Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen kuvantamisen vastuualueen toimintakäsikirja

Sisällys

[I JOHTAMISKÄYTÄNTÖ 6](#_Toc23254286)

[1. Toiminnan esittely 6](#_Toc23254287)

[1.1. Toiminta-ajatus 6](#_Toc23254288)

[1.2. Visio, arvot ja strategiat 6](#_Toc23254289)

[1.3. Asiakkaat ja heidän tarpeensa 7](#_Toc23254290)

[1.4. Laatupolitiikka 7](#_Toc23254291)

[1.5. Toimintaa ohjaava lainsäädäntö 7](#_Toc23254292)

[2. Toiminnan organisointi 9](#_Toc23254293)

[2.1. Organisaatio 9](#_Toc23254294)

[2.2. Päätöksentekojärjestelmä, vastuut, valtuudet ja keskinäiset suhteet 9](#_Toc23254295)

[2.3. Johto- ja johtoryhmäkokoukset 10](#_Toc23254296)

[3. Toiminnan suunnittelu, ohjaus ja seuranta 12](#_Toc23254297)

[3.1. Strateginen suunnittelu 12](#_Toc23254298)

[3.2. Sopimukset 12](#_Toc23254299)

[3.3. Toiminnan ja talouden suunnittelu 12](#_Toc23254300)

[3.4. Tavoitteet ja niiden seuranta 12](#_Toc23254301)

[4. Laadunhallintajärjestelmä 14](#_Toc23254302)

[4.1. Laadunhallintajärjestelmän vastuut ja valtuudet 14](#_Toc23254303)

[4.2. Toimintakäsikirja 14](#_Toc23254304)

[4.3. Laatuyhdyshenkilöt 14](#_Toc23254305)

[4.4. Asiakirjojen ja tallenteiden valvonta 15](#_Toc23254306)

[4.5. Sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen 15](#_Toc23254307)

[II RESURSSIEN HALLINTA 16](#_Toc23254308)

[1. Taloudellinen ohjaus 16](#_Toc23254309)

[2. Henkilöstö 16](#_Toc23254310)

[2.1. Henkilöstöpolitiikka 16](#_Toc23254311)

[2.2. Henkilöstörakenne 16](#_Toc23254312)

[2.3. Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen 18](#_Toc23254313)

[2.4. Perehdytys 20](#_Toc23254314)

[2.5. Työnohjaus 21](#_Toc23254315)

[3. Toimintaympäristö 21](#_Toc23254316)

[3.1. Kiinteistöt ja työtilat 21](#_Toc23254317)

[3.2. Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet 21](#_Toc23254318)

[3.3. Tietojenkäsittelyn laitteistot ja ohjelmistot 23](#_Toc23254319)

[3.4. Ympäristöpolitiikka 24](#_Toc23254320)

[4. Terveys ja turvallisuus 24](#_Toc23254321)

[4.1. Työkykyä ylläpitävä toiminta 24](#_Toc23254322)

[4.2. Työterveyshuolto 24](#_Toc23254323)

[4.3. Työsuojelu 24](#_Toc23254324)

[5. Riskien hallinta 26](#_Toc23254325)

[5.1. Riskien hallinta normaalioloissa 26](#_Toc23254326)

[5.2. Riskien hallinta poikkeusoloissa 26](#_Toc23254327)

[6. Toiminnassa tarvittavien tietojen saanti ja suojaus 26](#_Toc23254328)

[6.1. Johdon päätökset 26](#_Toc23254329)

[6.2. Toimintaa ohjaavat hallinnon ohjeet 27](#_Toc23254330)

[6.3. Henkilötietojen käytön ohjaus ja valvonta 27](#_Toc23254331)

[6.4. Tietoturvan käytännön toteutus tietojärjestelmissä 27](#_Toc23254332)

[III PROSESSIEN HALLINTA 29](#_Toc23254333)

[1. Asiakkaan tarpeiden ja odotusten tunnistaminen 29](#_Toc23254334)

[1.1. Potilaat ja omaiset 29](#_Toc23254335)

[1.2. Sisäiset ja ulkoiset asiakkaat 29](#_Toc23254336)

[1.3. Opetus- ja tutkimustoiminta 29](#_Toc23254337)

[2. Asiakkaan ja organisaation välinen viestintä 30](#_Toc23254338)

[2.1. Potilaat ja omaiset 30](#_Toc23254339)

[2.2. Sisäiset ja ulkoiset asiakkaat 30](#_Toc23254340)

[3. Ydinprosessit 31](#_Toc23254341)

[3.1. Kuvantamisen prosessi 31](#_Toc23254342)

[3.2. Tukiprosessit 32](#_Toc23254343)

[4. Uusien hoitomenetelmien kehittäminen 33](#_Toc23254344)

[5. Vastuun/tuotteen tunnistettavuus ja jäljitettävyys 33](#_Toc23254345)

[6. Materiaalien, vastuuiden ja laitteiden hankinta ja poisto 34](#_Toc23254346)

[IV MITTAAMINEN, ANALYSOINTI JA PARANTAMINEN 35](#_Toc23254347)

[1. Toiminnan seuranta 35](#_Toc23254348)

[2. Toimintojen analysointi ja parantaminen 35](#_Toc23254349)

[2.1. Muistutukset, valitukset, kantelut 35](#_Toc23254350)

[2.2. Poikkeavat tapahtumat 35](#_Toc23254351)

[2.3. Sisäiset auditoinnit 36](#_Toc23254352)

[2.4. Itsearvioinnit 36](#_Toc23254353)

[2.5. Ulkoiset arvioinnit 37](#_Toc23254354)

[2.6. Sisäinen valvonta 37](#_Toc23254355)

[2.7. Ulkoinen tarkastus 37](#_Toc23254356)

[2.8 Toiminnan ja talouden kehittäminen 38](#_Toc23254357)

# I JOHTAMISKÄYTÄNTÖ

# 1. Toiminnan esittely

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen (Pohde) kuvantamisen vastuualue muodostuu neljästä Oysin ja kolmesta alueellisesta kuvantamisyksiöstä. Oysissa kuvantamisen vastuualueeseen kuuluvat B-, F-, G- ja OAS-kuvantamisyksiköt. B-kuvantaminen sijaitsee kolmessa ja F-kuvantaminen kahdessa eri palvelupisteessä. Pohteen alueellinen röntgentoiminta on organisoitunut Eteläiseen, Läntiseen sekä Pohjoiseen kuvantamisyksikköön, missä kussakin on kolmesta kuuteen palvelupistettä.





Kuva 1. Kuvantamisen vastuualueen organisaatiokaavio.

## 1.1. Toiminta-ajatus

Pohteen kuvantamisen vastuualueen tehtävänä on tuottaa Oulun yliopistollisen sairaalan ja koko hyvinvointialueen tarvitsemat radiologiset tutkimukset ja toimenpiteet, koordinoida radiologista toimintaa hyvinvointialueella, antaa kuvantamisen koulutusta alalle opiskeleville, alalla toimiville ja vastuun tarvitsijoille sekä tehdä radiologian alan tutkimus- ja tuotekehitystyötä. Kuvantamisen vastuualueen tavoitteena on tuottaa yhä parempia ratkaisuja terveydenhuollon käyttöön mahdollisimman kustannustehokkaalla tavalla ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen. Kehittämistoiminnan lähtökohtana on näyttöön perustuva tieto sekä Lean -ajattelu, jonka perussanomana on toiminnan jatkuva parantaminen ja ihmisten kunnioittaminen.

## 1.2. Visio, arvot ja strategiat

Kuvantamisen toimintaa ohjaa hyvinvointialuestrategia, jota täydentävät ohjelmat ja suunnitelmat. Hyvinvointialuestrategian lähtökohtana ovat pohjoispohjalaiset ihmiset ja heidän hyvinvointinsa, terveytensä ja turvallisuutensa. Kuvantamisen strategia pohjautuu Pohteen strategisiin periaatteisiin, joita ovat ihmistä varten, vaikuttavasti yhdessä, parhaat osaajat ja rohkeasti uutta. Kuvantamisen omia strategian kulmakiviä ovat teknologian ja kuvantamispalvelujen optimaalinen yhdistäminen, terveydenhuollon tietotekniikan hallinta, uuteen teknologiaan kohdistuva tutkimus- ja kehitystyö sekä jatkuva kouluttautuminen. Toiminnan taustalla on Lean ajattelu keskittyen perustehtävän ja tavoitteen selkeään määrittelyyn ja ymmärtämiseen sekä toimintaprosessien jatkuvaan hiomiseen. Kuvantamisen arvot perustuvat Pohteen hyvinvointialuestrategiassa määriteltyihin arvoihin: näemme ihmisen, kohtaamme ammattitaidolla ja edelläkävijänä vaikuttavuudessa.

## 1.3. Asiakkaat ja heidän tarpeensa

Kuvantamisen vastuualueen asiakkaita ovat hyvinvointialueen asukkaat sekä alueella toimivat terveyden- ja sairaanhoidon yksiköt. Primäärein asiakasryhmä on kuvantamispalveluja tarvitsevat potilaat ja Oysin kliiniset yksiköt sekä alueen sotekeskukset ja-yksiköt. Muita asiakkaita ovat Oysin yhteistyöalueen ja muiden hyvinvointialueiden yksiköt.

Sisäisiä toimintatapoja kehitetään kiinteässä yhteistyössä palvelujen käyttäjien: potilaiden ja lähettävien yksiköiden kanssa. Jokaiselle kuvantamisyksikölle on nimetty osastonylilääkäri ja hoitotyön vastuuyksikköpäällikkö sekä elinspesifinen vastuulääkäri, jotta lähettävien yksiköiden tarpeet tulisivat huomioiduksi.

Sekä potilaiden että lähettävien yksiköiden tarpeita seurataan säännöllisillä asiakaskyselyillä, jonoseuranalla ja yhteisneuvotteluilla sekä erilaisilla palautejärjestelmillä.

*Viittaukset*

[QlikWiew- johdon raportointi](http://w2qlikview/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=1.ppshp_johdonraportti.qvw&lang=en-US&host=QVS%40w2qlikview)

[Kuvantamisen raportit](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/Diagnostiikka/Kuvantaminen/SitePages/Raportit.aspx)

**Yhteistyökumppanit**

Yhteistyökumppaneita on sekä palvelutuotannossa, tutkimus- ja kehittämistoiminnassa että koulutuksessa. Palvelutuotannossa yhteistyökumppaneita ovat yhteistoiminta-alueen ja yksityisten palvelutuottajien muut kuvantamisen yksiköt. Tutkimus- ja kehittämistoiminnassa (lääketieteellinen/muu kehitystyö) tehdään paljon yhteistyötä. Yhteistyökumppaneita ovat hyvinvointialueen toimialueet, Oulun yliopisto alayksikköineen, Oulun ammattikorkeakoulu ja radiologista tutkimus- ja kehittämistyötä tekevät yritykset. Koulutuksen tärkeimpiä yhteistyökumppaneita ovat Oulun yliopisto ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Yhteistyökumppaneiden lukumäärä ja yhteydenpitotavat voivat vaihdella eri projekteissa. Uusia yhteistyökumppaneita etsitään jatkuvasti.

## 1.4. Laatupolitiikka

Laatupolitiikan tavoitteena on ohjata kuvantamispalvelujen tuottajia (röntgen- ja isotooppiosastojen esimiehet/henkilöstö) jatkuvaan laadun parantamiseen, laatua koskevien tavoitteiden asettamiseen ja pyrkimyksiin saavuttaa asettamansa tavoitteet. Laadun parantaminen perustuu ensisijaisesti työyksikön ja työntekijän toiminnan ja toimintaprosessien jatkuvaan arviointiin, jota tehdään esim. tutkimusten/hoitotoimenpiteiden sekä asiakaspalvelun laatua seuraamalla.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Säteilynkäytön itsearviointi ja sisäinen auditointi kuvantamisen vastuualueella](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilynkäytön%20itsearviointi%20ja%20sisäinen%20auditointi%20oys%20kuv.docx)

[Sisäisten auditointien suunnitelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilynkäytön%20itsearviointi%20ja%20sisäinen%20auditointi%20oys%20kuv.docx" \l "Sisäinen)

## 1.5. Toimintaa ohjaava lainsäädäntö

Radiologista palvelutoimintaa ohjaa terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö. Lisäksi toimintaa ohjaavat Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö ja sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö. Säteilytoimintaa ohjaavat Euroopan komission direktiivit ja kansallisella tasolla säteilylaki ja -asetukset sekä Säteilyturvakeskuksen määräykset.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Säteilyturvakeskuksen säädöskokoelma](https://www.stuklex.fi/fi)

[Säteilylaki 859/2018](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180859)

[Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ionisoivasta säteilystä 1044/2018](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181044?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=STM%20asetus%20ionisoivasta)

[Valtioneuvoston asetus ionisoivasta säteilystä 1034/2018](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181034?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=valtioneuvoston%20asetus%20ionisoivasta%20s%C3%A4teilyst%C3%A4)

[Euroopan unionin perusturvallisuusdirektiivi 2013/59/Euratom](https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2014:013:FULL:FI:PDF)

# 2. Toiminnan organisointi

## 2.1. Organisaatio

Pohteen organisaatiossa kuvantamisen vastuualue kuuluu Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen (Sapa) Diagnostiikka osaamiskeskukseen. Vastuualueelle kuuluu seuraavat palveluyksiköt: Oysin G-röntgen, F-röntgen (keskusröntgen ja isotooppiosasto), B-röntgen (lasten röntgen, hammasröntgen, päivystysröntgen) ja Oulaskankaan röntgen sekä alueelliset kuvantamisyksiköt (pohjoinen, etelä ja länsi). Radiologian erikoisalavastuut on jaettu eri modaliteettien mukaisiin erikoistumisalueisiin, joita ovat neuro-, vartalo-, tuki- ja liikuntaelin-, rinta-, toimenpide- ja lastenradiologia- sekä isotooppilääketiede. Näissä kussakin toimii omat vastuuradiologinsa.

Pohteen säteilynkäyttöorganisaatio on nimennyt seitsemän säteilyturvallisuusvastaavaa. Oys Diagnostiikka röntgentoiminnan säteilyturvallisuusvastaava (STV) ja säteilyturvaneuvottelukunnan jäsen on ylilääkäri Marko Nikki. Säteilyturvallisuusasiantuntijana (STA) ja lääketieteellisen fysiikan asiantuntijana (LFA) toimivat ylifyysikko Miikka Nieminen, apulaisylifyysikko Matti Hanni ja sairaalafyysikko Timo Liimatainen. Kuvantamisen vastuualueen isotooppi ja PET-TT –toiminnan osalta STV, STA ja LFA on sairaalafyysikko Anna-Leena Manninen.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen organisaatio](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-sairaanhoidolliset-palvelut/SitePages/laaketieteellinen-kuvantaminen.aspx)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen säteilynkäyttöorganisaatio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Turvallisuusohje%20sislttyyppi/PPSHP-säteilyorganisaatio.docx)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen säteilynkäytön organisaatiokaavio](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-turvallisuus/SitePages/sateilyturvallisuus.aspx)

[Kuvantamisen vastuualueen röntgentoiminnan säteilyn käytön johtamisjärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Kuvantamisen%20toimialueen%20röntgentoiminnan%20säteilyn%20käytön%20turvallisuusarvio%20Oys.docx?web=1)

[Isotooppiosaston säteilytoiminnan johtamisjärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Isotooppiosaston%20säteilytoiminnan%20johtamisjärjestelmä%20oys.docx?web=1)

## 2.2. Päätöksentekojärjestelmä, vastuut, valtuudet ja keskinäiset suhteet

Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen ylintä päätäntävaltaa käyttää hallintosäännön mukaisesti toimialuejohtaja Jaakko Niinimäki, joka toimii toimialueensa johtavana ylilääkärinä. Toimialueen johtaja toimii esihenkilönä osaamiskeskuksen ja matriisimaisen hoitotyön toimintakokonaisuuden johtajalle. Päätöksentekoa, johtamista, tehtävien delegointia, valtuuksia ja kokouskäytäntöjä ohjaa sairaanhoidon vastuukeskuksen toimintasääntö.

Kuvantamisen vastuualueen vastuuyksikköpäällikön tehtävässä toimii ylilääkäri Marko Nikki, joka on kuvantamisen lääkärihenkilöstön esihenkilö ja vastaa siihen kuuluvien asiantuntijapalveluiden tuottamisesta. Kuvantamisen vastuualueella ylilääkärin alaisuudessa toimii sektorivastuulääkäreitä (osastonylilääkärit), jotka vastaavat osaltaan sektorinsa lääketieteellisestä johdosta ja toimivat sektorillaan työskentelevän erikoislääkäritiimin esihenkilötehtävissä (B-, F-, G- ja OAS-röntgenin, alueellisen kuvantamisen, toimenpideradiologian sekä hammas- ja suuradiologian tiimit). Hoitotyön johtajana on Kirsi Rannisto, joka vastaa toimintakokonaisuudelle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta hoitotyön osalta. Hoitotyön vastuuyksikköpäälliköt toimivat hoitotyön johtajan alaisuudessa.

Säteilytoiminnan osalta vastuut ja valtuudet jakaantuvat säteilytoiminnan johtamisjärjestelmän mukaisesti. Kuvantamisen röntgentoiminnan säteilyturvallisuusvastaava on ylilääkäri Marko Nikki ja säteilyturvallisuusvastaavan varahenkilö on hallinnollinen apulaisylilääkäri Elias Vaattovaara. Isotooppitoiminnan säteilyturvallisuusvastaava on Anna-Leena Manninen, sijaisena toimii osastonylilääkäri Salla-Maarit Kokkonen. Näihin vastuisiin liittyvät valtuudet samoin kuin muut vastuut on lueteltu kuvantamisen toimintakäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa vastuiden ja valtuuksien määrittely.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen organisaatio](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-sairaanhoidolliset-palvelut/sitepages/Diagnostiikka-osaamiskeskus.aspx)

[Kuvantamisen vastuualueen säteilytoiminnan johtamisjärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b4d78d291-ef65-471b-91ba-33ca0ee4232d%7d&action=default)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen röntgentoiminnan säteilyn käytön turvallisuusarvio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b317b3fca-0618-4b44-bee8-3ed46934e319%7d&action=default)

[Isotooppiosaston säteilytoiminnan johtamisjärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b18ed7894-b08e-4e01-bfa5-d812c798add7%7d&action=default)

[Isotooppiosaston säteilyn käytön turvallisuusarvio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b8ae97829-f0d9-4eb3-8f3e-d18c4cda10dc%7d&action=default)

## 2.3. Johto- ja johtoryhmäkokoukset

Kuvantamisen vastuualueen johtoon kuuluvat ylilääkäri, hallinnollinen apulaisylilääkäri ja hoitotyön johtaja. Kerran viikossa kokoontuvassa johdon kokouksessa valmistellaan ja käsitellään kuvantamisen vastuualuetta koskevia asioita, joita edelleen käsitellään osastonylilääkäreiden ja hoitotyön esihenkilöiden kokouksissa joka toinen viikko.

Vastuualueen johtoryhmään kuuluvat ylilääkäri, hoitotyön johtaja, osastonylilääkärit ja hoitotyön vastuuyksikköpäälliköt, ylifyysikko, laatukoordinaattori, kliininen asiantuntija ja ammattiryhmien luottamushenkilöt.

Joka toinen kuukausi pidettävässä johtoryhmän kokouksessa raportoidaan ja käsitellään toimintaan oleellisesti kuuluvia asioita (toimintaraportit ja laatujärjestelmän ylläpito). Johtoryhmän kokouksista pidetään muistiota.

*Muut sisäiseen toimintaan liittyvät kokoukset*

Osastonylilääkärikokous (n 2/kk)

Hoitotyön esihenkilöiden kokous (2/kk)

Fyysikkopalaveri (4/kk)

Radiologien keskiviikko-meeting (4/kk)

Vastuuyksiköiden osastokokous (4/kk)

Tekninen laatupalaveri (2/v)

Modaliteettipalaverit (4/v)

Koulutusiltapäivä (4/v)

Projektikokoukset (projektisuunnitelman mukaisesti)

Erikoisalojen meetingit (suunnitelman mukaisesti).

Vastuuyksiköiden virkistysiltapäivä (0,5/v)

Päivystystoimintaan osallistuvien kokous (tarvittaessa)

Ohjetyöryhmän palaverit (tarvittaessa)

Perehdytystyöryhmän palaverit (tarvittaessa)

*Muut kokoukset*

Vastuukeskuksen johtoryhmä (1/kk)

Vastuukeskuksen pikkujohtoryhmä (4/kk)

Diagnostiikka osaamiskeskuksen johtoryhmä (4/v)

Sairaalan ylilääkäreiden kokoukset (4/v)

Kuvantamisen YTA-kokoukset (2/v)

Hallinnollisten apulaisylilääkäreiden kokoukset

Hoitotyön johtoryhmän kokoukset (2/kk)

Henkilökuntaneuvoston kokoukset

Eri yhteistyöprojekteihin liittyvät kokoukset

Eri yhteistyötahojen ja röntgenosastojen kokoukset

Ammattiyhdistysten/luottamusmiesten kokoukset

Työsuojeluyhdyshenkilöiden kokoukset (vuosikellon mukaisesti)

SaPa-tuke ryhmän kokoukset (2-3/vuosi)

Innovaatiokoordinaattoreiden kokoukset (3 vi välein)

# 3. Toiminnan suunnittelu, ohjaus ja seuranta

## 3.1. Strateginen suunnittelu

Strategisella suunnittelulla pyritään varmistamaan yksikön menestys pitkällä aikavälillä. Kuvantamisen vastuualueella strategisen suunnittelun vastuu on vastuualueen johdolla. Strateginen suunnittelu nojautuu hyvinvointialueen strategiaan ja järjestämissuunnitelmaan. Strategista suunnittelua tehdään johtoryhmäkokoonpanolla vuosittain osana toiminta- ja taloussuunnitelmien tekoa. Strategista suunnitelmaa tarkennetaan jatkuvana prosessina johdon kokouksissa.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/Jaetut%20asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fintranet%2Dtietoa%2Dmeista%2FJaetut%20asiakirjat%2FStrategia%2FPohde%5Fstrategia%5F2023%2D2030%5Fversio%5F4%2D5%2D2022%20%281%29%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fintranet%2Dtietoa%2Dmeista%2FJaetut%20asiakirjat%2FStrategia) strategia

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämissuunnitelma](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/Jaetut%20asiakirjat/Ohjelmat%20ja%20suunnitelmat/pohde_sosiaali-_ja_terveyspalveluiden_jarjestamissuunnitelma_aluevaltuuston_hyvaksyma_24-10-2022%20(1).pdf)

## 3.2. Sopimukset

Palvelusopimusten laatimisessa noudatetaan hyvinvointialueen hallinto- sekä päätös- ja delegointisääntöjä. Ulkopuolisten asiakkaiden kanssa tehdään vastuusopimukset kirjallisena. Diaarin mukaisesti numeroidut palvelusopimukset hyväksyy palvelukeskuksen johtaja tai delegointisäännön mukainen henkilö.

Sisäisten asiakkaiden kanssa tehtävät sopimukset perustuvat talousarvioon, joissa ennakoidaan kliinisten yksiköiden kuvantamispalveluiden tarpeet. Kuvantamisen vastuualueen seuraavan vuoden vastuutuotanto suunnitellaan näiden ennakkotietojen pohjalta. Koulutusorganisaatioiden kanssa tehdään koulutuksiin liittyvät sopimukset.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Päätös- ja delegointisääntö](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/Delegointisaannot.aspx)

## 3.3. Toiminnan ja talouden suunnittelu

Vastuuyksiköiden toimintasuunnitelmissa määritellään toiminta-, talous- ja laatutavoitteet seuraavalle vuodelle. Toiminnan suunnittelussa käytetään tietona edellisten vuosien toteutumaa sekä asiakasyksiköiltä saatua ennustetta tulevalle vuodelle. Budjettiraamit neuvotellaan järjestämistoiminnon ja toimialueen välisissä neuvotteluissa. Budjettisuunnittelu tehdään Clausion FPM-ohjelman avulla.

## 3.4. Tavoitteet ja niiden seuranta

Toimintavuoden aikana tavoitteiden saavuttamista seurataan vastuuyksiköittäin johtoryhmän kokouksessa. Vuositasolla vastuuyksikköjen tavoitteiden saavuttamista arvioidaan johdon katselmuksissa.

# 4. Laadunhallintajärjestelmä

## 4.1. Laadunhallintajärjestelmän vastuut ja valtuudet

Laadunhallintajärjestelmän vastuut ja valtuudet jakaantuvat sekä linjaorganisaation että säteilytoiminnan johtamisjärjestelmän mukaisesti. Näiden lisäksi on jaettu laatujärjestelmän ylläpitoon liittyviä erikoisvastuita.

Laatukoordinaattori vastaa laatutyön koordinoinnista sekä toimintakäsikirjan ja menettelyohjeiden laatimisesta ja päivittämisestä. Muiden ohjeiden vastuut (laatiminen/hyväksyminen/päivittäminen) on lueteltu ko. ohjeiden kohdalla kuvantamisen vastuualueen toimintakäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa säteilylle altistavien toimenpiteiden laatimista koskevat ohjeet ja käytännöt. Teknisen laadunvarmistuksen vastuut on määritelty Kuvantamisen vastuualueen radiologisten kuvantamislaitteiden sekä isotooppitutkimuslaitteiden laadunvarmistusohjelmassa.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen radiologisten kuvantamislaitteiden laadunvarmistusohjelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b55b28c97-2672-4a8e-b8eb-40b3b45146de%7d&action=default)

[Isotooppitutkimuslaitteiden laadunvarmistusohjelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b1315d23b-9116-4ba9-99e8-dc28d5f72e48%7d&action=default)

## 4.2. Toimintakäsikirja

Kuvantamisen vastuualueen toimintakäsikirja koostuu ISO-standardin/Oysin mallin mukaisesta ja säteilyturvallisuutta määrittelevästä osasta. Toimintakäsikirjassa määritellään johtamiskäytäntö, resurssien hallinta ja sen painopistealueet sekä laatujärjestelmän ylläpitämisen keinot.

Lääketieteelliseen säteilynkäyttöön liittyvät asiat on kuvattu toimintakäsikirjan säteilyturvallisuutta käsittelevässä osassa ja kuvantamisen vastuualueen säteilytoiminnan johtamisjärjestelmässä. Dokumentit kuvaavat tämän päivän käytäntöjä. Mikäli toiminnassa tehdään muutoksia, silloin dokumentteja päivitetään. Päivittämisestä vastaa laatukoordinaattori.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen säteilytoiminnan johtamisjärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b4d78d291-ef65-471b-91ba-33ca0ee4232d%7d&action=default)

[Isotooppiosaston säteilytoiminnan johtamisjärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b18ed7894-b08e-4e01-bfa5-d812c798add7%7d&action=default)

## 4.3. Laatuyhdyshenkilöt

Kuvantamisen vastuualueen laatukoordinaattorina toimii TtM Raija Honkanen. Teknisen laadunvalvonnan ylin vastuu on ylifyysikko Miika Niemisellä. Jokaisessa kuvantamisen yksikössä on nimetty kaksi laatuyhdyshenkilöä. Alueellista laadunvalvontaa tekevät fyysikot ja järjestelmäpäällikkö Timo Karsikas. Näyttöjen laadunvalvontaa suorittavat tutkimuskoordinaattori Esa Liukkonen ja järjestelmäpäällikkö Timo Karsikas.

## 4.4. Asiakirjojen ja tallenteiden valvonta

Kuvantamisen vastuualueen asiakirjojen ja tallenteiden valvontaa tehdään asiakirjahallinnon ohjeiden mukaisesti. Kliinisessä kuvantamisessa muodostuneita asiakirjoja säilytetään/valvotaan säteilylainsäädännön, potilasasiakirjalain ja kansallisarkiston antamien ohjeiden edellyttämällä tavalla. Potilasasiakirjojen tallentaminen on esitetty kuvantamisen vastuualueen toimintakäsikirjassa säteilyturvallisuusosiossa kohdassa toimenpiteitä koskevien tietojen laatu, tallentaminen ja kulku.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Asiakirjahallinto](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-hallinto/SitePages/asiakirjahallinto.aspx)

## 4.5. Sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen

**Sisäinen tiedottaminen**

Sisäisen tiedottamisen vastuut jakaantuvat linjaorganisaation, säteilytoiminnan johtamisjärjestelmän ja Pohteen säteilyorganisaation mukaisesti. Palaute eri kokouksista (lueteltu kohdassa 2.3) annetaan esimiehille/henkilökunnalle suullisesti ja/tai kirjallisesti. Kokousmuistiot tallennetaan sähköiseen muotoon intranetin Työtiloihin/Teamsiin. Juoksevasti numeroidut tiedotteet ovat luettavissa intranetissä Tiedotus-osiossa.

*Viittaukset*

[Kuvantamisen vastuualueen organisaatio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Organisaatiojajohtaminen/Organisaatio-ja-yksikot/Sapa/Diagnostiikka/Sivut/Kuvantaminen.aspx)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen säteilynkäyttöorganisaatio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Turvallisuusohje%20sislttyyppi/PPSHP-säteilyorganisaatio.docx)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen säteilynkäytön organisaatiokaavio](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-turvallisuus/SitePages/sateilyturvallisuus.aspx)

**Ulkoinen tiedottaminen**

Ulkoisen tiedottamisen tavoitteena on tukea tavoitteiden saavuttamista. Jatkuvaa tiedottamista tehdään toimintamuutoksien, uusien kehityssuuntien ja ajankohtaisten asioiden esille tuomiseksi.

Ulkoinen tiedottaminen tapahtuu joko itsenäisesti tai osana hyvinvointialueen tiedottamista. Itsenäisesti tiedotetaan esim. toimintamuutoksista potilaille, asiakkaille ja sidosryhmille. Ulkoisesta tiedottamisesta vastaa ylilääkäri, joka allekirjoituksellaan vahvistaa tiedotteet. Vastuuyksikön osastonylilääkäri ja osastonhoitaja vastaavat vastuuyksikön tiedottamisesta. Ulkoiset tiedotteet lähetetään koordinoidusti laatukoordinaattorin kautta.

Em. vastuuhenkilö ja ylilääkäri allekirjoittavat nämä tiedotteet. Laatujärjestelmään liittyvät tiedotteet allekirjoittavat ylilääkärin lisäksi laatukoordinaattori. Juoksevasti numeroidut tiedotteet lähetetään vastaanottajille sähköisesti ja tallennetaan tarpeen mukaan internettiin ja intranettiin.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

# II RESURSSIEN HALLINTA

# 1. Taloudellinen ohjaus

Aluevaltuusto vastaa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen toiminnasta ja taloudesta. Hyvinvointialuejohtaja johtaa aluehallituksen alaisena hyvinvointialueen hallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa. Aluehallitus hyväksyy suunnittelukehykset ja talousarvion laadintaohjeet. Talousarviossa ja taloussuunnitelman laadinnan lähtökohtana on hyvinvointialuestrategian päämäärät.

Toimialuejohtaja johtaa sairaanhoidolliset palvelut palvelukeskuksen toimintaa ja vastaa sen toiminnasta ja taloudesta. Kuvantamisen vastuualueen taloudellisen toiminnan ohjaus perustuu lakiin sosiaali-- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja Pohteen hallinto- ja delegointisääntöön sekä Sapan toimintasääntöön. Pohteen aluevaltuusto vahvistaa kuvantamisen esityksen (toimintasuunnitelma) pohjalta käyttösuunnitelman osana hyvinvointialueen käyttösuunnitelmaa. Kuvantamisen yksiköiden talousarvio pohjautuu talous- ja toimintasuunnitelmaan.

Kuvantamisen vastuualueella tilivelvollisia ovat vastuualueen johtaja (=ylilääkäri) ja hoitotyön johtaja. Tilivelvollisuus koskee Sairaanhoidollisten palvelujen toimialueen toimintasäännön mukaisesti määriteltyjä vastuita/valtuuksia määrärahojen puitteissa.

*Viittaukset*

[Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen delegointisäännöt](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/Delegointisaannot.aspx)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

# 2. Henkilöstö

## 2.1. Henkilöstöpolitiikka

Henkilöstöpolitiikan tavoitteena on varmistaa, että yksiköissä on perustehtävän suorittamiseen riittävästi ammattitaitoista ja hyvinvoivaa henkilöstöä sekä hyvä ja turvallinen työn tekemisen mahdollistava työympäristö. Keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ovat; oikeat henkilöstövalinnat, koulutus ja panostaminen työkykyä ylläpitävään toimintaan sekä omaehtoiseen työn kehittämiseen ja työyhteisön ilmapiiriin. Kaikkia ammattiryhmiä koskeva henkilöstövalinnan peruste on tehtävään soveltuva pohjakoulutus, hyvät yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot sekä halu kehittyä.

## 2.2. Henkilöstörakenne

Kuvantamisen vastuualueella työskentelee useita ammattiryhmiä. Lukumääräisesti eniten on hoitohenkilökuntaa (röntgen-, laboratorio- ja lähihoitaja) ja lääkäreitä (radiologi, isotooppilääkäri). Lääkärit ovat koulutukseltaan joko erikoislääkäreitä tai erikoistumiskoulutuksessa olevia lääkäreitä. Em. isojen ammattiryhmien lisäksi kuvantamisella työskentelee fyysikoita (ylifyysikko, apulaisylifyysikko, sairaalafyysikko tai erikoistumiskoulutuksessa oleva fyysikko), osastonsihteereitä, kliininen asiantuntija sekä laatukoordinaattori. Erilaisissa projekteissa tai kehittämistehtävissä voi työskennellä muidenkin kuin em. ammattiryhmien edustajia.

Työ- ja virkasuhteen perusteella kuvantamisen vastuualueen työtekijät ovat joko viranhaltijoita tai työsuhteisia. Työn laadun perusteella työntekijät ovat joko säteilytyöntekijöitä tai ei-säteilytyöntekijöitä. Säteilytyöntekijät kuuluvat A tai B luokkaan.

*Viittaukset*

[Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen delegointisäännöt](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/Delegointisaannot.aspx)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Säteilylaki 859/2018](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180859)

**Henkilöstön nimeäminen tehtäviinsä**

Henkilöstövalinnoissa ja nimeämisessä tehtäviinsä noudatetaan Pohteen hallintosääntöä sekä Sairaanhoidollisten palvelujen toimialueen toimintasääntöä.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen delegointisäännöt](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/Delegointisaannot.aspx)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Palvelusuhdeasiat (Ilona-intranet)](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-palvelussuhde/SitePages/palvelussuhdeasiat.aspx)

**Uuden viran perustaminen tai palvelussuhteen päättäminen**

Uuden viran perustamisessa ja vastuusuhteen päättämisessä kuvantamisen vastuualueella noudatetaan Pohteen ohjeistusta.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen delegointisäännöt](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/Delegointisaannot.aspx)

[Sairaanhoidolliset palvelut toimialueen toimintasääntö](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b38493052-174A-474C-830B-943211266922%7d&file=2022-1-1%20OYS%20Sairaanhoidon%20palvelukeskuksen%20toimintas%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%20v1_0.pdf&action=default)

[Palvelusuhdeasiat (Ilona-intranet)](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-palvelussuhde/SitePages/palvelussuhdeasiat.aspx)

**Terveydenhuollon ammattilaiset**

Pätevyysvaatimuksissa ja työtehtävien jakamisessa noudatetaan terveydenhuollon ammattilaisista säädettyä lakia sekä säteilytyöntekijöiden terveydentilan seurantaan liittyvää lakia.

*Viittaukset*

[Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)

[Laki lääkärin hyväksymisestä luokkaan A kuuluvien säteilytyöntekijöiden terveydentilan seurannan suorittavaksi lääkäriksi (170/2017)](https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170170)

[Säteilyyn perehtyneet työterveyslääkärit](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/sateilyyn-perehtyneet-tyoterveyslaakarit)

**Lomat ja muut poissaolot, vuosilomansijaiset ja tilapäistyövoima**

Vuosiloman määräytymisessä noudatetaan virkaehtosopimusta. Lomasuunnittelun periaatteena on lomien tasainen jakaantuminen lomakaudelle. Tämä järjestely takaa työtehtäviin riittävän määrän vakituista henkilökuntaa ja mahdollistaa lomittajille pidemmät sijaisuudet.

*Viittaukset*

[Palvelusuhdeasiat (Ilona-intranet)](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-palvelussuhde/SitePages/palvelussuhdeasiat.aspx)

[Työsopimuslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055)

## 2.3. Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen

Henkilökunnan täydennyskoulutuksen järjestäminen perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön oppaaseen (2004:3) ja STM: asetukseen ionisoivasta säteilystä (1044/2018). Ammattitaidon ylläpitämiseen, kehittämiseen ja syventämiseen tähtäävä täydennyskoulutus voi perustua Kuvantamisen vastuualueen /vastuuyksiköiden tai työntekijän itsensä asettamiin koulutustarpeisiin. Koulutussuunnitelmat tehdään vastuuyksiköittäin toimintasuunnittelun yhteydessä. Täydennyskoulutukseen varataan budjetissa määrärahat.

STM:n oppaan mukaisena täydennyskoulutusta annetaan koko henkilökunnalle, mutta STM:n asetuksen mukaisena ainoastaan säteilytyöntekijöille. Säteilytyöntekijöiden täydennyskoulutuksen toteuttaminen ja seurantamenetelmät sekä säteilytyön perehdytys ja käyttökoulutus on ohjeistettu toimintakäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa.

Koulutukseen osallistumistiedot kirjataan Pohteen Hessun sähköiseen osaamisen hallintajärjestelmään. Tästä koulutusjärjestelmästä saadaan raportit täydennyskoulutukseen osallistumisesta mm. henkilö-ja vastuualuetasolla. Diagnostiikan osaamiskeskussihteeri kirjaa muut esim. sisäiset/yksikkökohtaiset koulutukset todistuksen tai läsnäololistan pohjalta. Koulutuksista annetaan palaute suullisesti ja/tai kirjallisesti. Palaute tallennetaan sähköiseen muotoon Intran Kuvantamisen Työtiloihin.

*Viittaukset*

[Säteilylaki 859/2018](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180859)

[Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ionisoivasta säteilystä 1044/2018](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181044?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=STM%20asetus%20ionisoivasta)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Säteilytyöntekijän täydennyskoulutus](http://www.stuk.fi/saannosto/stukin-viranomaisohjeet/sateilyturvallisuusohjeet)

[Koulutuksen palautekaavake](http://intranetvanha/Lomakkeet/Documents/Palaute%20koulutustilaisuudesta.docx)

**Pohteen järjestämät koulutukset**

Oys järjestää terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettua täydennyskoulutusta, joka perustuu yliopistosairaaloille annettuun velvoitteeseen huolehtia oman alueen ammattiosaamisen ylläpidosta. Koulutuksen tavoitteena on ammattitaidon ylläpito ja syventäminen sekä oppimisvalmiuksien lisääminen. Koulutus voi tapahtua meetingtoimintana, alueellisena, lääketieteellisenä, erikoisalakohtaisena, toimipaikkakoulutuksena tai verkkokoulutuksena.

Pohde säteilytoiminnan harjoittajana järjestää säteilytyöntekijöille tarkoitettua STM:n asetuksen mukaista täydennyskoulutusta. Tietohallinto järjestää säännöllisesti atk-alan koulutusta. Pohteen osaamisen kehittämisyksikkö järjestää laatukoulutusta.

Kuvantamisen vastuualue järjestää yhteistyössä Pohteen osaamisen kehittämisyksikön kanssa vuoden aikana neljä koulutusiltapäivää, joiden esitykset pääsääntöisesti muodostuvat STM:n asetuksen röntgensäteilytoimintaa koskevista täydennyskoulutusvaatimuksista.

Säteilysuojelun verkkokoulutus (SÄVe) on tarjolla Medieco eLearn -verkko-oppimisympäristön kautta. Verkkokoulutuksen avulla voidaan suorittaa enintään 20 säteilysuojelun täydennyskoulutustuntia. Koulutuksen sisältö vastaa säteilysuojelun täydennyskoulutuksen vaatimuksia. Kuvantamisen vastuualueella kaikki säteilytyöntekijät sekä osastonsihteerit ja lähihoitajat soveltuvin osin suorittavat SÄVe verkkokoulutuksia; Radiologit ml. radiologiaan erikoistuvat lääkärit sekä fyysikot suorittavat kaikki SÄVen osiot viiden vuoden sykleissä. Röntgentoimintaan osallistuvat röntgenhoitajat suorittavat SÄVestä 1 ja 2 osion sekä Oppiportista kurssit: Säteily isotooppilääketieteessä, perustaso ja Sädehoito, perustaso. Isotooppitoiminnassa mukana oleva hoitohenkilöstö suorittaa SÄVestä osiot 1–3 sekä Oppipostista Sädehoito, perustaso -kurssin. Oppiportista voi suorittaa myös muita säteilysuojeluun liittyviä kursseja oman mielenkiinnon mukaisesti.

Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa järjestetään kerran vuodessa (syksyllä) Radiologia Uutta ja Vanhaa - koulutuspäivät. Vastuuyksiköt järjestävät tarpeen mukaan omia koulutusiltapäiviä. Osastokokouksissa voidaan tiedottamisen lisäksi pitää myös esitelmiä, luentoja ja opetustapahtumia.

Radiologeille ja erikoistuville lääkäreille annetaan koulutusta viikoittaisissa keskiviikkomeetingeissä, joissa pidetään esitelmiä tai referoidaan tieteellisten lehtien artikkeleita.

**Muiden tahojen antama koulutus**

Kuvantamisen vastuualueen työntekijät voivat osallistua sädeturvakeskuksen (STUK), alan ammattiliittojen/-yhdistysten, Pohteen, muiden sairaaloiden, eri koulutusorganisaatioiden tai yksityisten firmojen järjestämille sisäisille, alueellisille, valtakunnallisille tai kansainvälisille koulutuspäiville.

Laitevalmistaja antaa uuden laitteen tai ohjelmiston käyttökoulutusta. Laitevalmistajan antamaa käyttökoulutusta annetaan vain muutamalle henkilölle (laitteen vastuuhoitajat), jotka kouluttavat lisää henkilökuntaa. Käyttökoulutuksen järjestäminen on kuvattu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa.

*Viittaukset*

[Säteilytyöntekijän täydennyskoulutus](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilytyöntekijän%20täydennyskoulutus%20oys%20kuv.docx)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Koulutuksen palautekaavake](http://intranetvanha/Lomakkeet/Documents/Palaute%20koulutustilaisuudesta.docx)

**Ammattikirjallisuus**

Kuvantamisen vastuualueella on käytössä erilaista elektronista ammattikirjallisuusaineistoa ja tarvittaessa voidaan tilata ajantasaista ammattikirjallisuutta.

## 2.4. Perehdytys

Työnopastuksen ja perehdytyksen tavoitteena on opettaa uutta työntekijää tuntemaan kuvantamisen työympäristö ja auttaa hallitsemaan omaa työtään. Perehdyttämisessä noudatetaan työturvallisuuslakia ja säteilylainsäädäntöä. Säteilylainsäädännön tarkoittama perehdyttäminen on kuvattu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa säteilylle altistavien toimenpiteiden suorittamista koskevat ohjeet ja käytännöt. Röntgenhoitajilla on yhtenäiset perehdytyksen osaamistasovaatimukset, perehdytysmateriaalit, -oppaat ja –kortit eri modaliteeteille. Sairaalalääkäreille, fyysikoille ja röntgenhoitajaopiskelijoille on omat perehdytysohjeet.

Opiskelijaohjaus kuuluu jokaiselle työntekijälle. Työharjoittelussa oleville röntgenhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoille ja erikoistumassa oleville sairaalalääkäreille tai –fyysikoille on omat perehdytysohjeet. Jokaisessa vastuuyksikössä on nimetty röntgenhoitajaopiskelijoiden ohjaajat. Sairaalalääkäreiden "kapteenin" vastuulla on huolehtia erikoistuvien lääkäreiden perehdyttämisestä.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen perehdytyssuunnitelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilytyön%20perehdytys%20ja%20käyttökoulutus%20oys%20kuv.docx)

[Erikoistuvan lääkärin perehdytys](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Perehdytysohje%20sislttyyppi/Lääkärin%20perehdytysopas%20oys%20kuvantaminen.docx)

[Erikoistuvan fyysikon perehdytys](file:///Y:/50_Sairaanhoidolliset_palvelut/501_Diagnostiikan_vastuualue/501_Yhteiset/Fyysikot/Sairaalafyysikko-koulutus/Koulutuskortti.doc)

## 2.5. Työnohjaus

Jokaisella työntekijällä on mahdollisuus halutessaan saada työnohjausta. Työnohjauksen tarve esitetään kehityskeskustelussa tai muussa esimiehen kanssa käytävässä keskustelussa.

# 3. Toimintaympäristö

## 3.1. Kiinteistöt ja työtilat

Tilapalvelut vastaa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen Pohteen tilahallinnasta ja vuokraustoiminnasta sekä vuokrattujen kohteiden kiinteistöpalveluista ja käyttäjäpalveluista niiltä osin kuin ne eivät sisälly kiinteistöjen omistajille ja vuokranantajille eivätkä omistettujen kohteiden ylläpitopalveluille tai muulle palveluorganisaatiolle. Työtiloja käytetään kliinisen toiminnan lisäksi Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetus-/tutkimustoimintaan. Toimintaympäristön puhtaanapidosta ja tarvikkeiden välinehuollosta vastaa Sairaalan moniosaajapalvelut -yksikkö.

OYS Kuvantamisen vastuupisteiden sijainnit: G-röntgen sijaitsee G-talossa R-kerroksessa (ulko-ovi G), Isotooppiosasto S6-rakennusosassa, 2. kerroksessa (ulko-ovi S), F-röntgen N4-rakennusosassa, 1. kerroksessa (ulko-ovi N), B-röntgen (Lasten yksikkö) L6-rakennusosassa, R-kerroksessa (ulko-ovi L**A**) B-röntgen (päivystysyksikkö) K2-rakennusosassa, 1. kerroksessa (ulko-ovi NK), Hammasröntgen K2-rakennusosassa, 2. kerroksessa (ovi K) ja Oulaskankaan röntgen Oulaisissa, Oulaistenkatu 5 (ulko-ovi A).

Tutkimushuoneet ja tilat, joissa käytetään säteilyä (röntgen/isotooppi), on varustettu ja kalustettu säteilylainsäädännön vaatimusten mukaisesti. Magneettikuvaushuoneet on varustettu ja kalustettu magneettikuvauslaitteiden vaatimusten mukaisesti. Tutkimushuoneiden ulkopuolella on säteily- tai magneettikentän vaaroista ilmoittavat kyltit.

*Viittaukset*

[Säteilyturvakeskuksen säädöskokoelma](https://www.stuklex.fi/fi)

## 3.2. Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

**Laitteiden vaatimukset**

Tutkimukset/hoitotoimenpiteet tehdään kyseiseen toimintaan soveltuvilla, käyttökunnossa olevilla laitteilla. Säteilylle altistavat tutkimukset/hoitotoimenpiteet tehdään ainoastaan säteilyturvakeskuksen hyväksymillä laitteilla. Kuvauslaitteiden toimintakunnon seuranta, tekninen laadunvarmistus ja vikatilanteissa toimiminen/korvaavat laitteet on kuvattu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa tutkimus- ja hoitolaitteet - kunnossapito ja toimintakunnon seuranta.

**Laiterekisteri**

Kuvaustoimintaan käytettävien laitteiden luettelo on tallennettu lääkintätekniikan ylläpitämään Effector-ohjelmaan, johon kuvantamisen vastuualueen henkilökunnalla on lukuoikeus. Intranetin Kuvantamisen työtiloissa ylläpidetään laitekanta-Exceliä, johon vastuuradiologi, -hoitaja ja -fyysikko kirjaavat laitteen käyttöä ja kuntoa koskevat huomiot. Tämän taulukon perusteella laaditaan 3-vuotissuunnitelma laitehankinnoista. Seuraavan vuoden hankintaesitykset tehdään toukokuun modaliteettipalavereissa. Manuaalisista vikavihkoista on siirrytty Kuvantamisen työtiloissa /laadunvarmistuskansiossa sijaitsevaan laiterikko-Exceliin, johon kuvataan laitteen vika, kauanko vika on ollut, korjaustoimet ja onko laitetta voitu käyttää viasta huolimatta.

*Viittaukset*

[Lääkintätekniikan laiterekisteri Effector](https://effector.ppshp.fi/)

[Kuvantamisen laitetaulukko](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/Diagnostiikka/Kuvantaminen/Kehittämistoiminta%20ja%20laadunhallinta/Kehittmisprosessit%20ja%20projektit/Kuvantamisen%20laitetaulukko.xlsx)

[Laiterikko-Excel](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/Diagnostiikka/Kuvantaminen/Kehittämistoiminta%20ja%20laadunhallinta/Tekninen%20laadunvarmistus/laiterikko%20oys%20kuv.xlsm)

**Laitevastaavat**

Laitevastaavat on nimetty sekä kuvaus- että oheislaitteille. Laitevastaavan tehtävät on määritelty. Laitevastaavaluettelo löytyy Ilonan laiteturvallisuusosiosta.

*Viittaukset*

[Laitevastaavan tehtävät](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Laitevastaavien%20tehtävät%20oys%20kuv.docx)

[Laitevastaavaluettelo](https://pohde.sharepoint.com/:x:/r/sites/intranet-turvallisuus/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BC9C0352C-7138-4681-8D15-A487D9515191%7D&file=Laitevastaavat.xlsx&action=default&mobileredirect=true)

**Kunnossapito**

Röntgenlaitteiden huolto- ja kunnossapitotoiminnan perustana on kuvantamisen vastuualueen ja lääkintälaitehuollon välinen laitteiden kunnossapitosopimus, jossa määritellään röntgenlaitehuollon vastuut röntgen-/oheislaitteiden asennuksista, määräaikaishuolloista ja korjauksista. Takuuaikana korjaukset kuuluvat laitetoimittajalle. Alueen kuvantamisyksiköiden huolto- ja kunnossapitotoiminnasta on tehty sopimuksia ulkopuolisen huoltofirmojen ja laitetoimittajien kanssa.

**Laitteiden valvonta**

Säteilylaitteiden tarkistukset tehdään lakien, asetusten ja viranomaismääräysten mukaisesti: ennen käyttöönottoa, määrävälein, merkittävän korjauksen/huollon jälkeen ja silloin, kun on aihetta epäillä laitteen toiminnan muuttuneen tai häiriintyneen.

**Laadunvarmistus**

Säteilylain 859/2018 30 §:n edellyttämä laitteiden toimintakunnon valvonta tehdään teknisen laadunvarmistussuunnitelman mukaisesti.

*Viittaukset*

[Säteilylaki 859/2018](http://finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181034?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=valtioneuvoston%20asetus%20ionisoivasta%20s%C3%A4teilyst%C3%A4)

[Valtioneuvoston asetus ionisoivasta säteilystä 1034/2018](http://finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181034?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=valtioneuvoston%20asetus%20ionisoivasta%20s%C3%A4teilyst%C3%A4)

[STM-asetus 1044/2018](http://finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181044)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

Intranet: [Effector](https://effector.ppshp.fi/)

## 3.3. Tietojenkäsittelyn laitteistot ja ohjelmistot

Työasemien ja tulostimien hankinta, asentaminen, päivittäminen, huoltaminen ja käytöstä poistaminen on keskitetty tietohallinnolle. Kliiniseen kuvaustoimintaan käytettävät laitteet/ohjelmistot/päivitykset hankitaan tarjousten perusteella eri laite-/ohjelmistovalmistajilta.

*Viittaukset*

[Atk-laitteiden hankintaohje](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b1E191EBB-C778-454F-86B9-3509BC9DE2A5%7d&file=Ty%C3%B6asemien%20hankintaohje.docx&action=default&DefaultItemOpen=1)

## 3.4. Ympäristöpolitiikka

Kuvantamisen vastuualueen ongelmajätteitä ovat nykyisin: radiolääke-, varjo- ja tehosteainejätteet. Kuljetuskeskus toimittaa ongelmajätteet jätteiden käsittelypaikkaan. Isotooppijätteen käsittelystä on ohjeet isotooppiosastolla.

*Viittaukset*

[Pohteen ympäristöpolitiikka](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tekniset-palvelut/SitePages/jatehuolto.aspx)

[Lääkehoitosuunnitelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Potilaanhoito/laakehoitosuunnitelmat/Sivut/laakehoitosuunnitelmat.aspx)

[Kuvantamisen vastuualueen lääkehoitosuunnitelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Ohjeet/KuvantamisenOhjeita/Sivut/Menetelm%C3%A4ohjeYleinen.aspx)

[OYS:n jätteiden käsittelyohje](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7bFB0924CC-AAFF-4083-AF68-A8E550BA2737%7d&file=J%C3%A4tteiden%20k%C3%A4sittelyohje%20OYS.docx&action=default&DefaultItemOpen=1)

# 4. Terveys ja turvallisuus

Pohteen Turvallisuus- ja valmius- palvelualueen tehtävänä on vastata sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan turvallisuudesta ja varautumisesta hyvinvointialueella.

Turvallisuuspalvelut huolehtivat hyvinvointialueen henkilö- ja toimitilaturvallisuudesta, paloturvallisuudesta, vartiointipalvelujen toteutumisesta sekä siitä, että henkilöstöllä on riittävä ohjeistus turvalliseen työskentelyyn.

Sote-valmiuskeskus vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan valmiussuunnittelusta, normaaliolojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan häiriötilanteisiin liittyvän tilannekuvan keräämisestä, analysoinnista ja eteenpäin välittämisestä.

## 4.1. Työkykyä ylläpitävä toiminta

Työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävä toiminta kohdistuu työntekijän osaamiseen, työn sisältöön ja työyhteisön/työympäristön kehittämiseen. Työkyvyn ylläpitämisen toimintasuunnitelmassa esitetään vuositasolla kuvantamisen vastuualueen menetelmät työkyvyn ylläpitämiseen. Toimintasuunnitelman noudattaminen ja käytäntöön pano on vastuuyksiköiden esihenkilöiden vastuulla. Lisäksi vastuuyksiköt esittävät omien toimintasuunnittelunsa yhteydessä työkykyä ylläpitävän toiminnan tavoitteet ja keinot.

*Viittaukset*

## 4.2. Työterveyshuolto

Oysin lakisääteisestä työterveydenhuollosta ja yleislääkäritasoisesta sairaanhoidosta vastaa Pihlajalinna. Säteilytyöntekijöiden terveystarkkailusta vastaa Pihlajalinnan työterveyslääkäri. Alueen henkilöstön terveystarkkailun järjestämisessä on eri toimijoita. Säteilytyöntekijöiden terveystarkkailu ja sädeannosten seuranta on kuvattu toimintakäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa toimenpiteistä aiheutuneet säteilyannokset ja saavutetut tutkimus- ja hoitotulokset.

*Viittaukset*

[Säteilyturvakeskuksen säädöskokoelma](https://www.stuklex.fi/fi)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Työterveyshuollon toimintasuunnitelma](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tyohyvinvointi/SitePages/tyoterveyshuollon-toimintasuunnitelma.aspx)

## 4.3. Työsuojelu

Työsuojelun avulla tavoitellaan työn tekemistä turvallisesti, jolla tarkoitetaan riskeiltä suojattua työympäristöä. Kuvantamisen toiminnalle ominaisia ja keskeisimpiä riskien aiheuttajia ovat säteily (röntgen ja isotoopit), voimakas magneettikenttä ja heliumkaasun vuoto/räjähdys. Kuvantamisen vastuualueella työsuojelua toteutetaan Pohteen työsuojeluorganisaation ja aluehallintoviraston työsuojelun vastuualueen mukaisesti. Aluehallintoviraston alaisuudessa Oysissa toimii työsuojelupäällikkö, jonka alaisuudessa ovat eri ammattialojen työsuojeluvaltuutetut. Kuvantamisen vastuualueen jokaisesta yksiköstä on nimetty 2-3 työsuojeluyhdyshenkilöä. Kuvantamisen vastuualueella noudatetaan Pohteen yhteisiä työsuojeluohjeita ja toimintakäytäntöjä.

Pohteen työsuojeluohjelma sekä työsuojelupäällikön, työsuojeluvaltuutettujen ja työsuojeluasiamiesten nimet ovat vastuuyksiköissä nähtävissä työsuojelukansiossa ja/tai ilmoitustaululla. Henkilökuntaa kohtaavan tapaturman ilmoittamiseen käytetään HaiPro-ilmoitusmenettelyä, josta ilmoitus välittyy henkilöasiaintoimistoon, työsuojelutoimistoon, työterveysvastuihin ja esihenkilölle.

Säteilyturvallisen työympäristön takaamiseksi kuvaushuoneet on varustettu lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Säteilytyöntekijän sädeannoksen minimoimiseen tähtääviä ohjeita ovat mm. säteilysuojainten käyttö, säteilysuojainten kuntoseuranta sekä kiinnipitäjänä/auttajana toimiminen.

*Viittaukset*

[Haipro -työturvallisuus](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tyohyvinvointi/SitePages/HaiPro-Ty%C3%B6suojeluriskien-arviointi-ja-vaaratapahtumailmoitukset.aspx)

[Hyvä kohtelun malli](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tyohyvinvointi/SitePages/Hyv%C3%A4n-kohtelun-malli.aspx)

[Työkyvyn tuen toimintamalli](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tyohyvinvointi/SitePages/Ty%C3%B6kyvyntuen-toimintamalli.aspx)

[Työsuojelun vuosikello, Diagnostiikka](https://intra.oysnet.ppshp.fi/tyotilat/SaPa/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b684301E0-50BF-4040-9089-104AFBF53965%7d&file=Ty%C3%B6suojelun%20vuosikello%20diagnostiikka%202017.docx&action=default)

**Työntekijöiden säteilysuojelu**

Henkilökunnan terveystarkkailu/sädeannosten seuranta, säteilysuojien käyttö ja kiinnipitäjänä/auttajana toimiminen on ohjeistettu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa. DIS-dosimetrit on otettu käyttöön 4.11.2019. Jokainen käyttäjä huolehtii itse mittareiden luennasta vähintään kerran kuukaudessa (kuun viimeinen päivä-3. seuraavaa kuuta). A-luokan säteilytyöntekijöillä on henkilökohtaiset dosimetrit. B-luokkaan kuuluvat käyttävät ryhmä- tai harkinnan mukaan henkilökohtaista dosimetria erikoistutkimuksissa. Säteilyn käytön turvallisuusarviossa on tunnistettu ja arvioitu, miten toiminnasta voi aiheutua säteilyaltistusta työntekijöille. Turvallisuusarvio tarkistetaan vähintään kolmen vuoden välein.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen röntgentoiminnan säteilyn käytön turvallisuusarvio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b66a27420-32b9-44c5-8203-bfe6f5e4c547%7d&action=default)

[Isotooppiosaston säteilyn käytön turvallisuusarvio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b8ae97829-f0d9-4eb3-8f3e-d18c4cda10dc%7d&action=default)

**Turvajärjestelyt**

Turvallisuusasiat kuuluvat Pohteen Turvallisuus- ja valmius palvelualueen alaisuuteen. Turvallisuuspalveluita johtaa turvallisuuspäällikkö. Työntekijöiden käytössä ovat henkilökortit, avaimet ja kulkutunnisteet, jotka haetaan rekisteröintipisteestä näyttämällä voimassaolevaa henkilöllisyystodistusta. Mekaaniset avaimet ulko-ovista on poistettu käytöstä, mutta ovat edelleen käytössä joissakin sisäovissa.

Oysin Päivystysröntgen on osa yhteispäivystyksen kulunvalvontajärjestelmää. Kulunvalvonta-alueella joka päivä klo 17.00 - 6.00 välisenä aikana ovet aukeavat vain kulkutunnisteella, joka on jaettu yhteispäivystyksen ja yhteispäivystyksen kanssa asioivien yksiköiden henkilöstölle. Päivystysröntgenissä on kuvaushuoneissa/toimitiloissa päällekarkauskahvat, joilla voidaan hälyttää nopeasti apua hätä-/vaaratilanteissa. Summerin kahvasta vedettäessä syttyy ko. huoneen oven ulkopuolelle sininen, vilkkuva valo ja summeri alkavat soida. Hälytys menee päivystyspoliklinikalle, valvontakeskukseen ja vartijoille. Lisäksi muissakin yksiköissä, missä työskennellään iltaisin ja viikonloppuisin, on tarpeen mukaan käytössä erilaisia hälytysjärjestelmiä esim. Avack Alert-hälytysjärjestelmä tietokoneilla ja mukana kuljetettavia turvakutsulaitteita.

*Viittaukset*

[Turvallisuus ja valmius](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-turvallisuus/SitePages/turvallisuus-ja-valmius.aspx)

[Henkilökortit, avaimet ja kulkutunnisteet](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Palvelutoiminnat/Sivut/Henkilokortitjakulkutunnisteet.aspx)

# 5. Riskien hallinta

## 5.1. Riskien hallinta normaalioloissa

Pohteen organisaatiossa normaaliolojen riskien hallintaa johtaa Pohteen johtaja. Riskien hallinnan toteuttaja on Pohteen nimittämä riskien hallintaryhmä, jonka tehtäviä ovat riskien kartoittaminen, riskien hallintasuunnitelmien/ohjeiden laatiminen ja riskien minimoimis-esityksien tekeminen.

Pohteen tekniset palvelut on laatinut eri vikatilanteiden varalta teknillisten häiriöiden toimintaohjeet, jotka sisältävät toimintaohjeet sähkö-, kaukolämpö- tai vesikatkoksen, laajan viemäritukoksen, höyryvuodon/höyrykatkoksen, sairaalakaasujen verkostojakelun, tele-/ATK-järjestelmien katkon, tulipalon ja pommiuhkauksen/muun vastaavan uhkauksen varalta. Teknillisten häiriöiden toimintaohje-kansio sijaitsee kuvantamisen esihenkilön huoneessa.

Kuvantamisen vastuualueella päivitetään vuosittain riskienhallintasuunnitelmat. Vastuuyksiköiden työsuojeluriskien arviointi ja toimenpidesuunnittelu kirjataan HaiPro:n Riskien arviointi- osioon. Riskienhallintasuunnitelma tarkastetaan työsuojelun vuosikellon mukaisesti.

Säteilyn käytön turvallisuusarviossa on tunnistettu ja arvioitu, miten toiminnasta voi aiheutua säteilyaltistusta mukaan lukien mahdolliset säteilyturvallisuuspoikkeamat. Turvallisuusarvio tarkistetaan vähintään kolmen vuoden välein.

*Viittaukset*

[Pohteen riskienhallinta](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-turvallisuus/SitePages/riskienhallinta.aspx)

[Poikkeavien tapahtumien ilmoittaminen ja kirjaaminen kuvantamisen vastuualueella](https://www.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7B70B5C943-BA5F-4238-808C-B409A659EEEA%7D&file=Poikkeavien%20tapahtumien%20ilmoittaminen%20ja%20kirjaaminen%20oys%20kuv.docx&action=default&DefaultItemOpen=1)

[SaPa:n Riskirekisteri](http://intranetvanha/tyotilat/SaPa/Jaetut%20asiakirjat/Riskirekisteri%20SaPa.xlsx)

[Kuvantamisen vastuualueen röntgentoiminnan säteilyn käytön turvallisuusarvio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b66a27420-32b9-44c5-8203-bfe6f5e4c547%7d&action=default)

[Isotooppiosaston säteilyn käytön turvallisuusarvio](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7b8ae97829-f0d9-4eb3-8f3e-d18c4cda10dc%7d&action=default)

## 5.2. Riskien hallinta poikkeusoloissa

Riskien hallinta poikkeusoloissa tarkoittaa (valmiuslain § 2:n mukaisesti) Suomeen kohdistuvaa sodanuhkaa, sotaa tai muuta vakavaa valtakunnallista jännitystilaa. Kuvantamisen vastuualueella noudatetaan Pohteen määrittelemää poikkeusolojen riskien hallintasuunnitelmaa. Kuvantamisen vastuualueen menettelyohje katastrofitilanteiden varalle käsittelee toimimista onnettomuus/suuronnettomuus-tilanteissa.

*Viittaukset*

[Poikkeavien tapahtumien ilmoittaminen ja kirjaaminen kuvantamisen vastuualueella](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Poikkeavien%20tapahtumien%20ilmoittaminen%20ja%20kirjaaminen%20oys%20kuv.docx)

[Kuvantamisen vastuualueen menettelyohje katastrofitilanteiden varalta.](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7bA9DCCDED-B5AE-4F8E-A300-B2A13F880568%7d&file=Kuvantamisen%20toimialueen%20sis%C3%A4inen%20Suuronnettomuusohje.docx&action=default&DefaultItemOpen=1)

*Kuvantamisen vastuualueen riskienhallintasuunnitelma HaiPro-järjestelmässä*

# 6. Toiminnassa tarvittavien tietojen saanti ja suojaus

## 6.1. Johdon päätökset

Pohteen hallintosäännössä määritellään toimielinten ja ylimpien viranhaltijoiden tehtävät ja toimivalta. Hallintosääntö antaa aluehallitukselle ja johtaville viranhaltijoille oikeuden siirtää toimivaltaansa edelleen omilla päätöksillä. Kuvantamisen vastuualueelle päätösten tekeminen noudattaa organisaatiorakennetta. Päätösvalta on aina yksittäisellä viranhaltijalla, ei kollegiolla tai ryhmällä.

Pohteen hallintosäännön mukaisesti kuvantamisen vastuualueen johtaja (=ylilääkäri) vastaa johtoryhmän kokoonpanosta sekä johdon ja johtoryhmän kokousten pöytäkirjoihin kirjatuista päätöksistä. Hoitotyön johtaja vastaa esihenkilökokousten kokoonpanosta ja pöytäkirjoihin kirjatuista päätöksistä.

*Viittaukset*

[Pohteen hallintosääntö](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/hallintosaanto.aspx)

## 6.2. Toimintaa ohjaavat hallinnon ohjeet

Pohteen hyvinvointialueen organisaatiossa hallinnon ohjaus perustuu linjaorganisaatiorakenteeseen, jossa ylintä tasoa edustaa yhtymähallinto, josta lähetetään toimialueille ja osaamiskeskuksille tiedotteita/yleiskirjeitä. Nämä käsitellään ja kirjataan pöytäkirjaan johdon, johtoryhmän ja esihenkilöiden kokouksissa.

Tulosalueet ohjaavat vastuualueitaan johtoryhmän kokouksessa. Saadut ohjeet/määräykset käsitellään kuvantamisen vastuualueella. Päätökset kirjataan johdon, johtoryhmän ja osastonhoitajien kokouksen muistioihin. Lisäksi hallinnon ohjeita ja määräyksiä käsitellään toimialapalavereissa, johtoryhmä- ja osastonhoitajakokouksissa.

*Viittaukset*

Pohteen [organisaatio](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/organisaatio.aspx)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

## 6.3. Henkilötietojen käytön ohjaus ja valvonta

Potilas-/henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan henkilötietolakia ja henkilötietojen hyvän käsittelytavan periaatteita/Pohteen ohjetta, jossa käsitellään henkilötietojen keräämistä, tallentamista, käyttöä, luovuttamista ja suojaamista.

Kuvantamisen vastuualueen potilas-/henkilötietojen tallentamisen kuvaus on toimintakäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa toimenpiteitä koskevien tietojen laatu, tallentaminen ja kulku.

*Viittaukset*

[Pohteen tietosuoja](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-hallinto/SitePages/tietosuoja.aspx)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

## 6.4. Tietoturvan käytännön toteutus tietojärjestelmissä

Pohteella tietojärjestelmien tietoturvallisuus perustuu fyysiseen turvallisuuteen, laitteistoturvallisuuteen, tietoliikenneturvallisuuteen ja ohjelmistoturvallisuuteen. Tietosuojan toteutus tietoverkossa perustuu käyttäjien tunnistukseen ja tietojärjestelmiin pääsyn valvontaan. Kirjautuminen tietoverkkoon edellyttää käyttöoikeuksia ja käyttöoikeuden laajuuden määrittelyä.

Kuvantamisen vastuualueella ohjelmistojen tietosuoja eri tietojärjestelmissä on toteutettu siten, että potilas-/henkilötietoja pääsevät lukemaan vain ne henkilöt, jotka työssään näitä tietoja tarvitsevat. Potilastietojen tallentaminen ja tietoturvan toteutuminen eri tietojärjestelmissä on kuvattu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa.

**Tietosuojarajoitukset**

Pohteen tietosuojakäsikirja rajoittaa henkilökunnan oikeuksia lukea potilasasiakirjoja.

*Viittaukset*

[Pohteen hallintosääntö](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-tietoa-meista/SitePages/hallintosaanto.aspx)

[Pohteen tietosuoja](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-hallinto/SitePages/tietosuoja.aspx)

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

**Salassapitovelvollisuus**

Salassapidon osalta noudatetaan Pohteen (potilaslakiin perustuvaa) uusille työntekijöille tarkoitettua ohjetta. Ohjeen mukaisesti kukaan henkilöstöön kuuluva tai muutoin sairaalassa toimiva ei saa luvatta ilmaista sellaista potilaan yksityistä/perheen salaisuutta, josta hän on sairaalassa toimiessaan saanut tiedon. Salassapito koskee myös muita viran hoitamisessa tietoon saatuja yksityisiä asioita. Salassa pidettäviä asioita ei saa kertoa myöskään muille sairaalan henkilökuntaan kuuluville tai opiskelijoille, elleivät he työssään joudu kyseisen asian kanssa tekemisiin. Vaitiolovelvollisuus jatkuu vielä työsuhteen loppumisen jälkeenkin. Potilasasioiden lisäksi salassapito koskee myös henkilökunnan työvuorojen ja poissaolojen ilmoittamista.

*Viittaukset*

[Pohteen opas uusille työntekijöille](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-palvelussuhde/SitePages/Palvelussuhteen-alkaessa.aspx)

[Pohteen tietosuoja](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-hallinto/SitePages/tietosuoja.aspx)

[Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma](http://stm.fi/asiakastietojen-potilastietojen-salassapito)

[Ohjeet sairauskertomusten arkistoimisesta ja hävittämisestä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Palvelutoiminnat/Sivut/Arkisto.aspx)

# III PROSESSIEN HALLINTA

# 1. Asiakkaan tarpeiden ja odotusten tunnistaminen

## 1.1. Potilaat ja omaiset

Potilaspalautejärjestelmä on ollut käytössä 1.6.2004 alkaen. Vastuualueen potilailla on mahdollisuus antaa kirjallista palautetta palautekaavakkeella tai sähköisesti. Kaavakkeita on sijoitettu yksiköiden odotusauloihin, joissa myös palautelaatikot sijaitsevat. Pohteen ja OYS:n internet-sivun kautta voi antaa sähköistä palautetta. Myös palautelaatikoiden kirjalliset palautteet viedään sähköiseen palautejärjestelmään. Jokaiseen kuvantamisen yksikköön on mahdollisuus antaa palautetta myös ns. hymynaamalaitteiden avulla.

Asiakastyytyväisyyttä kartoitetaan kyselyllä, joka toistetaan joka toinen vuosi potilaille ja joka toinen vuosi lähettäville yksiköille. Kyselyjen ja palautteiden lisäksi potilas/omainen voi tehdä muistutuksen tai kantelun tai vaaratapahtumailmoituksen.

*Viittaukset*

[Säteilynkäytön itsearviointi ja sisäinen auditointi](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b1af33131-2f68-4b08-8c32-a81937bd30ed%7d&action=default)

[Potilaspalaute](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Ohjeet/Sivut/PotilaspalauteMuistutusKanteluValitus.aspx)

## 1.2. Sisäiset ja ulkoiset asiakkaat

Tutkimusten/hoitotoimenpiteiden tilaaja-asiakkaat voivat olla joko sairaanhoitopiirin sisäisiä tai ulkoisia. Sisäisten tilaaja-asiakkaiden tarpeita ja odotuksia selvitetään vuosittaisilla neuvotteluilla, säännöllisillä kyselyillä ja saatujen palautteiden perusteella. Sairaanhoitopiirin ulkopuolisten tilaaja-asiakkaiden tarpeita ja odotuksia saadaan selville saatujen palautteiden perusteella.

*Viittaukset*

[Säteilynkäytön itsearviointi ja sisäinen auditointi](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b1af33131-2f68-4b08-8c32-a81937bd30ed%7d&action=default)

[OYSin asiakaspalautejärjestelmä](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Organisaatiojajohtaminen/Laadunhallinta-ja-laatutyo/Sivut/Asiakaspalaute.aspx)

**Yliopisto ja muut oppilaitokset**

## 1.3. Opetus- ja tutkimustoiminta

Oulun Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden harjoittelun ohjaustoiminnan odotusten ja tarpeiden selvittämiseksi järjestetään kerran lukukaudessa opiskelijaohjauksen yhteistyöpalaveri, johon osallistuvat opiskelijaohjauksesta vastaavat ja ko. opetusohjelmasta vastaavat opettajat. Näissä tilaisuuksissa keskustellaan mm. harjoittelun/koulutuksen henkilölukumääriin liittyvistä odotuksista.

Opiskelijat/harjoittelijat antavat jaksonsa päättyessä palautetta (Cles), joista tehdään yhteenveto lukukauden lopussa. Lisäksi keväällä opiskelijaohjauksen projektiryhmä käsittelee syys- ja kevätlukukauden palautteet ja tiedottaa niistä hoitotyön johtajalle /sopimusneuvottelijoille.

*Viittaukset*

[Opiskelijoiden perehdytysohjelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Tutkimusjaopetus/Sivut/Opetus.aspx)

# 2. Asiakkaan ja organisaation välinen viestintä

## 2.1. Potilaat ja omaiset

Tutkimusten informointiin käytetään kirjallisia potilasohjeita, joissa kerrotaan kyseisestä tutkimuksesta/hoitotoimenpiteestä, esivalmisteluista, kontraindikaatioista ja jälkihoidosta. Lähettävät yksiköt valitsevat kullekin potilaalle lähetettävän potilasohjeen.

Potilasohjeiden laatiminen, tallentaminen, hyväksyminen ja päivittäminen on kuvattu tarkemmin säteilyturvallisuuslaatukäsikirjassa kohdassa säteilylle altistavien toimenpiteiden suorittamista koskevat ohjeet ja käytännöt.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Asiakasohjeiden laatiminen ja ylläpito kuvantamisen vastuualueella](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Asiakasohjeiden%20laatiminen%20kuvantamisen%20toimialueella%20oys.docx)

## 2.2. Sisäiset ja ulkoiset asiakkaat

Lähettäviltä lääkäreiltä saadaan säännöllisesti palautetta erikoisalojen meetingeissä. Vastuuyksiköt järjestävät tilaaja-asiakkailleen rajapintakeskusteluja. Lähettävien yksiköiden henkilökunnalle tarkoitetut tutkimusohjeet ovat nimeltään tilaajaohjeita. Näissä kerrotaan tutkimuksen tilaamisesta, esivalmisteluista, kontraindikaatioista ja jälkihoidosta.

Tutkimuskohtaisten tilaajaohjeiden lisäksi intranetissä on lähettävien yksiköiden henkilökunnalle ja lähettäville lääkäreille tarkoitettuja ns. yleisiä ohjeita, jotka käsittelevät tutkimuksen kuvausindikaatioita, röntgenlähetteen tekemistä, säteilytietoutta tai varjo-/tehoste-/merkkiaineen käyttöä.

Jokaiselle radiologian erikoisalalle on nimetty vastuuradiologi konsultoinnin helpottamiseksi. Tutkimustiedot (kuvat/lausunnot) välittyvät hoitoyksiköille ja lähettäville lääkäreille Esko- sähköisen sairauskertomuksen kautta. Kuvatieto arkistoidaan digitaaliseen arkistoon. Radiologinen tietojärjestelmä (NeaRis) on kuvattu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa kohdassa toimenpiteitä koskevien tietojen laatu, tallentaminen ja kulku.

*Viittaukset*

[Säteilynkäytön itsearviointi ja sisäinen auditointi](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7b1af33131-2f68-4b08-8c32-a81937bd30ed%7d&action=default)

[Kuvantamisen ohjeita](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Ohjeet/KuvantamisenOhjeita/Sivut/default.aspx)

[Konsultoivien lääkäreiden yhteystiedot](http://www.ppshp.fi/ammattilaiset/prime102/prime104/prime124.aspx)

**Yliopisto ja muut oppilaitokset**

Yliopiston opiskelijoiden ja opiskelijaohjaajien kanssa vuorovaikutus on jatkuvaa, koska osa yliopiston vastuulla olevista työntekijöistä työskentelee myös kuvantamisen vastuualueella ns. sivuviroissa.

# 3. Ydinprosessit

## 3.1. Kuvantamisen prosessi

Kuvantamisen vastuualue tuottaa radiologisia ja isotooppitutkimuksia sekä hoitotoimenpiteitä, joita myydään Oysin eri klinikoille, Pohteen hyvinvointialueen sotekeskuksille ja - yksiköille sekä muille hoitolaitoksille.

**Kuvantamisen ydinprosessi**

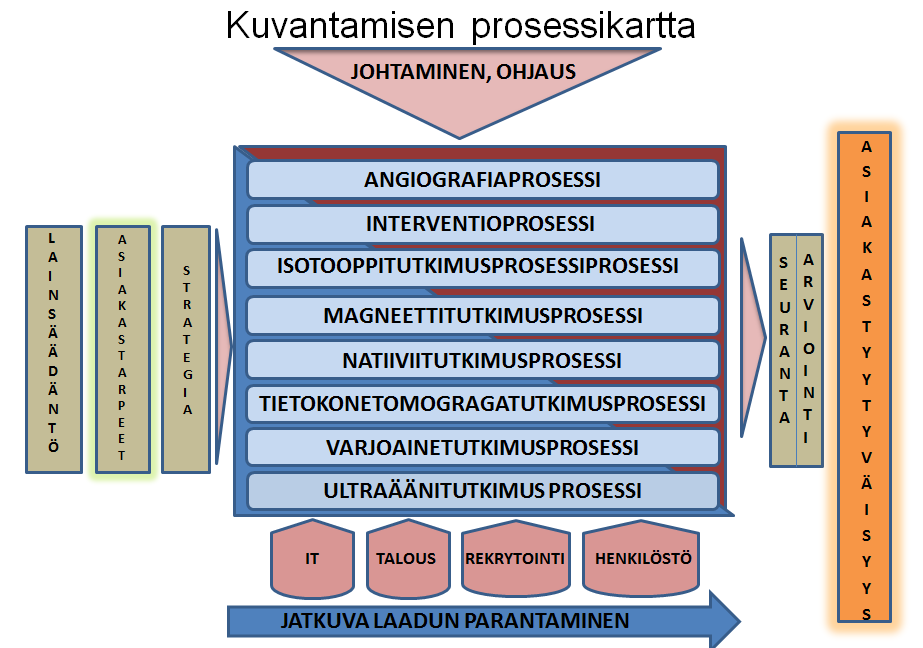
1. Lähete ja ajanvaraus

2. Ilmoittautuminen

3. Tutkimuksen tekeminen

4. Lausunto

Tutkimuksen tekeminen jakaantuu modaliteettien mukaan: angiografia-, interventio-, isotooppitutkimus-, magneettitutkimus-, natiivitutkimus-, tietokonetomografiatutkimus-, varjoainetutkimus- ja ultraäänitutkimusprosessi.



Kuvantamisen prosessi alkaa röntgenlähetteestä ja päättyy kuviin/röntgenlausuntoon. Hyvä lähete antaa lähtökohdat laadullisesti korkeatasoiseen radiologisen tai isotooppitutkimuksen ja hoitotoimenpiteen tekemiseen.

Radiologi tai isotooppilääkäri antaa tehdystä tutkimuksesta/hoitotoimenpiteestä lausunnon, joka kirjataan sähköiseen tietojärjestelmään. Joissakin erityistapauksessa lausuntotieto voidaan välittää myös suullisesti. Lähetteen ja lausunnon vaatimukset on kuvattu toimintakäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa. Potilaskohtaiset kuvatiedostot tallennetaan digitaaliseen arkistoon.

*Viittaukset*

[Röntgenlähetteen kriteerit](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Röntgenlähetteen%20kriteerit%20oys%20kuv.docx)

[Röntgenlausunnon rakenne](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Röntgenlähetteen%20kriteerit%20oys%20kuv.docx)

**Teleradiologisen toiminnan prosessi**

Pohteen ulkopuolisten organisaatioiden tutkimuspyynnöt tehdään alueelliseen neaRIS-konsultaatiojärjestelmään osoitteessa https://nearis.ppshp.fi ja tutkimusaika varataan puhelimitse. Tehdyt tutkimukset lähetetään tilaajien omaan arkistoon, mikäli omaa arkistoa ei ole, kuvat poltetaan CD-levylle. Pohde ei arkistoi ulkopuolisten tilaajien tutkimuksia, vaan arkistointivelvoite on tilaajalla. Pohteella toimii alueellinen arkistoyhteys. Tämän lisäksi hyvinvointialueen sairaaloista ja terveyskeskuksista sekä osalla yksityisistä toimijoista on DICOM-kuvaverkkoyhteys OYS:aan. Teleradiologiayhteydet ovat myös HUS:n, KSKS:n KYS:n, Luulajan, Seinäjoen, TAYS:n, TYKS:n, Soiten, Vaasan, Jyväskylän, Kajaanin, Kemin, Rovaniemen sekä useiden yksityisten toimijoiden kanssa. Pohteen yhteisrekisterin ulkopuoliset asiakkaat voivat saada kuvakonsultaatioita teleradiologisten kuvansiirtoyhteyksien avulla tai käyttämällä hyväksi kuvien Kvarkki-katselua. Pohteen alueella kuvia ei tarvitse lähettää erikseen. Teleradiologinen konsultaatio tehdään samoilla järjestelmillä kuin tilaaminen.

**Terveysalan koulutus ja opetus**

Pohde neuvottelee sopimukset sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmien opiskelijoiden ohjatun harjoittelun järjestämisestä ja siihen liittyvistä asioista. Terveysalan koulutusta/harjoittelua annetaan lääketieteen ja lääketieteellisen fysiikan opiskelijoille, sairaalalääkäreille sekä röntgenhoitaja ja lähihoitajaopiskelijoille.

**Hoito- ja terveyshallintotieteellinen tutkimus**

Hoito- ja terveyshallintotieteellisen tutkimuksen tekemisessä noudatetaan Pohteen antamia ohjeita sekä Pohteen ja Oulun yliopiston välistä sopimusta. Tarkoituksena on tukea näyttöön perustuvan toiminnan kehittymistä sekä potilashoidossa että vastuujärjestelmän kehittämisessä yhteistyössä tutkijoiden, hoitotyön johtajien, kliinisten asiantuntijoiden, käytännön toimijoiden ja oppilaitosten kanssa.

*Viittaukset*

[Ohjeet tutkimustoiminnalle](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Tutkimusjaopetus/Sivut/Tutkimusrahoitus.aspx)

## 3.2. Tukiprosessit

Kuvantamisen vastuualue ostaa hallinto-, huolto-, tekniikka- ja tietotekniikkapalveluita. Keskeisimpiä ovat tietojärjestelmiin liittyvät ohjelmisto- ja verkkovastuut sekä laboratorio- /röntgenlaitehuolto vastuut.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

# 4. Uusien hoitomenetelmien kehittäminen

Kuvantamistutkimusten/hoitotoimenpiteiden laadun, vaikuttavuuden, turvallisuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi tehdään jatkuvaa arviointi- ja kehittämistyötä joko itsenäisesti tai muiden hoitoyksiköiden sekä FinCCHTAn kanssa. Kehittämisprojektit rahoitetaan joko sisäisistä määrärahoista tai ulkopuolisen rahoituksen avulla.

*Viittaukset*

[Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö (FinCCHTA)](https://www.ppshp.fi/Tutkimus-ja-opetus/FinCCHTA/Sivut/default.aspx)

[Ohjeet tutkimustoiminnalle](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Tutkimusjaopetus/Sivut/Tutkimusrahoitus.aspx)

# 5. Vastuun/tuotteen tunnistettavuus ja jäljitettävyys

Vastuun/tuotteen tunnistettavuuden ja jäljitettävyyden osalta noudatetaan Pohteen hallintosäännön vaatimuksia. Potilaan henkilöllisyyden ja oikeiden henkilötietojen varmistamisen vaiheet on kuvattu säteilyturvallisuuslaatukäsikirjassa kohdassa toimenpiteitä koskevan tietojen laatu, tallentaminen ja kulku. Kuvantamistutkimuksen/hoitotoimenpiteen potilaskohtaiset tiedot (kuvaushuone, tutkimuskoodi, säteilytiedot, käytetty aika), käytetyt materiaalit (lääke/varjoaine) ja tutkimuksen tekijät voidaan jäljittää radiologisesta tietojärjestelmästä ja annoskeräysjärjestelmästä.

*Viittaukset*

[Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosääntö](https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/01/Hallintosaanto-19.12.2022-AV.pdf)

[Kuvantamisen vastuualueen säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Henkilöllisyyden ja oikeiden tietojen varmentaminen](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Henkilöllisyyden%20ja%20oikeiden%20tietojen%20varmentaminen%20oys%20kuv.docx)

**Potilasasiakirjat**

Potilasasiakirjojen laatimista, tallentamista, tietojen luovuttamista, arkistointia ja hävittämistä koskevat lait/asetukset/määräykset on lueteltu Pohteen tietosuojakäsikirjassa. Radiologiseen ja isotooppi-tutkimukseen/hoitotoimenpiteeseen liittyviä potilasasiakirjoja ovat lähetteet, lausunnot, kuvat, potilasohjeet ja jälkihoito-ohjeet. Hoitoyksiköiden kanssa yhteisiä potilasasiakirjoja ovat erikoisalojen potilasasiakirjat, hoitosuunnitelmat ja huomiointikaavakkeet. Vastuualueella käytetään pääasiallisesti sähköisiä potilasasiakirjoja, vanhat potilasasiakirjat ovat tarvittaessa tilattavissa arkistosta.

Kuvantamisen vastuualueen tutkimusten ja toimenpiteiden tallennus tapahtuu sähköiseen kuva-arkistoon. Digitaalisten Dicom -muodossa tallennettujen kuvausten ja muun tiedon siirtoon käytetään sairaalan keskitettyä kuvansiirtoverkkoa ja sähköistä arkistoa. Kuvia voi katsella sähköisen potilaskertomusjärjestelmän Eskon kautta Oys-tietokoneilta.

*Viittaukset*

[STM:n opas potilasasiakirjojen laatimisesta (2012:4)](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72897/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**Rekisterit**

Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvät tiedot kirjataan NeaRIS-järjestelmään. Raportointityökalujen avulla voidaan ajaa erilaisia, suoritteisiin, henkilöstöön, talouteen ja laatuun liittyviä raportteja.

*Viittaukset*

[Rekisteriseloste](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Ptksenteko%20sislttyyppi/Diagnostisten%20tutkimusten%20erillisrekistereistä%20koostuva%20alueellinen%20rekisteri.pdf#search=potilaan%20henkil%C3%B6tiedot%20rekister%C3%B6inti)

[Raportointityökalut](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Organisaatiojajohtaminen/raportit/Sivut/default.aspx)

# 6. Materiaalien, vastuiden ja laitteiden hankinta ja poisto

Materiaalien hankinnassa, varastoinnissa ja jakelussa toimitaan Pohteen sisäisten palvelujen Hankinta, hallinta, ohjaus ja valvonta-palvelualueen ohjeiden mukaisesti. Muita potilashoidon tarjoamia palveluita käytetään mm lääkkeiden, steriilien tavaroiden, liina-/suojavaatteiden hankinnan ja siivouksen osalta. Lisäksi henkilökunta käyttää ruokaloiden/kanttiinien palveluita.

Materiaalitilaukset (keskusvarasto ja hankintatoimisto) tehdään sähköisesti Emmi-ohjelman kautta. Osti-ohjelmalla tilataan apteekista saatavat lääkkeet. Suurin osa yksiköiden jatkuvassa käytössä olevista tavaroista on siirretty hyllytysvastuuseen, jolloin tavaroita tuodaan osastolle sitä mukaa kuin ne ovat loppumassa. Vastuuyksiköissä esihenkilö tai heidän valtuuttamansa henkilö tekee tilaukset. Lääketilauksiin tarvitaan lääkärin kuittaus. Lääketilausten tekeminen on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa.

Kuvantamislaitteiden hankintaa ohjaa laki julkisista hankinnoista, jossa määritellään mm kilpailuttamisesta EU:n alueella. Hankintapäätös tehdään hinnan, teknisten ominaisuuksien ja soveltuvuuden perusteella. Vastuuyksiköiden laitehankinnat ohjelmoidaan kuvantamisen vastuualueen investointisuunnitelmiin. Hankintatoimisto lähettää hankittavien laitteiden tarjouspyynnöt. Kuvantamistutkimukset ja hoitotoimenpiteet tehdään ainoastaan kunnossa olevilla laitteilla. Toimimattomat/korjauskelvottomat kuvantamislaitteet poistetaan käytöstä.

*Viittaukset*

[Lääkehoitosuunnitelma](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Potilaanhoito/laakehoitosuunnitelmat/Sivut/laakehoitosuunnitelmat.aspx)

[Pohteen hankintaohjeet](https://pohde.sharepoint.com/sites/intranet-hankinta/SitePages/hankinta-osto-ohjeet.aspx)[Kuvantamisen laitehankintaprosessi](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Laitehankintaprosessi%20kuvantamisen%20toimialueella%20oys.docx)

# IV MITTAAMINEN, ANALYSOINTI JA PARANTAMINEN

# 1. Toiminnan seuranta

Kuvantamisen vastuualueen tulosten mittaamisessa käytetään Tableau-järjestelmää ja Cognoksesta sekä NeaRis:sta saatavia raportteja. Tuloksia tarkastellaan vastuuyksiköittäin johtoryhmäkokouksissa.

Vastuuyksiköt voivat ajaa erilaisia omia raporttejaan Tableau-järjestelmän avulla. Hoitohenkilökunnan palkkamenot kerää/esittää hoitotyön johtaja ja lääkäreiden palkkamenot hallinnollinen ylilääkäri.

Radiologien lausunto- ja saneluviiveraportti saadaan Cognos-järjestelmän kautta. Raportti päivittyy yön aikana ja näkyy kaikilla radiologeilla. Saneluviiveraportti on näkyvillä yksikköjen Lean-taululla.

Vastuuyksikkökohtaisia raportteja, esim. tutkimuslukuraportit, kuvattavuusraportit, ajaa järjestelmäpalveluiden johtaja.

*Viittaukset:*

[Kuvantamisen vastuualueen tulosmittaristo](file://omat/halk$/Honkanra/Kuvantamisen%20raportit)

# 2. Toimintojen analysointi ja parantaminen

## 2.1. Muistutukset, valitukset, kantelut

Muistutuksen, valituksen ja kantelun tekeminen, käsittely ja vastaaminen sekä potilasvahingon ilmoittaminen ja korvaaminen on ohjeistettu Pohteen toimintaohjeessa. Potilas voi halutessaan antaa kirjallista palautetta vastuuyksiköiden odotusaulassa olevalla kaavakkeella tai internetissä. Palautteen lukemisessa, käsittelyssä ja vastaamisessa noudatetaan Pohteen ohjetta.

*Viittaukset*

[Toimintaohjeet muistutus-, kantelu- ja valitusohjeet](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Potilaanhoito/Sivut/Potilaan_oikeudet.aspx)

A[siakaspalauteohjeet](https://intra.oysnet.ppshp.fi/Organisaatiojajohtaminen/Laadunhallinta-ja-laatutyo/Sivut/Asiakaspalaute.aspx)

## 2.2. Poikkeavat tapahtumat

Poikkeavat tapahtumat voivat kohdistua henkilöihin (potilas/työntekijä/saattaja), laitteistoon, toimintaan ja/tai toimintaympäristöön. Henkilöihin kohdistuvien poikkeavien tapahtumien määrittelyssä, ilmoittamisessa, käsittelyssä ja korvaamisessa noudatetaan Pohteen ja kuvantamisen vastuualueen ”Poikkeavien tapahtumien ilmoittaminen ja kirjaaminen kuvantamisen vastuualueella”- ohjetta.

Kuvaus- ja oheislaitteiden laiteviasta, määräaikaishuollosta/-tarkastuksesta ja/tai asennuksesta voi aiheutua normaalista poikkeavia tilanteita. Käyttökatkosten aikainen toiminta on kuvattu laatukäsikirjan säteilyturvallisuusosiossa. Laitekohtaisesti vikojen määrää/laatua voidaan jälkikäteen tarkastella lääkintätekniikan ylläpitämästä Effector-ohjelmasta. Toimintaympäristön muutosten aiheuttamia poikkeavien tilanteiden varalta on teknisen osaston laatima "Teknillisten häiriöiden toimintaohje".

Kuvantamisen vastuualueella on riskienhallintasuunnitelma, josta näkyvät riskit ja riskienhallinta. Riskienhallintasuunnitelmaa tarkastellaan vuosittain johdon katselmuksessa, jolloin tarkastellaan riskien suuruutta ja mahdollisia uusia riskejä. Riskienhallintaan käytetään HaiPro:n Vaarojen tunnistus ja riskien arviointi –järjestelmää.

Kuvaus- ja oheislaitteiden vikatilanteiden aiheuttamien häiriöiden minimoimiseksi tehdään määräaikaistarkastuksia, teknistä laadunvarmistusta ja laitekannan uusimista. Tärkeimmille kuvauslaitteille on mietitty korvaavat laitteet rikkoontumisen varalta. Toimintaohje vikatilanteissa on tallennettuna Intranetissä.

Säteilyturvallisuuspoikkeamista ja ”läheltä piti” -tilanteista täytetään aina Laatupoikkeama -lomake, joka toimitetaan kuvantamisen laatukoordinaattorille (röntgentoiminta) tai isotooppiosaston säteilyturvallisuusvastaavalle (isotooppitoiminta). Lomake sijaitsee Intranetissä. Lomakkeeseen kirjataan kaikki pyydetyt tiedot, jotta altistunut pystytään jäljittämään ja laskemaan saatu ylimääräinen efektiivinen annos sekä tekemään tarvittava selvitys Säteilyturvakeskukselle. Annokset kirjautuvat Radimetrixiin. Lomakkeeseen kirjataan myös laitteen ilmoittama vikasyy. Tapahtumasta tehdään myös HaiPro–ilmoitus ja tarvittaessa ilmoitus Fimealle. Natiivikuvantamisen säteilyturvallisuuspoikkeamat kirjataan yksiköittäin Teamsissa sijaitsevaan vuosi-ilmoituskaavakkeeseen. Tapahtumia käsitellään esihenkilöiden kokouksessa, osastokokouksissa, ja laatutyöryhmässä sekä johtoryhmässä. Laatupoikkeamat käsitellään modaliteettipalavereissa, ja kaikista laatupoikkeamista tehdään vuosittain yhteenveto, joka esitetään intranetin kuvantamisen työtiloissa.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

[Laitteiden käyttökatkosten aikainen toiminta](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Laitteiden%20käyttökatkosten%20aikainen%20toiminta.docx)

[Hälytys-/suurhälytystilanteiden toimintaohje](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7bA9DCCDED-B5AE-4F8E-A300-B2A13F880568%7d&file=Kuvantamisen%20toimialueen%20sis%C3%A4inen%20Suuronnettomuusohje.docx&action=default&DefaultItemOpen=1)

*Kuvantamisen vastuualueen riskienhallintasuunnitelma HaiPro-järjestelmässä*

[Poikkeavien tapahtumien ilmoittaminen ja kirjaaminen](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Poikkeavien%20tapahtumien%20ilmoittaminen%20ja%20kirjaaminen%20oys%20kuv.docx)

[Natiivitutkimuspoikkeamien vuosi-ilmoitustaulukko](https://pohde.sharepoint.com/:x:/r/sites/OYSNatiivikuvaus/_layouts/15/Doc2.aspx?action=edit&sourcedoc=%7Bc5e518e3-f48d-4f19-8abd-1702cac7062b%7D&wdOrigin=TEAMS-MAGLEV.teamsSdk_ns.rwc&wdExp=TEAMS-TREATMENT&wdhostclicktime=1711375845516&web=1)

## 2.3. Sisäiset auditoinnit

STM:n asetuksen mukaisesti sisäisiä kliinisiä auditointeja tehdään vähintään neljän vuoden välein, sisäisen auditointisuunnitelman mukaisesti. Kuvantamisen vastuualueen sisäisen auditoinnin tavoitteena on toiminnan kehittäminen, prosessien suorituskyvyn ja vaikuttavuuden lisääminen sekä tarpeettoman säteilyaltistuksen ehkäiseminen. Laatukoordinaattori vastaa auditointien koordinoinnista. Auditoijina toimivat auditointiin koulutetut henkilöt, joista muodostetaan moniammatillinen ryhmä yhteen auditointiin. Sisäisen auditoinnin kohteet ja auditoijat suunnitellaan koko Pohteen hyvinvointialueen tasolla.

*Viittaukset*

[Auditointiraportin laatiminen ja tallentaminen Kuvantamisen vastuualueella](https://julkaisu.oysnet.ppshp.fi/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Auditointiraportin%20täyttäminen%20ja%20tallentaminen%20Kuvantamisen%20toimialueella%20oys.docx)

[Säteilytoiminnan itsearviointi](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilynkäytön%20itsearviointi%20ja%20sisäinen%20auditointi%20oys%20kuv.docx)

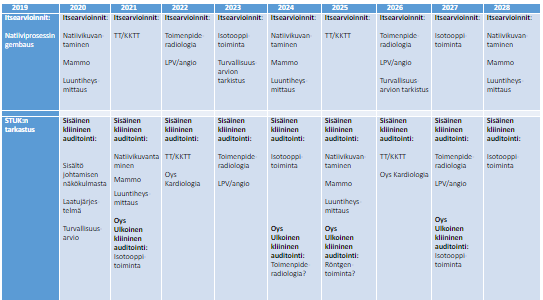
## 2.4. Itsearvioinnit

Säteilytoiminnan itsearviointeja tehdään vuosisuunnitelman mukaisesti.

Henkilöstön työtyytyväisyyttä mitataan Työterveyslaitoksen Mitä kuuluu -kyselyllä ja henkilökohtaisissa esihenkilöiden ja työntekijöiden kehityskeskusteluissa.

Toiminnan ja vastuun/prosessien laadun/sujuvuuden arviointitietoa saadaan myös säännöllisillä kyselyillä ja vuosittaisilla rajapintakeskusteluilla.

Asiakasvastuun arviointitietoa saadaan vuoden välein tehtävillä kyselyillä, joista lasketaan asiakastyytyväisyyden tulos. Potilaskysely ja lähettävien yksiköiden kysely toteutetaan vuorovuosina.



Kuvantamisen säteilytoiminnan itsearviointien ja Oys-erva-alueen sisäisten kliinisten auditointien suunnitelma vuosille 2019-2028

*Viittaukset*

[Säteilytoiminnan itsearviointi](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilynkäytön%20itsearviointi%20ja%20sisäinen%20auditointi%20oys%20kuv.docx)

## 2.5. Ulkoiset arvioinnit

6–8 vuoden välein tehdään säteilyasetuksen 423/2000 edellyttämä kliininen ulkoinen auditointi.

*Viittaukset*

V. 3023 Pudasjärven röntgen

V. 2023 Toimenpideradiologia Oys

V. 3023 Kuvantaminen Länsi

## 2.6. Sisäinen valvonta

Sisäistä valvontaa toteutetaan Pohteen antamien ohjeiden mukaisesti. Tili-/raportointivelvollisia ovat toimialuejohtaja, palvelualuejohtajat ja hoitotyön johtaja. Oikeus tehdä viranhaltijapäätöksiä (VIPS) on palvelualuejohtajilla ja hoitotyön johtajalla.

*Viittaukset*

[Pohteen sisäisen valvonnan ohjeet](https://pohde.fi/tietoa-meista/hallinnon-keskeiset-asiakirjat/#valvonta)

## 2.7. Ulkoinen tarkastus

Säteilyturvakeskus (STUK) valvoo säteilytoimintaa tekemällä tarkastuksia ja organisaatioselvityksiä. Turvallisuusluvan jatkuminen edellyttää tarkastuksessa havaittujen puutteiden/vikojen korjaamista. Viimeisin röntgentoiminnan määräaikaistarkastus tehtiin v. 2019 ja isotooppitoiminnan v. 2018.

*Viittaukset*

[Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja](https://intra.oysnet.ppshp.fi/dokumentit/Kuvantamisen%20ohje%20sislttyyppi/Säteilyturvallisuuslaatukäsikirja%20Kuvantamisen%20toimialue%20oys.docx)

## 2.8 Toiminnan ja talouden kehittäminen

Kuvantamisen vastuualueella noudatetaan jatkuvan parantamisen toimintatapaa. Vuosittaiset kehittämiskohteet ilmoitetaan toimintasuunnitelmassa. Kehittämiskohteita löytyy radiologian alan kehittymisestä, viranomaismääräyksistä, uusista tutkimus-/hoitotoimenpiteistä, palautteista, itsearvioinneista, sisäisistä ja ulkoisista kliinisistä auditoinneista, HaiPro-ilmoituksista tai Alueellisesta innovaatiotoiminnasta. Kuvantamisen vastuualue voi olla yhtenä osapuolena mukana ulkopuolisten tahojen (esim. Pohde, SaPa-tulosalue, yliopisto, sidosryhmät) käynnistämissä kehittämishankkeissa.