henkilökunnan vastuulla on kirjata tekniset viat lokiin ja ottaa sen jälkeen välittömästi yhteyttä sairaalan röntgeninsinööreihin. Laitetta ei käytetä ennen kuin röntgeninsinöörit ovat antaneet siihen luvan.

Röntgenteknikot suunnittelevat osaston röntgenlaitteiden vuosihuollot ja seuraavat säteilymittausten tuloksia huollon yhteydessä. Jokainen laitetta käyttävä henkilökunnan jäsen on vastuussa mahdollisten poikkeamien ilmoittamisesta ja laitteen käyttökieltojen ilmoittamisesta muulle henkilökunnalle. Röntgeninsinöörit osallistuvat hankintaprosessiin ja saavat laitekohtaisen koulutuksen, jotta he voivat suorittaa korjauksia kaikille hyvinvointialueen röntgenlaitteille. He tilaavat varaosia ja päättävät, pyydetäänkö yrityksen huoltohenkilöstöä paikan päälle suorittamaan huolto.

Osaston laitevastaava seuraa rekisteröityjen laitteiden vuosihuoltoja ja ilmoittaa heille kaikista uusista hankituista laitteista. Tekninen yksikkö testaa ja hyväksyy laitteet ennen niiden käyttöönottoa. Laitteita käyttävän henkilökunnan velvollisuus on ilmoittaa kaikista ongelmista tekniselle yksikölle. Laitevastaava vastaa käyttökeltomien laitteiden rekisteröinnistä poistamisesta ja uusien hankittujen laitteiden rekisteröinnistä Medusaan.

Yksikön fyysikko seuraa säteilyannoksia ja optimoivat säteilyannoksia yhdessä röntgenhoitajien ja radiologien kanssa. Mahdolliset säteilypoikkeamat rekisteröidään ja tarvittaessa otetaan yhteyttä laitevalmistajaan.

Radiologian yksikön johtoryhmä suunnittelee uusien laitteiden hankinnan yhteistyössä röntgeninsinöörien kanssa ja arvioi, milloin röntgenlaite on saavuttanut käyttöikänsä ja on uusittavaa. Pienempiä lääketieteellisiä laitteita hankittaessa hankintayksikkö tekee sopimukset Fimean hyväksymien toimittajien kanssa, jotka ovat saatavilla Fiorin tuotevalikoimassa. Uusia lääketieteellisiä laitteita hankittaessa laite rekisteröidään Medusa-rekisteriin, ja lääkintäteknologiayksikkö testaa ja hyväksyy laitteen ennen käyttöönottoa. Röntgenlaitteita hankittaessa kustannukset ylittävät usein kansalliset rajat, joten otetaan yhteyttä hyvinvointialueen hankintayksikköön hankinnan toteuttamiseksi yhdessä hankintadirektiivin mukaisesti. Prosessi toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä, jossa otetaan huomioon toiminnot, säteilyannokset, turvallisuus, käyttäjäystävällisyys ja kuvanlaatu. Kun laite on vastaanotettu, röntgeninsinöörit ja hankintaan osallistuvat suorittavat lopputarkastuksen jonkin ajan kuluttua laitteen asennuksesta. Vasta kun lopputarkastus on suoritettu ja kaikki osapuolet ovat hyväksyneet sen, takuu-aika alkaa.

Lääkinnällisille laitteille nimetyn vastuuhenkilön (palvelu/yksikön laitevastaavan) nimi ja yhteystiedot

Marcus Cederberg, laitevastaava röntgenhoitaja, 062132472

Matilda Hosiasluoma, röntgeninsinööri 062188167

Bo Lind, röntgeninsinööri 062188165

Tietojärjestelmät ja tietoturva

YKSIKÖN KUVAUS

Pohjanmaan hyvinvointialue varmistaa yhdessä 2M-IT-asiantuntijoiden kanssa, että hyvinvointialueella/palveluyksikössä käytetään asiakastietolain (703/2023) vaatimukset täyttäviä tietojärjestelmiä, että tietojärjestelmien käyttötarkoitus vastaa palveluntarjoajan toimintaa ja että palveluntarjoajaa koskevat tiedot sisältyvät Valviran tietojärjestelmärekisteriin. Hyvinvointialueelle on laadittu organisaation sisäiseen käyttöön (intra) tarkoitettu tietoturvasuunnitelma vuonna 2024. Tietoturvasuunnitelma täyttää asiakastietolain (703/2024) 77 §:ssä ja THL:n asetuksessa 3/2024 säädetyt vaatimukset. Tietoturvasuunnitelmasta ja sen päivittämisestä vastaavat IT-johtajat. Tietoturvasuunnitelmaa tarkastellaan kerran vuodessa vuosikalenterin mukaisesti ja tarvittaessa henkilötietojen käsittelyohjeiden tai tietojärjestelmän muutosten tai päivitysten yhteydessä. 2M-IT seuraa ja kehittää tietoturvasuunnitelman toteutumista yhdessä Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntijoiden kanssa. Tietoturvatöimien käytännön toteutuksesta vastaavat IT-johtajat ja 2M:n IT-asiantuntija. Hyvinvointialueen tietosuojavastaava vastaa tietosuojatoimien käytännön toteutuksesta.

Radiologian yksikön henkilökunta oppii käyttämään tietojärjestelmiä oikein yksikön perehdytyksen yhteydessä. Henkilökunta kirjautuu sisään henkilökohtaisella ammattikortillaan. Potilastietojärjestelmät toimivat esimiehen 2Mitin tilausohjelman kautta tilaamien henkilöprofiilien mukaisesti. Röntgenhoitaja ja radiologit työskentelevät pääasiassa LIW-ohjelmassa. Tarvittaessa tietoja voidaan hakea potilastiedoista, ja syy kirjataan etukäteen, ja potilas/asiakas voi lokitietojen avulla nähdä, kuka radiologian yksikön henkilökunnasta on lukenut hänen tietojensa. Radiologian yksikkö pitää säännöllisiä kokouksia 2Mitin henkilökunnan kanssa, joissa käydään läpi tietokoneohjelmien toiminnot ja mahdolliset poikkeamat ja häiriöt. Henkilökuntaa pyydetään myös ilmoittamaan tietoliikenneyhteyksien tai ohjelmien häiriöistä Haipro-järjestelmän kautta. Vakavien häiriöiden sattuessa henkilökuntaa pyydetään ottamaan yhteyttä 2M-it-palvelupisteeseen. Yksiköllä on laaditut määräykset tietoliikenneyhteyksien häiriöiden käsittelystä.

Teknologian käyttö

YKSIKÖN KUVAUS

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihe 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

Kirjaamo, XA1 | Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa | kirjaamo@ovph.fi

Röntgenosastolla on odotushuoneissa kameroita, jotta voidaan seurata potilaiden saapumista osastolle. Iltaisin, kun röntgenkansliassa ei ole henkilökuntaa, henkilökunta valvoo käytävillä liikkumista. TT- ja MRI-tutkimushuoneissa on valvontakamerat, jotta potilaita voidaan seurata heidän ollessaan yksin tutkimushuoneessa. Potilailla on myös mikrofoni, ja he voivat kommunikoida henkilökunnan kanssa tai hälyttää henkilökuntaa painamalla painiketta. Kamerate eivät tallenna mitään tietoja. Henkilökunnan turvallisuuden vuoksi DECT-puhelimissa on henkilökohtaiset hälytykset. Hälytys menee vartijoille, jotka soittavat tai tulevat paikalle, jos kukaan ei vastaa. Muiden toimipisteiden röntgenyksiköt on sopimuksia vartiointiliikkeen kanssa, ja henkilökohtainen hälytys ohjataan ulkopuoliselle vartiointifirmoille. Potilaiden wc-tiloissa on hälytyksiä, jotka näkyvät osaston sisällä ohjaushuoneissa ja käytävillä. Rikkoutuneiden laitteiden huolto voi johtaa pidempään odotusaikoihin. Vaasan yksikössä on korvaavia laitteita natiivitutkimuksiin, TT-tutkimuksiin, MRI-tutkimuksiin, ultraääneen, läpivalaisuun tai angiografiaan. Vaasan keskussairaala ei ole korvaavia laitteita hammasröntgeniin, luuntiheysmittauksiin ja mammografiaan. Palvelukeskeytysten sattuessa potilaiden tutkimukset voidaan suorittaa lähiyksiköissä tai yksityisillä palveluntarjoajilla. Jos laitteiden käyttö ei ole mahdollista muissa hyvinvointialueen röntgenyksiköissä, tutkimukset tehdään Vaasan keskussairaalaan. Äkillisen keskeytyksen sattuessa päivystystutkimukset siirretään Vaasan keskussairaalaan. Pidemmän keskeytyksen sattuessa yksikön johto ja yksikön esihenkilöt suunnittelevat, miten kohtuuttomat tutkimusjonot vältetään. Tarvittaessa voidaan tehdä sopimuksia yksityisten palveluntarjoajien kanssa tai ostaa palveluita muilta hyvinvointialueilta.

3.10 Lääkehoito

Pohjanmaan hyvinvointialueen jokaisessa lääkehoitoa ja lääkehoidon ohjausta toteuttavassa työyksikössä tulee olla ajantasainen, lääkärin allekirjoittama lääkehoitosuunnitelma, josta käy ilmi yksikössä toteutettava lääkehoito ja lääkehoidon toteuttamisen toimintatavat.

Hyvinvointialueella kaikki laillistetut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä lääkehoitoon koulutetut nimikesuojatut ammattihenkilöt, jotka osallistuvat työssään lääkehoidon toteuttamiseen varmistavat lääkehoito-osaamisensa. Lääkelupa uusitaan viiden vuoden välein. Lääkehoitosuunnitelmien ja lääkehoitolupien hyväksymisvastuut on delegoitu johtajaylilääkärin päätöksellä erikseen nimetyille vastuulääkäreille alueellisesti tai erikoisalakohtaisesti.

Työyksiköiden lääkehoitosuunnitelmat perustuvat [STM:n Turvallinen lääkehoito -oppaaseen \(2021: 6\)](#), Pohjanmaan hyvinvointialueen oppaaseen turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta (intra) sekä toimialojen ja tulosalueen toimintaohjeisiin. Turvallinen lääkehoito -oppaassa on kuvattuna organisaatiossa lääkehoidon turvallisuuteen ja toteuttamiseen vaikuttavat osat alueet, periaatteet sekä toimintatavat ja -ohjeet, joilla lääkitysturvallisuuden toteutuminen pyritään varmistamaan. Opas ohjaa toimiala- ja työyksikkökohtaisten suunnitelmien laadintaa. Oppaassa kuvataan lääkehoidon toteuttamisen liittyvä vastuunjako sekä vähimmäisvaatimukset, jotka yksikön ja lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan työntekijän on täytettävä. Työyksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat laaditaan hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelmapohjaan. Yksiköt päivittävät lääkehoitosuunnitelmat kerran vuodessa ja tarvittaessa useammin, jos yksikön toiminnassa, vastuuhenkilöissä tai lainsäädännössä tapahtuu muutoksia.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö on laatinut osastolle lääkehoitosuunnitelman, jonka yksikön ylilääkäri on hyväksynyt. Yksikön esihenkilöt vastaavat siitä, että yksikön henkilökunta uusii lääkehoitoosaamisensa viiden vuoden välein ja että yksikön lääkehoitosuunnitelma laaditaan ja

päivitetään STM:n turvallisen lääkehoidon käsikirjan mukaisesti. Suunnitelman laativat ja päivittävät yksikön lääkehoidon vastuuhenkilöiksi nimetyt röntgenhoitajat. Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään tentin sisältö ja miten yksikkö varmistaa turvallisen lääkehoidon. Käytännön näyttöjen sisältö on laadittu yhdessä yksikön esihenkilön ja hyvinvointialueen lääketurvallisuuskoordinaattorin kanssa vastaamaan käytännössä yksikön tarpeita. Yksikössä työntekijät saavat perehdytyksen turvalliseen lääkehoitoon käytännössä osastolla yksikön perehdytysohjelman kautta jokaisessa tutkimushuoneessa sekä uusien työntekijöiden tutustuessa yksikön lääkehoitosuunnitelmaan työsuhteensa alussa. Lääkityssuunnitelman muutoksista keskustellaan henkilöstökokouksissa. Yksikön lääkehoitovastaavat osallistuvat koulutukseen ja välittävät tietoa yksikköön. Käytännön näytöt vastaanottaa röntgenhoitaja, joka on osallistunut koulutukseen käytännön näyttöjen vastaanottamisesta ja raportoinnista. Lääkesuunnitelman tuloste on saatavilla yksiköissä ja yksikön verkkolevyllä.

Yksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan lääkärin nimi ja yhteystiedot

Reijo Autio, johtava lääkäri, 0406703418

Yksikön lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta vastaavan sairaanhoitajan nimi ja yhteystiedot

Rebecca Kjellman, röntgenskötare, läkemedelsansvarig, 06 2132472

Johanna Lindström, röntgenskötare, läkemedelsansvarig, 06 2132472

Leena Sipilä, Biträdande avdelningsskötare, 0404894704

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare, 0407466050

3.11 Ravitsemus

YKSIKÖN KUVAUS

Ei koske yksikköä

3.12 Hygienia, infektioiden ehkäisy ja torjunta

Pohjanmaan hyvinvointialueella noudatetaan tartuntatautilakia (1227/2016) ja THL:n ohjeita ja suosituksia. Näiden pohjalta hyvinvointialueelle on luotu omat hygienia- ja infektioidentorjuntaohjeet. Nämä ohjeet löytyvät henkilökunnalle sekä palveluntuottajille hyvinvointialueen intrasta ja Sharepointista.

Hygieniahoitajat toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden infektioiden torjunnan asiantuntijoina yhteistyössä hyvinvointialueen infektiolääkärin kanssa. Hyvinvointialueella toimivien hygieniahoitajien yhteystiedot ja vastuualueet löytyvät hyvinvointialueen intrasta ja [verkkosivuilta](#).

Tartuntatautihoitajat työskentelevät sote-keskuksissa ja vastaavat kansalaisten sekä koulujen ja päiväkotien neuvonnasta ja tartuntatautien selvittämistyöstä yhdessä tartuntatautilääkäreiden kanssa: <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/nain-toimimme/hygienia-ja-infektioiden-torjunta/tartuntataudit/>

Yksiköllä tulee olla oma nimetty hygieniavastaava. Työyksiköissä toimivien hygieniavastaavien rooli ja tehtäväkuvaus löytyy intrasta ja yksityisten palveluntuottajien Sharepointista.

Lisätietoa hygieniakäytännöistä ja infektioiden torjunnasta:

THL. Infektioiden ehkäisy- ja torjuntaohjeita: <https://thl.fi/aiheet/infektiaudit-ja-rokotukset/>

[taudit-ja-torjunta/infektioiden-ehkaisy-ja-torjuntaohjeita](#)

THL. Infektiotaudit ja rokotukset: <https://thl.fi/aiheet/infektiotaudit-ja-rokotukset/>

Pohjanmaan hyvinvointialueen intrasivut: Hygienia ja infektioiden torjunta

Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivut: [Palveluntuottajien ohjeet](#)

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologisella yksiköllä yksi röntgenhoitaja on nimetty hygieniavastaavaksi. Hänen tehtävänä on jakaa tietoa hyvinvointialueen hygieniakoulutuksesta henkilökunnalle. Epäselvyytilanteissa henkilökunta voi ottaa yhteyttä hygieniapäälliköihin. Tarvittaessa koulutus järjestetään yksikössä hyvinvointialueen hygieniakoordinaatorin toimesta. Laitteet ja niiden puhdistus vaativat erityisaineita. Yksiköllä on erityisohjeet siitä, mitä aineita laitteiden ja instrumenttien puhdistukseen ja desinfiointiin saa käyttää. Kunkin huoneen käyttöönoton yhteydessä käydään läpi käytettävät aineet. Potilaiden potilaskertomuksista käy ilmi, onko infektioriski otettava huomioon. Riskitiedot näkyvät automaattisesti LIW:ssä, joka on radiologisen henkilökunnan tietokoneohjelma. Röntgenhoitajat vastaavat röntgenlaitteiden puhdistamisesta potilaiden välillä. Siivoushenkilökunta puhdistaa tutkimushuoneiden tutkimuspöydät ja oheislaitteet. Röntgenhoitajat puhdistavat näppäimistöt. Eristyshuoneissa käytettävät osastolaitteet pestään sairaalan hygieniaasiantuntijoiden kanssa yhteistyössä kehitettyjen käytäntöjen mukaisesti. Käsidesiä on saatavilla jokaisessa osaston tutkimushuoneessa ja tutkimushuoneessa.

Yksikön hygieniavastaavan nimi ja yhteystiedot

Susanne Ehn, hygieniavastaava, röntgenhoitaja, 06213242

Elina Välvainio, asiantuntija hygieniahoitaja, 0403232405

3.13 Terveystien- ja sairaanhoito

YKSIKÖN KUVAUS

Ei koske yksikköä

3.14 Hyvinvointia, kuntoutumista, osallisuutta ja kasvua tukeva toiminta

YKSIKÖN KUVAUS

Ei koske yksikköä

3.15 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

Pohjanmaan hyvinvointialue toimii järjestämisvastuulleen kuuluvien palveluiden osalta asiakas/potilastietojen rekisterinpitäjänä. Hyvinvointialueen/palveluyksikön tulee varmistaa, että palveluyksikön toiminnassa noudatetaan EU:n yleisen tietosuojasetuksen (679/2016) ja asiakastietolain (703/2023) säännöksiä ja Pohjanmaan hyvinvointialueen asiakas- ja potilastietojen käsittelystä ja tietosuojasta laativia ohjeistuksia.

Hyvinvointialueen tietosuojakäytäntöjä ja henkilötietojen käsittelyä koskevat menettelytavat on kuvattu Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla: [Tietosuojakäytäntömme](#) ja henkilöstölle intrassa, Tietosuoja ja tietoturva -sivustolla. Samalta sivustolta löytyy myös toimintaohjeet henkilöstölle, miten tulee toimia tietosuojasetuksen (679/2016) 34 artiklan mukaisesti mahdollisen henkilötietojen tietoturvaloukkauksen yhteydessä (Ilmoitus tietoturvaloukkauksesta).

Kaikki hyvinvointialueen työntekijät, opiskelijat ja muut henkilöt, jotka käsittelevät organisaation salassa pidettäviä tietoja allekirjoittavat tietojen ja tietojärjestelmien käyttöä koskevan

salassapitositoumuksen. Salassapitovelvollisuus koskee työntekijöitä palvelus- tai toimeksiantosuhteen aikana ja sen jälkeen. Työntekijöiltä edellytetään lisäksi suorittamaan tietosuoja- ja tietoturvakoulutuksen. Linkki koulutukseen ja salassapitositoumukseen löytyy intrasta: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietosuojakoulutus.

Pohjanmaan hyvinvointialueen sisäiseen käyttöön laadittu tietoturvasuunnitelma löytyy hyvinvointialueen intrasta.

YKSIKÖN KUVAUS

Uuden työsuhteen alkaessa allekirjoitetaan salassapitosopimus. Henkilökunta kirjautuu potilastietojärjestelmiin ammattikorteilla. Opiskelijat allekirjoittavat salassapitosopimukset, jotka skannataan Dynasty-ohjelmaan ja jotka ovat voimassa 2 vuotta ennen uusimista.

Rekisteritietojen käsittelyssä noudatetaan huolellisuutta, ja tietojärjestelmillä käsiteltävät tiedot suojataan asianmukaisesti. Rekisterinpitäjä varmistaa, että rekisteröityjä koskevia tietoja, palvelinten käyttöoikeuksia ja muita henkilötietojen turvallisuuden kannalta kriittisiä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja vain niiden työntekijöiden toimesta, joiden työtehtävien mukaan on velvollisuus käsitellä näitä tietoja. Henkilötietojen käsittely potilasrekisterissä perustuu potilaan ja potilasta hoitavan henkilökunnan väliseen hoitosuhteeseen tai muuhun pätevään yhteyteen. Potilastietoja saa käsitellä vain siinä laajuudessa kuin työtehtävät ja vastuut edellyttävät. Radiologian yksikkö käsittelee potilastietoja pääosin omassa RIS-ohjelmassaan LIW. Radiologian yksikön henkilökunta on hoitosuhteessa potilaaseen, jolla on pyyntö tehty yksikköön. Yksikkö ei säilytä potilastietoja sisältäviä asiakirjoja (manuaalista aineistoa) lukitsemattomissa tiloissa. Potilaalla on oikeus pyytää kuvineen varustettu CD-levy. Tätä varten tehdään sähköinen lähete, jossa ilmoitetaan kuka pyynnön vastaanotti ja minne CD-levy on lähetetty. Kuvat luovutetaan asiakkaan esittämää henkilöllisyydistodistusta vastaan. Yksikössä on lukitut säilytysastiat, jotka tyhjennetään kerran kuukaudessa ja lähetetään tuhottavaksi. Hävitettävät CD-levyt tuhotaan vahingoittamalla pintaa ja poistamalla levyiltä henkilötiedot. Radiologisten tutkimusten raportit siirretään Oma-Kanta-palveluun, jossa potilas voi itse nähdä tulokset. Radiologi voi tarvittaessa lykätä siirtoa Oma-Kanta-arkistoon, jos tietojen luonnetta voidaan pitää potilaalle haitallisena.

Henkilökuntaa informoidaan potilastietojen käsittelystä ja siitä, että tietokoneita tai tiloja ei saa jättää valvomatta. Henkilökuntaa kannustetaan myös ilmoittamaan, jos heidän omassa yksikössään tietojen luottamuksellisuus vaarantuu. Potilastietojärjestelmien käyttöoikeudet tilataan työsuhteen alussa, ja niitä voidaan tarvittaessa rajoittaa.

2Mit vastaa tietosuojasta. Henkilökunta on itse vastuussa tietoturvalisesta työskentelystä. Kuvia voidaan lähettää sähköisesti toiseen hoitoyksikköön pyynnöstä. Kuvien lähettäminen edellyttää potilaan suostumusta. Tapahtumaa varten luodaan sähköinen lähete, johon kirjataan potilaan suostumus ja joka tuhotaan potilaan allekirjoituksella varustettuna.

Ulkopuolisia kuvia voidaan tallentaa kuva-arkistoon, jos potilaalla on hoitosuhde johonkin hyvinvointialueen yksikköön. Tämän varmistamiseksi CD-levy tai muistitikku hallinnoidaan hyvinvointialueen lähettävän yksikön kautta. Kuvien tallentamiseksi kuva-arkistoon tarvitaan lähettävän yksikön sähköinen pyyntö. Henkilökunnan perehdytyksessä selitetään, miten potilastietoja tulee käsitellä lain mukaan. Yksikössä ylläkäri vastaa siitä, että potilastietoja käsitellään lakien ja asetusten mukaisesti.

Asiakastietolain (703/2023) 7 §:n mukaisen palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä, ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaava johtajan/vastuuhenkilön nimi ja yhteystiedot

Reijo Autio, johtava lääkäri, 0406703418

Pohjanmaan hyvinvointialueen tietosuojavastaavien yhteystiedot ja lokitietopyyntöjen

toimitusosoitteet

Hyvinvointialueen tietosuojavastaava käsittelee saapuneet lokitietopyynnöt ja selvitykset. Tietotopyynnöt on tehtävä kirjallisesti ja osoitettava osoitteeseen:

Pohjanmaan hyvinvointialue, Tietosuojavastaava / C.0, Hietalahdenkatu 2–4, 65130 Vaasa
Tietosuojavastaava: Tuija Viitala
Puhelinnumero 06 213 1840, sähköposti: tietosuojavastaava@ovph.fi
tai

Pohjanmaan hyvinvointialue, Tietosuojavastaava, Tammikaivontie 4, 1. kerros, 65100 Vaasa
Tietosuojavastaava: Anne Korpi
Puhelinnumero 040 183 2211, sähköposti: tietosuojavastaava@ovph.fi

4. OMAVALVONNAN RISKIENHALLINTA

4.1 Riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Pohjanmaan hyvinvointialueen riskienhallinnan vastuut on kuvattu hyvinvointialueen hallintosäännössä, toimintasäännössä ja omavalvontaohjelmassa. Riskienhallintaprosessi ja riskienhallinnan käytännön menettelytavat on kuvattu organisaation sisäiseen käyttöön tarkoitetussa Riskienhallinnan käsikirjassa (intra/aineistopankki).

Riskienhallinta ja -arviointi on osa Pohjanmaan hyvinvointialueen systemaattista asiakas/potilasturvallisuuden kehittämistä ja yksiköiden tavanomaista toimintaa. Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat/potilaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä havaintojaan ja epäkohtia.

Riskinarviointia tehdään sekä yksikkötasolla päivittäisessä työssä, että osana johdon päätöksentekoprosessia. Ennakoiva riskinarviointi on osa jatkuvaa toiminnan kehittämistä sekä yksikkö-, alue- että organisaatiotasolla. Johdon ja/tai yksikön esihenkilön vastuulla on määrittää, mitkä riskit ovat hyväksyttäviä ja mitä toimenpiteitä tarvitaan riskien saattamiseksi hyväksyttävälle tasolle.

Riskiprosessi jaetaan kolmeen osaan: operatiivisiin, strategisiin ja muutosriskeihin. Operatiivisia eli toiminnallisia riskejä arvioidaan jatkuvasti, mutta vähintään kerran vuodessa yksiköissä tehdään järjestelmällinen riskien arviointi. Toiminnallisten riskien tunnistamiseen on hyvinvointialueella luotu strukturoitu riskientunnistamislomake (Laatuportti) yksiköiden tueksi. Strategiset riskit dokumentoidaan syksyisin toimintasuunnitelman laadinnan (Opiferus) yhteydessä. Strategiset riskit ovat riskejä, jotka voivat uhata tai estää toimintasuunnitelman toteutumista. Muutosriskit ovat joko ulkoisia tai sisäisiä muutoksia toiminnassa. Niillä voi olla yhteys hankkeisiin tai muihin muutoksiin toiminnassa. Tällöin riskinarviointi pyritään tekemään jo suunnitteluvaiheessa, jotta riskit voidaan minimoida etukäteen. Riskienhallintaa tehdään ensisijaisesti omassa yksikössä yhdessä henkilöstön kanssa.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikön johto vastaa riskienhallinnan johtamisesta yksikössä. He vastaavat siitä, että henkilöstöllä on riittävä turvallisuusosaaminen. Riskianalyysi perustuu henkilökunnalta, potilailta ja muilta yksiköiltä saatuihin tietoihin sekä johdon omiin riskinarviointeihin. Henkilökunta osallistuu toimenpiteiden valmisteluun. Operatiiviset riskit kirjataan laatuportaaliin

- Laatuporttiin, ja ne ovat henkilökunnan nähtävillä. Strategiset riskit arvioidaan yksikön toimintasuunnitelman laatimisen yhteydessä, ja riskit kirjataan syksyllä Opiferus-ohjelmaan. Yksikön johto arvioi, millä tasolla riskit voidaan hyväksyä vaikuttamatta potilaiden, henkilökunnan tai terveydenhuollon turvallisuuteen. Toimenpiteitä laatiessaan yksikön johto keskustelee ja etsii tehokkaita toimenpiteitä yhdessä henkilöstön kanssa. Säteilyturvallisuustyössä tehdään myös riskianalyysyjä työrutiinien riskien tunnistamiseksi ja säteilyturvallisuuden lisäämiseksi. Riskianalyysi keskittyy säteilyturvallisuuteen ja se sisältyy itsearviointiin, jonka lain mukaan on kartoitettava kaikki toiminnan riskit, jotka voivat vaikuttaa säteilyturvallisuuteen.

4.2 Riskienhallinta, toiminnassa ilmenneiden epäkohtien ja puutteiden käsittely

Oma- ja valvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun ja palveluprosesseihin liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtia arvioidaan monipuolisesti asiakas- ja potilasturvallisuuden ja asiakkaan/potilaan saaman palvelun näkökulmasta. Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien riskien tunnistaminen on oma- ja valvontasuunnitelman ja oma- ja valvonnan toimeenpanon lähtökohta. Ilman epäkohtien tunnistamista ei asiakas- ja potilasturvallisuusriskejä voida ennalta ehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin puuttua suunnitelmallisesti.

Hyvinvointialueen henkilökunta arvioi jatkuvasti omaa toimintaansa, kuulee asiakkaita/potilaita ja tekee havainnointia toimintaan, laatuun ja asiakas/potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa sekä ottaa asiakaspalautteen huomioon toiminnan kehittämisessä.

Pohjanmaan hyvinvointialueen oma- ja valvonnan ja riskienhallinnan toimeenpanoa kuvaavia ja tukevia ohjelmia, suunnitelmia ja ohjeita ovat muun muassa:

- Hyvinvointistrategia
- Hallinto- ja toimintasäätö
- Oma- ja valvontaohjelma
- Miten Pohjanmaa voi
- Oma- ja valvonnan ja laadunhallinnan käsikirja
- Riskienhallinnan käsikirja
- Hyvinvointialueen valmiussuunnitelman yleinen osa, toimialojen- ja tulosalueiden valmiussuunnitelmat ja tulosityksiköiden toimintakortit häiriötilanteisiin
- Yksikön turvallisuussivu sisältäen turvallisuussuunnitelman, poistumisturvallisuusselvityksen (24/7 yksiköt) ja toimintakortit, turvallisuusohjeet
- Tietoturvasuunnitelma
- Valvontasuunnitelma
- Osallisuussuunnitelma
- Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus -toimintaohjeet
- Hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelma, toiminta- ja työyksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat
- LOVE-käsikirja
- Eettiset ohjeet
- Työsuojelun toimintaohjelma
- Henkilöstö- ja koulutussuunnitelma
- Perehdytysohjelma (osat 1–3)
- Laiteturvallisuusohjeet
- Hygienian ja infektioiden torjunnan ohjeet
- Rajoittavat toimenpiteet -ohjeistus
- Asiakkaan tunnistaminen -ohjeistus

YKSIKÖN KUVAUS

Riskienhallintaan kuuluu suunniteltuja ja vastuullisia toimia poikkeamien poistamiseksi tai minimoimiseksi ja riskien tunnistamiseksi. Korjaavat toimenpiteet kirjataan, analysoidaan ja raportoidaan, ja toimenpiteiden tehokkuutta ja sopivuutta arvioidaan ja muutetaan tarvittaessa. Riskit ja toimenpiteet kirjataan laatuportaaliin. Yksikön toimintaa ohjataan useiden toimintasuunnitelmien avulla, joissa pyritään tarkastelemaan riskejä eri näkökulmista. Esiin tulevia puutteita käsitellään johtoryhmässä. Johtoryhmässä tehdään päätöksiä siitä, kuka on vastuussa puuttumisesta ja oikeudesta puuttua väärinkäytöksiin.

Palveluyksikön/yksikön tunnistamat keskeiset riskit, ja niiden riskienhallintakeinot

Riski	Miten varaudutaan riskienhallintakeinoin
Potilaan tunnistaminen ennen kuvausta	Pyytää potilasta kertomaan syntymäaikansa suullisesti, tarkistaa potilaan rannekkeen
Pyydetään väärä puolen kuvausta lähetepyyntöissä	Kysyä potilaasta, soitto lähettävän lääkäriin
Henkilöstöpula	Tehostettu rekrytointi, yhteistyö koulujen kanssa
Palokellot puuttuu yksiköllä	Yhteys kiinteistöhuoltoon, työsuojeluilmoitus haipron kautta
MRI turvallisuusalue puuttuu odotustilassa	Tilaryhmän kanssa suunnittelu muutoksesta, ei mahdollista?
Evakuointi kriisitilanteessa	Toimintakortti tehdään
MRI paloturvallisuus	Pelastuslaitos tulee käymään osastolla, hankitaan MRI sopiva palosammutin , toimintakortin tekeminen

4.2.1 Palveluntuottajan ja henkilöstön ilmoitusvelvollisuus

Palveluntuottajalla on velvollisuus tiedottaa henkilöstön ilmoitusvelvollisuudesta (Valvontalaki 741/2023, 30 §). Palveluntuottajan on tiedotettava henkilöstölleen ilmoitusvelvollisuudesta, ja sen käyttöön liittyvistä asioista. Ilmoitusvelvollisuuden toteuttamista koskevat menettelyohjeet on sisällytettävä 27 §:ssä tarkoitettuun palveluyksikön omavalvontasuunnitelmaan. Hyvinvointialueen henkilöstön ilmoitusvelvollisuutta ja ilmoitusvelvollisuutta koskevat menettelyohjeet löytyvät intrasta.

Palveluntuottajan ja henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus (valvontalaki 741/2023, 29 §) Palveluntuottajan on ilmoitettava välittömästi salassapitosäännösten estämättä Pohjanmaan hyvinvointialueelle/palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti

vaarantavat epäkohdat sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita palveluntuottaja ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan omavalvonnallisoin toimin.

Hyvinvointialueen/palveluntuottajan henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai alihankkijana toimivan henkilön on ilmoitettava viipymättä salassapitosäännösten estämättä palveluyksikön vastuuhenkilölle tai muulle toiminnan valvonnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden.

Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta palvelunjärjestäjälle tai palveluntuottajalle. Palvelunjärjestäjän, palveluntuottajan ja vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Ilmoituksen 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 viivytyksettä. Valvontaviranomainen voi päättää toimenpiteistä siten kuin (741/2023) 38 §:ssä säädetään tai antaa 39 §:ssä säädetyn määräyksen epäkohdan poistamiseksi. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena.

Henkilökunnan käytössä olevat sähköiset ilmoitusjärjestelmät ovat:

- HaiPro-järjestelmä (asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitus, työturvallisuusilmoitus, tietosuojatietoturvallisuusilmoitus)
- SPro-järjestelmä (ilmoitus sosiaalihuollon toteuttamisessa havaituista epäkohdista tai epäkohtien uhista).

Edellä mainituissa järjestelmissä tehtyihin ilmoituksiin toteutetaan riskien arviointi sekä kirjataan niihin kehittämis/korjaavat toimenpiteet riskien poistamiseen/vähentämiseen.

Muita laissa säädettyjä henkilöstöä koskevia ilmoitusvelvollisuuksia

Lastensuojeluilmoitus ja ilmoitus lapseen kohdistuneista rikosepäilyistä (417/2007, 25 §, 12.2.2010/88)

Lastensuojelulaissa (25 §) ilmoitetuilla työntekijöillä on velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus, jos he ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää mahdollista lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Tarkemmat ohjeet lastensuojeluilmoituksen ja lapseen kohdistuneiden rikosepäilyjen tekoon löytyvät Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta: [Lastensuojeluilmoitus](#).

Ilmoitus sosiaalihuollon tuen tarpeesta (sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 35 §)

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö (559/1994), sosiaalitoimen palveluksessa oleva tai muu sosiaalihuoltolain 35 §:ssä mainittu henkilö on tehtävässään saanut tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä hyvinvointialueen sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin. Jos suostumusta ei voida saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, ammattihenkilöllä on velvollisuus tehdä ilmoitus salassapitosäännösten estämättä. [Ohje ja ilmoituslomake](#) sosiaalihuoltoon tuen

tarpeen arvioimiseksi löytyy hyvinvointialueen verkkosivuilta: <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/palvelumme/sosiaalipalvelut/sosiaalipalvelut-ikaihmisille/ikaihmisten-sosiaalityo/>

Ilmoitus pelastusviranomaiselle ilmeisestä palonvaarasta tai muusta onnettomuusriskistä (pelastuslaki 379/2011, 42 §)

Jos hyvinvointialueen henkilöstö/viranomaiset virkatoimiensa yhteydessä havaitsevat tai muutoin saavat tietää rakennuksessa, asunnossa tai muussa kohteessa ilmeisen palonvaaran tai muun onnettomuusriskin, heidän tulee mahdollisten salassapitosäännösten estämättä ilmoittaa asiasta alueen pelastusviranomaiselle (42 §). Ohjeistus ilmoituksen tekoon ja linkki sähköiseen ilmoituslomakkeeseen löytyvät Pohjanmaan hyvinvointialueen pelastuslaitoksen verkkosivuilta: [Ilmoitukset pelastuslaitokselle](#).

Ilmoitus laitteisiin liittyvästä vaaratilanteesta (laki lääkinnällistä laitteista 719/2021, 35 §)

Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tapahtuneista lääkinnällisiin laitteisiin liittyvistä vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai ovat voineet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen, on aina tehtävä vaaratilanneilmoitus Fimealle (laki lääkinnällisistä laitteista, 35 §). Tapahtumailmoitus Fimealle on tehtävä viipymättä ja se voidaan tehdä suoraan sähköisesti samanaikaisesti HaiPro-ilmoituksen kanssa. Kun vaaratilanteesta ilmoitetaan suoraan HaiPron kautta, myös vaaratilanteen tiedot tallennetaan sähköisesti järjestelmään. Ohjeistus ilmoituksen tekoon HaiPro-järjestelmässä löytyy hyvinvointialueen intrasta (laiteturvallisuus).

Ilmoitus tietoturvaloukkauksesta (tietosuoja-asetus, 679/2016, 34 artikla)

Henkilöstön toimintaohjeet henkilötietojen tietoturvaloukkauksesta ilmoittamisesta rekisteröidyille löytyvät intrasta (ilmoitus tietoturvaloukkauksesta). Tietosuojaloukkaus kirjataan myös HaiPro-järjestelmään (tietoturva).

Epidemioiden ja vakavien hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen (HARVI)

Ohjeet ilmoitusten tekoon löytyvät THL:n verkkosivuilta: [Muiden epidemioiden ja vakavien hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen \(HARVI\)](#)

Ilmoitus väärinkäytöksistä organisaatiossa (EU:n ilmoittajansuoja Whistleblowing direktiivi, 2019/1937; ilmoittajansuojalaki 1171/2022)

Pohjanmaan hyvinvointialueella on sisäinen eettinen ilmoituskanava organisaatiota koskevien väärinkäytösten ja epäasiallisen toiminnan ilmoittamista varten. Ohjeet ilmoituksen tekoon ja linkki ilmoituskanavalle löytyvät hyvinvointialueen intrasta (eettinen ilmoituskanava).

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologisen yksikön johto tiedottaa henkilöstölle poikkeamien ilmoittamisvelvollisuudesta ja siitä, että lisätietoja velvollisuudesta on saatavilla intranetissä. Yksikön henkilökunta tekee aktiivisesti HaiPro-raportteja vaarallisista tilanteista, ja niistä keskustellaan henkilöstön kokouksissa. Raportit käsitellään kokouksissa ja toimenpiteet toistumisen välttämiseksi kirjataan kokouspöytäkirjaan. Vakavista vaarallisista tilanteista ilmoittavat viranomaisille AVI:lle, Fimealle, Pelastuslaitokselle (ilmeisestä tulipaloriskin ilmoittaminen) tai STUKille (säteilypoikkeamat) yksikön lähimmät johtajat tai fyysikot. Henkilöstölle tiedotetaan mahdollisuudesta ilmoittaa organisaation poikkeavuuksista, niin sanotusta whistleblower-ilmoituksesta, ja siitä, että lisätietoja on saatavilla intranetissä.

4.2.2 Asiakkaan/potilaan ja ulkoisen palveluntuottajan ilmoituskanavat

Asiakkaan, potilaan tai omaisen ilmoitus vaaratapahtumasta

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihde 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

Kirjaamo, XA1 | Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa | kirjaamo@ovph.fi

Mikäli asiakkaan/potilaan tai omaisen hoidossa tai palvelussa on tapahtunut virhe, epäkohta tai läheltä piti -tilanne, voi asiakas/potilas tai omainen tehdä vaaratapahtumailmoituksen verkkolomakkeella Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivujen kautta.

Ilmoituslomake löytyy Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta:

[Anna palautetta](#)

Ulkoisen palveluntuottajan/yhteistyökumppanin vaaratapahtuma- tai epäkohtailmoitus

Pohjanmaan hyvinvointialueen yhteistyökumppanit voivat tehdä hyvinvointialueen toiminnasta ulkoisen palveluntuottajan/yhteistyökumppanin vaaratapahtuma- tai epäkohtailmoituksen verkkolomakkeella. Ilmoitukset ohjautuvat asiakas- ja potilasturvallisuuskoordinaattoreille sekä laatujohtajalle, jonka jälkeen ilmoitus käsitellään vastuussa olevien ihmisten kanssa. Tarvittaessa myös valvonta osallistuu vaaratapahtuman tai epäkohdan selvittelyyn.

Ilmoituslomake löytyy Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilta:

[Anna palautetta](#)

Yksityisen palveluntuottajan omavalvontailmoitus

Yksityisen palveluntuottajan (ostopalvelu- ja palvelusetelituottajat) tulee tehdä omassa toiminnassaan tapahtuneesta vaaratapahtumasta omavalvontailmoitus Pohjanmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla:

[Yksityisen palveluntuottajan omavalvontailmoitus](#)

4.2.3 Vaaratapahtumien, puutteiden ja epäkohtien käsittely ja korjaavat toimenpiteet

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö käsittelee toiminnassa ilmeneviä vaaratilanteita ja onnettomuuksia, vaaratilanteita ja puutteita hieman eri tavoin tapahtumatyypistä riippuen. Jos vaaratilanne voisi johtaa tai on aiheuttanut potilaalle lisääntyneen säteilyannoksen, tilanne ratkaistaan yksikön fyysikon kanssa. Henkilökunta raportoi sähköisellä lomakkeella. Vakavissa vaaratilanteissa tehdään välitön ilmoitus STUKille. Muista vaaratilanteista ilmoitetaan Haipro-ohjelman kautta, ja niitä käsittelevät yksikön esimiehet tai yksikön palvelupäällikkö. Raportointia seurataan viikoittain ja vaaratilanteiden tutkintaa suoritetaan säännöllisesti yhdessä asianomaisen henkilöstön kanssa. Yksikön henkilöstö on mukana käsittelyssä, ja tavoitteena on oppia tapahtumasta ja estää sen toistuminen. Henkilökuntaa kannustetaan myös ilmoittamaan ongelmista, jotka eivät ole vielä johtaneet vaaratilanteeseen, jotta tapahtuma voidaan estää ennen sen tapahtumista. Itsearviointi ja riskianalyysi ovat osa yksikön säteilyturvallisuuden hallintaa, ja niiden tavoitteena on ehkäistä ja miettiä vaaratilanteita etukäteen, kartoittaa ne ja kehittää toimenpiteitä vaaran minimoimiseksi ja poistamiseksi. Riskit kootaan laatuporttiin ja toimenpiteille nimetään vastuuhenkilöt.

Omavalvonnan kehittämissuunnitelma

Palveluyksikön/yksikön omavalvonnan seurannassa havaitut palveluiden laadun ja asiakas/potilasturvallisuuden puutteet ja esille nousseet kehittämistarpeet, ja niitä koskevat korjaavat toimenpiteet kirjataan omavalvonnan kehittämissuunnitelmaan. Suunnitelmaan kirjataan myös kuka vastaa mistäkin kehittämistoimenpiteestä ja millä aikataululla toimenpide toteutetaan. Kehittämissuunnitelma löytyy omavalvontasuunnitelman liitteestä 1.

4.3 Ostopalvelut ja alihankinta

Hyvinvointialueen on järjestämisvastuunsa (valvontalaki 741/2023, 24 §; laki hyvinvointialueesta 611/2021, 10 §) nojalla ohjattava ja valvottava yksityisiä palveluntuottajia, ja näiden

alihankkijoita jatkuvasti palveluja tuottaessa. Pohjanmaan hyvinvointialue palvelunjärjestäjänä ja tilaajana varmistaa alihankintana/ostopalveluna tuotettujen palveluiden sisällön, laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden kilpailutusvaiheessa tai palvelusetelipalveluntuottajien hyväksyntäprosessissa tai suoraan hankintana hankituissa palveluissa sopimusta tehdessä. Tilaajalla on vastuu tarkistaa, että palveluntuottaja täyttää tilaajavastuulain mukaiset edellytykset sekä asetetut sisältö-, laatu- ja asiakasturvallisuusvaatimukset.

Sopimuksesta vastaava viranhaltija seuraa ja valvoo, että palveluntuottaja noudattaa sopimusta ja täyttää palvelulupauksensa ja että asiakkailta ja henkilökunnalta saatuihin palautteisiin palveluntuottajan toiminnasta reagoidaan viipymättä palautteen edellyttämällä tavalla. Myös turvallisuusosaamisen varmistamisen menettelyt ja toteutumisen seuranta ovat osa tilaajan toteuttamaa omavalvontaa. Sopimushallintaa, hankintojen tekoa ja reklamaatioita koskevat ohjeet löytyvät hyvinvointialueen intrasta

YKSIKÖN KUVAUS

Palveluntarjoajien on toimitettava hankintaviranomaiselle tarvittavat tiedot henkilöstön pätevyydestä ja koulutuksesta. Hankintaviranomainen voi esimerkiksi pyytää ammattipätevyyteen liittyviä asiakirjoja. Palveluntarjoajalla on oltava suunnitelma henkilöstön osaamisen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi, ja hankintaviranomaisen tulee antaa tästä tiedot. Palveluntarjoajan omavalvontasuunnitelmassa on kuvattava, miten potilasturvallisuus varmistetaan. Radiologian yksikkö hankkii sanelupalveluita ja konsultointipalveluita. Etäsanelua seurataan säännöllisten yhteistyökokousten avulla. Hankinnassa varmistetaan palveluntarjoajalle asetetut vaatimukset, joita seurataan, ja sopimus on tärkeä osa asiakkaan ja palveluntarjoajan välistä yhteistyötä. Palveluntarjoajan on annettava tiedot turvallisuuspoikkeamista ja tehdyistä toimenpiteistä.

4.4 Valmius ja jatkuvuudenhallinta

Pohjanmaan hyvinvointialue huomioi riskienhallinnassaan varautumista ja palveluiden jatkuvuutta koskevat veloitteet sekä omassa toiminnassaan että hankkiessaan palveluja toiselta palveluntuottajalta. Osana jatkuvuuden hallintaa asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan myös mahdollisissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa (Valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden varautumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteisiin 308/2023; pelastuslaki 379/2011; valmiuslaki 1552/2011).

Hyvinvointialueen palvelutuotannon osalta toimialajohtajat vastaavat oman toimialansa varautumisesta ja valmiussuunnittelusta (hallintosäätö, § 104). Tulosalueen vastuuhenkilön tehtävänä on kehittää vastuualueensa keskeisiä prosesseja yhteistyössä toimialajohtajan ja resurssihoitajien kanssa (hallintosäätö § 43). Siihen kuuluu myös varautuminen ja valmiussuunnittelu, joten tulosalueen vastuuhenkilö, toimialajohtajansa ja resurssihoitajansa ohjaamana, on vastuussa tulosalueensa valmiussuunnitelman tuottamisesta. Toimialat voivat kuitenkin siirtää niille määrättyä toimivaltaa ja niille kuuluvia tehtäviä edelleen alaisilleen toimijoille. Tämä koskee myös varautumiseen liittyviä tehtäviä mutta sillä edellytyksellä, että ne, joille näitä tehtäviä ja/tai toimivaltaa on siirretty, eivät voi edelleen siirtää niitä.

Valmiussuunnittelulla luodaan kansallisen, alueellisen ja hyvinvointialueen oman riskiarvion pohjalta häiriötilanteiden hallintamalli, jolla varmistetaan johtamisjärjestelmä ja toimintatapamallit palveluiden jatkuvuuden turvaamiseksi. Hyvinvointialueen valmiussuunnitelmakokonaisuus koostuu valmiussuunnitelman yleisestä osasta, toimialojen- ja tulosalueiden valmiussuunnitelmista sekä liitännäissuunnitelmista, joita ovat muun muassa

suuronnettomuussuunnitelma, pandemiasuunnitelma, joditablettien varautumissuunnitelma säteilyonnettomuuksien ja laskeuman varalta sekä alueellisten väestön siirtojen evakuointisuunnitelma. Valmiussuunnittelua täydentävät tulosityksiköiden turvallisuussuunnitelmat ja toimintakortit häiriötilanteita varten.

Hyvinvointialueella jokainen yksikkö laatii yksikön oman turvallisuussivun. Turvallisuussivu sisältää yksikön turvallisuussuunnitelman, poistumisturvallisuusselvityksen (ne yksiköt, joilla on siihen lakisääteinen velvollisuus), kiinteistön pelastussuunnitelman (kiinteistön omistaja laatii), toimintakortit ja muut yksikön tarvittavat turvallisuusohjeet. Yksiköissä ei ole erikseen pelastussuunnitelmaa. Pelastusturvallisuus on osa yksikön turvallisuussuunnitelmaa. Turvallisuussivun tiedot päivitetään aina, kun toiminnassa/ tiloissa tapahtuu muutoksia.

Hyvinvointialueen työntekijät osallistuvat vähintään joka 5. vuosi turvallisuuspäivä -koulutukseen. Turvallisuuskävelyn yksikössä osallistuu jokainen vuosittain ja turvallisuuskävelystä vastaavat yksikön esihenkilö ja laatu- ja turvallisuusyhdyshenkilöt.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikkö suorittaa riskinarviointeja, kun sen toimintaan tehdään muutoksia. Riskinarviointi on työkalu palvelujen laadun varmistamiseksi myös häiriötilanteissa. Hyvinvointialueen toimintasuunnitelmat ja toimintakortot muodostavat perustan yksikön omien erityisten toimintakorttien kehittämiseksi. Esihenkilöt vastaavat yksikön valmiuden suunnittelusta erilaisiin häiriötilanteisiin. Yksikön turvallisuusvastaava järjestää osastolla säännöllisesti turvallisuuskierroksia varmistaakseen, että henkilöstö on tietoinen yksikön suunnitelmasta ja osaa toimia suunnitelman mukaisesti tulipalon, häiriön tai hätätilanteen sattuessa. Yhteisiä traumasimulaatioita järjestetään säännöllisesti päivystyspoliklinikan kanssa. Osaston apulaishoitaja varmistaa, että kaikki henkilökunta osallistuu turvallisuuskierrokselle vuosittain ja että yksikön henkilökunta osallistuu hyvinvointialueella järjestettävään turvallisuuskoulutukseen vähintään kerran viidessä vuodessa. Radiologian yksikkö on riippuvainen sähköntuotosta toimiakseen. Keskussairaalassa kriittiset laitteet on kytketty varavirtalähteeseen. Jos potilastietojärjestelmä on epäkunnossa, Vaasan keskussairaalan yksikkö voi tuottaa kuvia ja antaa raportteja suunnitelman mukaisesti. Yksikkö noudattaa intranetin määräyksiä kaasuturvallisuudesta, paloturvallisuudesta ja erilaisista uhkatilanteista. Röntgenyksiköllä on toimintoja, joissa sammutustyöt ovat haastavia ja vaativat erikoisosaamista. Magneetin sammutustyön suorittamiseksi suoritetaan suunnitelmallinen tarkastus paikan päällä olevan pelastuslaitoksen kanssa. Yksikön evakuointisuunnitelmassa on tarkasteltava, mitä kuvantamistutkimuksia voidaan suorittaa muualla ja miten ne järjestetään katastrofitilanteessa. Kriisiviestintä hoidetaan Dect-, Virve- ja Secapp-järjestelmien kautta. Yksikön viestintä on kriittistä lähetettävien yksiköiden ja röntgenin välillä. Yksiköllä on päivä- ja päivystysaikojen hätäsuunnitelma henkilöstön tilanteen hoitamiseksi ja vastuunjaosta. Työmäärän kasvun varalta on suunnitelmat siitä, miten henkilöstö kutsutaan yksikköön. Näitä käydään läpi henkilöstön kanssa kokouksissa ja perehdytyksen aikana.

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta ja valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi

Reijo Autio, johtava lääkäri

Margaretha Ståhl osastonhoitaja

5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI

5.1 Laadun ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Pohjanmaan hyvinvointialue | Vaihe 06 218 1111 | pohjanmaanhyvinvointi.fi

Kirjaamo, XA1 | Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa | kirjaamo@ovph.fi

Hyvinvointialueen toimintaan ja omavalvontaan liittyvistä riskeistä raportoidaan säännöllisesti hyvinvointialueen johtoryhmille sekä sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan jaostolle ja hallitukselle. Riskienhallinnan politiikan mukaisesti tunnistettuihin riskeihin tulee puuttua riskienhallinnan eri keinoin. Myös päätöksenteossa on huomioitava ennakkovaikutusten arvioinnissa esiin nostetut riskit ja riskien kehittymistä on aktiivisesti seurattava.

YKSIKÖN KUVAUS

Yksikön tavoitteet ja laatumittarit on asetettu Opiferus-toimintasuunnitelmassa. Yksikön johtoryhmä seuraa mittareita ja ryhtyy tarvittaessa korjaaviin toimenpiteisiin. Yksikön mittarit 2025: Tyytyväiset asiakkaat. Asiakastyytyväisyysindikaattori yli 70 Roidussa, jonotilanne Kustannustehokas toiminta: toimintapisteiden lukumäärä, konsultointitoiminnan kustannukset. Indikaattori: Odotusaika päivystystutkimukseen alle 3 tuntia, Indikaattori: Odotusaika päivystysraportteihin alle 2 tuntia. Tyytyväinen henkilöstö: Indikaattori: suositusindikaattori nousussa Indikaattori: täyttämättömien työpaikkojen määrä Mittari: sairauspoissaolopäivät Tavoitteita seurataan johtoryhmässä ja esihenkilöt raportoivat toimintaalueen esimiehille. Riskienhallintamenetelmiä seurataan haipro-tapahtumien ja todellisuudessa tapahtuneiden lähitapahtumien/vaaratilanteiden sekä säteilypoikkeamien lukumäärän avulla. Haipro-raportteja ja toimenpiteitä seurataan ja tarkastellaan johdon toimesta. Säteilypoikkeamaraportti lähetetään tiedoksi STUKille ja johdolle. Samoin auditointiraportit.

5.2 Omavalvonnan toteutumisen seuranta ja raportointi

Palveluyksikön/yksikön vastuuhenkilöllä, ja sen henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurata aktiivisesti suunnitelman toteutumista. Kyse on jatkuvasta ja säännöllisestä tuotettavien palvelujen laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisesta. Jos toiminnassa havaitaan puutteita, yksikkö tekee korjaavat toimenpiteet asian kuntoon saattamiseksi.

Palveluyksikkö (tulosalue) laatii omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toteutumisesta, ja sen edellyttämistä korjaavista toimenpiteistä **omavalvonnan seurantaraportin** neljän kuukauden välein (ajanjaksot 1.1–31.4, 1.5–31.8, 1.9–31.12). Seurantaraportti julkaistaan hyvinvointialueen verkkosivuilla: Omavalvonta sekä palveluyksikössä omavalvontasuunnitelman yhteydessä.

Palveluyksikköön (eli kyseiseen tulosalueeseen) kuuluvat tulos/toimintayksiköt arvioivat ja seuraavat yksikön omavalvonnan toteutumista ja laativat neljän kuukauden välein seurannassa havaittujen korjaus- ja kehittämistarpeiden mukaan päivitettävän **omavalvonnan kehittämissuunnitelman**. Kehittämissuunnitelma löytyy tulos/toimintayksikön laatiman omavalvontasuunnitelman liitteestä.

YKSIKÖN KUVAUS

Radiologian yksikön esimiehet ja toiminta-alueen johto seuraavat omavalvonnan toteutumista ja suunnitelman toteutumista. SHQS:n riskianalyysiä ja riskien vähentämiseksi tai poistamiseksi laadittuja suunnitelmia seurataan syksyisin julkaistavassa vuosikertomuksessa. Välillä yksikön johto seuraa jatkuvasti suunnitelmaa ja ryhtyy tarvittaessa korjaaviin toimenpiteisiin. Yksikössä henkilöstölle tiedotetaan yksikön tavoitteista ja modaliteettien vastuuhoidajat kehittävät toimintaa ja seuraavat alueensa laatua yksikön tavoitteiden saavuttamiseksi. Toiminnan muutokset otetaan huomioon ja tavoitteet päivitetään vuoden lopussa. Yksikön palvelupäällikkö päivittää omavalvontasuunnitelmaa kerran vuodessa yhdessä yksikön johdon kanssa.

6. Omavalvontasuunnitelman laadinta- ja hyväksyntätiedot

Omavalvontasuunnitelma laadittu/päivitetty, versionumero
1.7.2025, Versio 1

Vastuuhenkilön allekirjoitus ja hyväksyntä
Reijo Autio, johtava lääkäri
Margaretha Ståhl osastonhoitaja