



**Österbottens välfärdsområde  
Pohjanmaan hyvinvointialue**

# **Radiologiska enheten Plan för egenkontroll, 30.06.2025**

## **Allmän information**

### **Enhet**

Röntgen VKS

### **Rapporteringsdag**

2025-07-03

### **Verksamhetschef**

Reijo Autio

# **Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll**

## **Innehållsförteckning**

### **Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll**

## Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

På verksamhets- och resultatsenhetsnivå görs uppföljning och bedömning av genomförandet av egenkontroll utgående från utvecklingsplanen för egenkontroll.

Planen uppdateras minst med fyra månaders intervaller (1.1–31.4, 1.5–31.8 ja 1.9–31.12) och alltid då behov av utveckling och korrigerande åtgärder framkommer.

### Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

| Utvecklingsobjekt/<br>korrigerande åtgärd            | Mål                                                                                   | Tidtabell/fördelning av<br>ansvar/läge    |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| NPS Personal                                         | Inga tomma vakanser, nöjd personal, sjukfrånvarodagar                                 | 31.12.2025/ Margaretha Ståhl, Reijo Autio |
| NPS kunder                                           | Dikteringsfördröjning, Kösituation, NPS över 70                                       | 31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio  |
| Kostnadseffektiv verksamhet                          | Konsultkostnader, verksamhetspunkter, hyror                                           | 31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio  |
| Säkerhetsvandringar regelbundet                      | Alla i personalen deltagit, vikarier deltar                                           | 31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio  |
| MRI handlingskort vid brand                          | Ansvarsskötare utarbetar handilingskortet,Inplanerat möte räddningspersonal           | 31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio  |
| Patientföreskrifter, Föreskrifter för professionella | Alla föreskrifter utarbetade, uppdaterade av ansvarsskötarna och ansvariga radiologer | 31.12.2025 Margaretha Ståhl, Reijo Autio  |

# Röntgen, VKS Plan för egenkontroll

## 1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

### 1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter

#### Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: [registrator@ovph.fi](mailto:registrator@ovph.fi)

Socialservicens registratur: [socialvard.registratur@ovph.fi](mailto:socialvard.registratur@ovph.fi)

Format på e-postadresser: [fornamn.efternamn@ovph.fi](mailto:fornamn.efternamn@ovph.fi)

#### Verksamhetsområdets namn

Sjukhuservice

#### Verksamhetsområdesdirektörens namn

Christian Palmberg

#### Telefonnummer

0405796181

#### Tjänsteenhetens namn

Radiologiska enheten

#### Form av tjänst

Diagnostiska tjänster

#### Adress

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

#### Telefonnummer

062132472

#### Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Reijo Autio, ledande läkare, telefon 0406703418

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare, telefon 0406746050

#### Servicepunkt som hör till tjänsteenhet och ansvarspersoner

Radiologiska enheten, Korsholm

Gamla Karperövägen 17

65610 Korsholm

Radiologiska enheten, Jakobstad

Källbyvägen 7  
68600 Jakobstad

Radiologiska enheten, Närpes  
Kyrkovägen 6  
64200 Närpes

Radiologiska enheten, Kristinestad  
Lappfjärdsvägen 10  
64100 Kristinestad

**Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter**  
Se tidigare uppgifter

**1.2 Tjänster som köps av underleverantörer**

Österbottens välfärdsområde ska säkerställa att andra tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av tjänsterna. Välfärdsområdet ska styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. (10 § i lag om välfärdsområden, 611/2021).

**Tjänst som köps av underleverantör, och tjänsteproducenten för denna**

| Köpt tjänst                     | Tjänsteproducent                            |
|---------------------------------|---------------------------------------------|
| Radiologiska distansutlåtanden  | Terveystalo                                 |
| Radiologiska konsulttjänster    | el. Timo Nurmela, Timo Salmén, Veikko Tervo |
| Kosthåll, städning, transporter | Alerte, TeeSe eller Stöd Botnia             |
| Arbetsplatshälsovård            | TTBotnia, TyöPlus, Wellmedic                |
| Väktartjänster                  | Securitas m.fl                              |

**1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper**

**ENHETSBESKRIVNING**

Diagnostiska undersökningar görs för att fastställa en diagnos. Diagnostiska undersökningar stöder klinikern att planera den vård patienten behöver. Våra värderingar är rättvis och jämlik verksamhet, från människa till människa, samt att vi ser framåt och tar ansvar.

Radiologiska enheten omfattar verksamhet inom såväl specialistsjukvården och bashälsovården. Enheter finns på fem olika orter. Enheten vid Vasa centralsjukhus och vid Malmska sjukhuset i Jakobstad har dygnet runt verksamhet. De övriga tre enheterna är knutna till hälsocentralen i Korsholm, Närpes och Kristinestad och där erbjuds radiologiska tjänster dagtid, måndag till fredag. Inom radiologin erbjuds nativ-, bentäthetsmätning-, tandröntgen-, datortomografi-,

magnet-, genomlysnings-, mammografi-, ultraljuds- och angiografiundersökningar.

Dikteringar av utlåtanden sköts av välfärdsområdets radiologer och en del av dikteringarna sköts via köptjänster på distans. Verksamheten vid radiologiska enheten består av ett mångprofessionellt samarbete mellan radiologer, röntgenskötare, närvårdare och sekreterare. Radiologiska enhetens kunder består av klienter/patienter i alla åldrar, såväl barn som vuxna. Klienternas behov av radiologiska tjänster beaktas individuellt och patientens önskemål tas i beaktande tillsammans med vårdande enheten. Vården erbjuds på båda inhemska språken. Kunder utgörs av remitterande enheter från hela välfärdsområdet och privata aktörer som köper tjänster i Jakobstad, Närpes och Kristinestad. Undersökningarna är akuta, brådskande eller tidsbokade. Radiologiska enhetens tjänster innefattar ett tätt samarbete med remitterande enheter inom hela välfärdsområdet. Tjänsterna som produceras följer de lagar och direktiv som reglerar verksamhet inom hälso- och sjukvården, samt enligt de lagar som styr strålverksamhet.

## 2. UTARBETANDE AV EN PLAN FÖR EGENKONTROLL, VERKSTÄLLANDE OCH UPPFÖLJNING

### 2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

Enligt bestämmelsen i 27 § i lag om tillsynen över social- och hälsovård (741/2023, hädanefter tillsynslagen) ska privata och offentliga tjänsteenheter inom social- och hälsovården utarbeta en elektronisk plan för egenkontroll för att säkerställa att den dagliga verksamheten är av god kvalitet, ändamålsenlig och säker samt för uppföljning av att den personal som deltar i klient- och patientarbetet är tillräcklig.

Inom Österbottens välfärdsområde utarbetas planer för egenkontroll inom verksamhetsområde och resultatområde samt inom verksamhets- och resultatenhet (med beaktande av speciallagstiftning, till exempel hälso- och sjukvårdslagen, barnskyddslagen, äldreomsorgslagen) i enlighet med den riktlinje om utarbetande som fastställs av välfärdsområdet. När kapitel 3 i tillsynslagen träder i kraft 1.1.2026 kommer organisationens nuvarande resultatområden att registreringstekniskt motsvara tjänsteenheter. För varje tjänstenhet ska utarbetas en plan för egenkontroll som omfattar alla de tjänster som produceras vid tjänstenheten av tjänsteproducenten och för tjänsteproducentens räkning.

De planer för egenkontroll som utarbetas inom välfärdsområdet grundar sig på [Valviras föreskrift 1/24](#) (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, 8.5.24, Dnr V/42106/2023) om innehållet i samt utarbetandet och uppföljningen av den tjänstenhetsspecifika planen för egenkontroll för tjänsteproducenter inom social- och hälsovården.

Planerna för egenkontroll och övriga planer är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll styr tjänsteenheter i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänsteenheter i det praktiska arbetet att utarbeta en plan för egenkontroll och genomföra olika delområden av egenkontroll. Varje tjänstenhet ansvarar för att utarbeta en egen plan för egenkontroll. Planerna utarbetas i samarbete med personalen med hjälp av välfärdsområdets enhetliga mall för en plan för egenkontroll.

**Ansvarsperson(er) för utarbetande av planen för egenkontroll och uppföljning av genomförandet och uppdateringen samt kontaktuppgifter**

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare, 0406746050

Brita Dahlfors, serviceansvarig, 0405965483

## **Ansvarsperson(er) för godkännande av planen för egenkontroll samt kontaktuppgifter**

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare, 0406746050

Reijo Autio, ledande läkare, 0406703418

### **ENHETSBESKRIVNING**

Enhetens plan för egenkontroll är utarbetad av enhetens avdelningsskötare och serviceansvariga. Uppdateringen av planen sköts i samarbete mellan enhetens avdelningsskötare och serviceansvariga.

Planen för egenkontroll uppdateras en gång per år, samt utan dröjsmål vid förändringar i verksamheten. Den feedback som ges av patienter och anhöriga via responssystemet Roidu och anmälningar om negativa händelser (haipro) tas i beaktande vid uppgörandet av egenkontrollplanen.

## **2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering**

Det är väsentligt för genomförande av egenkontroll och för fungerande egenkontroll i klient- och patientarbetet att hela personalen i tjänsteenheten förbinder sig till egenkontroll och att personalen förstår betydelsen, syftena och målen gällande egenkontroll. Planen för egenkontroll styr personalens dagliga arbete och verksamheten i tjänsteenheten.

### **ENHETSBESKRIVNING**

Radiologiska enhetens ansvarspersoner utarbetar enhetens anvisningar gällande egenkontroll tillsammans med enhetens huvudansvariga i modaliteterna och enhetens personal.

Egenkontrollplanen finns publicerad på webbplatsen via Dynastyprogrammet.

Egenkontrollplanen förs in i programmet Laatuportti som finns tillgängligt för personalen att läsa och rapporten finns tillgänglig i utskrift på de radiologiska enheterna i kafferummet eller i enheternas kansli. Egenkontrollplanen godkänns i ledningsgruppen och förmännen är ansvariga för att garantera att personalen känner till och använder egenkontrollplanen som en del av enhetens introduktion. Kunskapen säkerställs vid veckomöten och personalmöten där man i mötesprotokollet antecknar förändringar i verksamheten. Undersökningsföreskrifterna uppdateras av modalitetsansvariga vid behov. Enhetens ledningsgrupp ansvarar för planering och utveckling av enhetens verksamhet tillsammans med övrig personal. Egenkontrollplanen är ett viktigt redskap i verksamheten för hela personalen, även stödtjänsternas personal garanteras kunskaper gällande enhetens säkerhetsfrågor genom att regelbundet delta på personalmöten och uppmanas läsa utskriften som finns printad på enheten. Då verksamheten ändras uppdateras planen utan dröjsmål av enhetens förman som meddelar att en ny version finns på webbplatsen och därefter ansvarar varje enhet för att det finns den senaste versionen printad på egna enheten. En gång per år uppdateras egenkontrollplanen på enheten av serviceansvariga tillsammans med ansvariga förmän. Gjorda uppdateringar dateras och listas i början av egenkontrollplanen. Personalen kvitterar 1 gång per år att de har läst egenkontroll genom att skriva sitt namn på den utprintade versionen på respektive enheten. Verksamhetsförändringar som påverkar en tredje part dvs. remitterande enheter, köptjänsteleverantörer och kunder utvärderas i god tid före förändringen sker så att nya instruktioner och föreskrifter kan meddelas före förändringen träder i kraft.

## **3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET**

### **3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten**

Österbottens välfärdsområde övervakar, följer upp och utvärderar genom egenkontroll att

tjänsterna är av god kvalitet, lagenliga och säkra. Velfärdsområdet ska även säkerställa tillgången till och kontinuiteten i tjänsterna samt klienternas likvärdighet och delaktighet.

Österbottens velfärdsområde beviljades i januari 2024 ett SHQS-kvalitetscertifikat som omfattar velfärdsområdets alla tjänster. Certifikatet är ett bevis på högklassig verksamhet på hög nivå inom social- och hälsovården och är i kraft fram till den 26 januari 2026. Certifikatet har beviljats av ett finskt företag inom kvalitetsutvärdering, certifiering och utbildningstjänster, Labquality nuförtiden Aurevia Oy. Velfärdsområdets kvalitetsprogram SHQS (Social and Health Quality Standard) är ett verktyg för ledning och utveckling inom social- och hälsovården, och om verktyget tillämpats med framgång beviljas organisationen ett certifikat som erkännande.

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten övervakar att tjänsterna är av god kvalitet och säkra genom SHQS-självbedömningen som Österbottens velfärdsområde använder sig av. Systemet används på radiologiska enheten som ett verktyg för ledning och utveckling, samt för att internt utvärdera den egna verksamheten och utveckla verksamheten. Radiologiska enheten säkerställer tillgången till och kontinuiteten i tjänsterna samt klienternas likvärdighet och delaktighet genom feedback kanaler så som Roidu-responssystemet och Haipro responssystemet. Remitterande enheternas feedback fås via haipro systemet med tanke på förbättring av processer och förbättring av patientsäkerheten. Responser behandlas av enhetens serviceansvariga och förmännen. Vid ledningsgruppens- och personalmöten går man igenom kund responsen och åtgärder antecknas i mötesprotokollet.

Kvalitetsarbetet ansvarar radiologiska enhetens förman för tillsammans med enhetens kvalitetsansvariga och personalen. För att göra personalen delaktig i kvalitetsarbetet finns huvudansvariga röntgenskötare och ansvariga radiologer i de olika modaliteterna. Tillsammans ansvarar de för att den medicinska kvaliteten på radiologiska undersökningar, strålsäkerheten och att vården är evidensbaserad. Fysikern ansvarar för att personalen arbetar strålsäkert och att undersökningarna ger patienterna och/eller personalen så låga stråldoser som möjligt. Röntgenskötaren ansvarar för strålsäkerheten och patientsäkerheten vid undersökningarna. Ifall personal upptäcker risker ska en anmälan om farlig händelse upprättas. Anmälan riktas till egna verksamheten eller en annan enhet inom velfärdsområdet för att förbättra kvaliteten och säkerheten i verksamheten.

Kvaliteten på tjänsterna följs upp via interna auditeringar och externa auditeringar. Strålsäkerheten följs upp med regelbundna kliniska auditeringar och årliga självutvärderingar i samarbete med centralsjukhuset i Seinäjoki. Kliniska auditeringar görs vart sjätte år av en utomstående certifierad firma.

Verksamheten utvärderas av enhetens ledning tillsammans med personal genom en riskanalys en gång per år. Detta för att identifiera risker, som klassificeras och utvärderas för att åtgärdas i mån av möjlighet. Riskerna registreras via Laatuportti.

Enhetens säkerhetsplan finns i laatuportti och uppdateras av enhetens säkerhetsansvariga. Enhetens säkerhetsansvariga ansvarar för direktiven och att säkerhetsvandring ordnas årligen för personalen och med nyanställda när anställningen påbörjas.

Radiologiska undersökningar kan utföras av utbildad personal så som radiologer och röntgenskötare. Vid anställning kontrolleras att den sökande finns i registret över yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården ( JulkiTerhikki). Radiologiska enhetens personal är enligt

lag skyldiga att vidareutbilda sig i strålsäkerhet 8h/år (40h/5år). Arbetsgivaren ska se till att varje arbetstagare som deltar i strålningsverksamhet får kompletterande utbildning.

Vidareutbildningen följs upp i HR programmet Alma. Vid kliniska auditeringar kontrolleras att personalen har tillräcklig kompletterande utbildning inom strålsäkerhet. Röntgenskötarna och radiologerna skall garanteras en introduktion i användning av apparatur och strålsäkert arbete. Förmannen sparar blanketterna över den introduktion som personalen har fått. Skolningen är fortgående då apparatur och tillvägagångssätt ändras och kompletteras. På enheten används apparatpass för att följa upp personalens introduktion i apparatanvändningen. Vid upphandling av ny apparatur ingår avtal om inskolning av apparatansvariga och en introduktionsplan för den personal som använder apparaten.

Välfärdsområdets patientombudspersoner stöder patienter och anhöriga som är missnöjda med vården. Förmännen på enheten behandlar inkomna klagomål.

Likvärdiga och patientsäkra radiologiska tjänster i hela välfärdsområdet garanteras genom gemensamma kvalitetshandböcker och bildtagningsföreskrifter i hela välfärdsområdet. Personalens kunskap garanteras genom inskolning, externa skolningar och interna skolningar.

Teknisk personal planerar hela välfärdsområdets apparatservice och fysikern följer upp bildkvaliteten tillsammans med röntgenskötarna och radiologerna. Teknisk personal informeras omedelbart om avvikelser i apparaturens funktioner och felet antecknas i respektive apparats felhäfte. Teknisk personal tillkallar service av leverantören vid behov.

Självutvärdering av bildkvaliteten görs enligt rekommendationerna med jämna tidsintervaller. Enhetens fysiker anmäler årsvis avvikelser i stråldoser till Strålskyddsinstitutet. Vid behov görs en beräkning av patientens stråldos som antecknas i patientjournalen. Alla stråldosavvikelser rapporteras via en elektronisk blankett till enhetens fysiker som utreder orsaken och vidtar behövliga åtgärder tillsammans med teknisk personal eller apparatens tillverkare. Avvikelserna behandlas vid veckovisa personalmöten i syfte att undervisa och reda ut orsakerna.

Enheten har fyra (VCS två, Malmska två) utnämnda läkemedelsansvariga. De uppdaterar läkemedelsplanen en gång per år tillsammans med enhetens förman. I läkemedelsplanen framgår hur enhetens läkemedelsprov utförs och uppdateras.

Enhetens förmän ansvarar tillsammans med personalen för patientsäkerheten och kvaliteten på radiologiska tjänster som utförs inom hela välfärdsområdet. Förmännen ansvarar för att det finns tillräcklig tillgång av kompetent personal. Personalen tillsammans med enhetens förmän ansvarar för kvaliteten. Personal förpliktigas att rapportera risker eller brister antingen direkt till förmannen eller via haiprosystemet. Personalen göra reparationsbeställning till tekniska sidan elektroniskt via Medusa på intran.

Strålsäkerheten följs upp nationellt via insamlade uppgifter som skickas in av strålskyddsansvariga till STUK. Köptjänster och utomstående producenter övervakas genom regelbundna samarbetsmöten. Ifall klagomål inkommer ordnas genomgång med producenten av tjänsterna för att se om kvaliteten uppnås enligt lagar och förordningar.

### 3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansaret och ledningen av egenkontrollen inom Österbottens välfärdsområde samt säkerställande av kvaliteten och säkerheten beskrivs i välfärdsområdets förvaltnings- och

verksamhetsstadga, i programmet för egenkontroll samt på praktisk nivå i handboken för egenkontroll och kvalitetskontroll.

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enhetens ledningsgrupp håller regelbundna möten och ansvarar för uppgörande av strategiplaner, beslutsfattande inom enheten och riktlinjerna för egenkontroll. Enhetens ledningsgrupp definierar långsiktiga mål, som är i linje med krav i lagstiftningen. Radiologiska enhetens personalmöten hålls regelbundet 4-6 gånger per år. Där presenteras och diskuteras radiologiska enhetens långsiktiga planer, mål och utvecklingsplaner. Protokoll från personalmöten förvaras utprintade i kafferummet och på radiologiska enhetens nätskiva. Huvudansvariga skötarna inom modaliteterna utvecklar verksamhet tillsammans med ansvariga radiologen inom sitt eget specialområde, ger introduktion till nyanställda, uppdaterar föreskrifter och följer upp kvalitetskriterierna genom självutvärderingar. Modalitetsteamerna håller regelbundna möten 2-3 gånger per år. Närchefen ansvarar för att medarbetarna är medvetna om sina roller och ansvar. De huvudansvariga identifierar tillsammans med personalen brister och utarbetar korrigerande åtgärder tillsammans med enhetens ledning. Kvalitetsarbetet främjar kontinuerlig förbättring av serviceprocesser och tar med i beaktande feedback från kunder och samarbetspartners.

### 3.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter

Tjänsteenheterna inom Österbottens välfärdsområde iakttar bestämmelserna i lagarna om klientens/patientens ställning och rättigheter (812/2000; 795/1992) samt välfärdsområdets anvisningar för säkerställande av klientens/patientens ställning och rättigheter.

Klienten/patienten har rätt till socialvård och hälso- och sjukvård av god kvalitet samt till gott bemötande. Den tjänst/den vård som tillhandahålls en klient eller patient ska ordnas utan att kränka dennas människovärde samt med respekt för dennas övertygelse och integritet enligt bestämmelserna i 4 § i lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), 3 § i lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och 30 § i socialvårdslagen (1301/2014).

#### 3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster och vård inom Österbottens välfärdsområde samt väntetider till vård finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats: [Vård](#) och [Tillgång till vård – väntetid](#). Om att få vård stadgas närmare i 6. kap. i hälsovård- och sjukvårdslag (1326/2010). Aktuella maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till vård \(vårdgaranti\) - Social- och hälsovårdsministeriet \(stm.fi\)](#).

Om tillhandahållande av socialvård, dess tillgänglighet och lagstadgade behandlingstider stadgas i 4. kap. i socialvårdslagen (1301/2014).

Mera information om tillgången till socialtjänster finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till socialvårdstjänster](#).

#### Ordnanande av vård ifall att den maximala väntetiden överskrids

Om social- och hälsovården i Österbottens välfärdsområde inte kan ge en patientvård inom den föreskrivna maximala väntetiden måste välfärdsområdet se till att patienten har möjlighet att få vård någon annanstans, antingen i ett annat välfärdsområde, genom köp av tjänster eller genom att ge patienten en servicesedel. För det betalar patienten inte några extra avgifter, utan patienten betalar endast välfärdsområdets kundavgift för vården. Patienten har rätt att vägra ta emot vård på en annan enhet och kan vänta tills vården kan ges på den enhet som patienten valt.

Om välfärdsområdet inte kan ordna vård i Finland inom den i lagen föreskrivna tiden, måste välfärdsområdet på patientens begäran ge förhandstillstånd att på välfärdsområdets bekostnad söka vård i ett annat EU-land eller EES-land eller i Schweiz. (STM: [Väntetiderna inom vården \(vårdgarantin\)](#))

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten är ansvarig för att säkerställa att klienter och patienter har likvärdig tillgång till undersökningar och vård. Enhetens ledning följer med kösituationen och rapporterar till verksamhetsområdets ledning. Korrigeringar och åtgärder och uppföljning av situationen behandlas i enhetens ledningsgrupp. Radiologiska enhetens väntetider är utanför det nationella rapporteringssystemet men väntetider följs upp internt och rapporteras till verksamhetsområdeschefen. Bedömning av klienter/patienternas servicebehov görs tillsammans med remitterande enheterna. I remissen gör remitterande enheten bedömning av hur brådskande undersökningen är och avvikelser i tillgängligheten kan således följas upp med feedback från remitterande enheter, via välfärdsområdets officiella responskanaler där personal eller klient/patient kan ge respons på väntetid till tjänster eller vård. Responserna behandlas på radiologiska enhetens ledningsgrupps möten där strategier för att åtgärda avvikelserna planeras och följs upp.

### 3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enhetens ansvarar inte för bedömning av patienter/klienters vårdbehov. Bedömning görs av remitterande enheterna. Radiologiska enheten är en del i patientens vårdkedja där diagnostiken som expert på sitt område kan delta i patientens vård via gemensamma meeting som ordnas för att planera patienternas vård.

### 3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten ansvarar för att föreskrifter om förberedelser och eftervård är korrekt inför undersökningar och vårdåtgärder. Radiologiska enhetens personal skriver in eftervårdsföreskrifter och ordinationer i patientjournalen. Därefter överförs ansvaret till remitterande enheten att förverkliga vården enligt ordinationen. Radiologiska enheten svarar på frågor om förberedelser och eftervården inför undersökningar och vårdåtgärder, men ansvaret för planeringen av vården sköts av remitterande enheten i samråd med radiologiska enheten. Informationen till klienten/patienten ges av remitterande enheten.

### 3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

Klienten/patienten har rätt till gott bemötande, det vill säga hans människovärde, övertygelse och integritet ska respekteras. Klientens/patientens önskemål, åsikt, intresse och individuella behov samt modersmål och kulturbakgrund ska beaktas i tjänsterna/vården. Kravet på gott bemötande gäller såväl de tjänster som välfärdsområdet själv producerar och de tjänster som välfärdsområdet köper.

Välfärdsområdet har utarbetat anvisningar för gott bemötande och god behandling av en klient eller patient (intra). I anvisningen beskrivs vad en anställd ska göra om hen observerar osakligt beteende och osaklig behandling i sitt arbete. Anställda ska ingripa i osakligt beteende och osaklig behandling och alla som jobbar i enheten ska känna till hur man anmäler. En anmälan om en situation där man upplevt osakligt beteende eller osaklig behandling kan även göras av klient,

patient eller anhörig. Även anställda eller andra personer som varit närvarande kan göra en anmälan. Det finns flera anmälningskanaler.

Anmälningskanaler för klienter, patienter och personer utanför organisationen finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi). En klient, patient eller anhörig kan även ge muntlig respons. Anmälningskanaler för personalen (HaiPro och SPro) finns på intra.

Självbestämmanderätten är varje människas grundläggande rättighet, och den inbegriper rätt till personlig frihet, likvärdighet, integritet och säkerhet. Den har nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Tjänster och vård genomförs i regel utan att begränsa en persons självbestämmanderätt. Om man är tvungen att vidta åtgärder som begränsar självbestämmanderätten, ska det finnas en laglig grund för detta och självbestämmanderätten kan begränsas endast ifall att klientens/patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet hotar att äventyras eller om andra metoder inte hjälper. Begränsningsåtgärderna ska utföras i enlighet med principen om lindrigaste möjliga begränsning och på ett säkert sätt med respekt för människovärdet. En anvisning om användning av begränsningsåtgärder har utarbetats för välfärdsområdets personal. Anvisningen finns i materialbanken på intra.

## Behandling av en klient/patient och rättigheter

### ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten granskar personalens språkkunskaper vid anställning. Ifall sökande inte har språkintyg ges möjlighet att på arbetstid delta i språkundervisning och avlägga språkprov för att bli behörig att söka fast anställning. Språket utgör en viktig del av patientens identitet och kultur. Inom radiologin är det viktigt att patienten kan samarbeta, känner trygghet och förstår personalens instruktioner. Det är en patientsäkerhetsrisk och kan öka patientens stråldos ifall kommunikationen inte fungerar. På enheten finns möjlighet till tolkning via telefon, men av tekniska orsaker kan inte telefontolkning användas i alla undersökningsrum. Remitterande enheten ansvarar för att boka tolk inför undersökningen.

Osakligt bemötande och hur man definierar det diskuteras på personalmöten och processen för hur man anmäler osakligt bemötande går igenom. Förmannen diskuterar vid behov personligen med arbetstagaren och diskussionen syftar till att återskapa patientens förtroende. På diskussionen kommer man överens hur en ursäkt framförs till patienten. På personalmöten diskuteras öppet kring frågor som berör patientens ställning och hur osakligt bemötande kan undvikas. Personalen uppmanas att anmäla osakligt bemötande av klienterna.

Patienternas värdesaker tas bort inför undersökningar vid behov. I undersökningsföreskriften ombeds patienten lämna värdesaker hemma. Vid akuta undersökningar klipps kläder eller smycken tas bort av vårdande enhetens personal före undersökningen. Radiologiska enhetens personal håller upphittade värdesaker i radiologiska enhetens kansli i en vecka. Därefter förs föremålet till vaktmästarna. Om man vet vems föremålet är kontaktas hen per telefon eller så förs föremålet till avdelningen.

### Självbestämmanderätt

### ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten säkerställer klinterna/patienternas självbestämmanderätt genom att inte tvinga klienten/patienten till en undersökning/åtgärd. Ifall en klient/patient nekar en undersökning meddelas detta i remissen och remitterande enheten informeras. Det är den

remitterande enheten/vårdande läkaren som tar ställning till hur man går vidare. Eventuella begränsningar i klienten/patientens självbestämmanderätt diskuteras med remitterande läkaren. Det kan gälla patienter som inte kan samarbeta vid undersökningen/ åtgärden och det påverkar möjligheten att ställa diagnos. I dessa fall bedöms situationen även utgående från principen i strålsäkerhetslagen 2 kap 5§, dvs principen om berättigande. Beslutet att utföra undersökningen motiveras då med att de sammanräknade fördelarna som uppnås är större än den skada som de förorsakar. Radiologiska enhetens personal förutsätts enligt strålsäkerhetslagen övervaka att principen om berättigande efterlevs. Vid oklarheter kontaktas remitterande läkaren. Radiologiska enhetens personal påbörjar alltid återupplivning och kontaktar MET teamet. MET- teamet avslutar återupplivningen om DNR beslut är taget. Förfarandet är överenskommet med MET teamet.

### 3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

#### Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en god service och god vård ett resultat av samarbete mellan klienten/patienten, anhöriga och professionella. Om du är missnöjd med den tjänst/vård som du fått, ta genast upp det med den person som tillhandahållit tjänsten/gett vården eller fattat beslutet eller med hans chef vid den verksamhetsenhet där du skött ett ärende eller fått vård. Om ärendet inte kan redas ut genom diskussion, har en klient som är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med behandling inom socialvården rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten inom socialvården eller till den ledande tjänstemannen för socialvården (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, 23 §).

En patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller med bemötandet har rätt att göra en anmärkning till den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården inom verksamhetsenheten i fråga (lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, 10 §). Vid behov ger socialombudet eller patientombudet hjälp och vägledning för att utreda saken eller göra en anmärkning.

En skriftlig anmärkning kan du lämna på ett digitalt formulär på välfärdsområdets webbplats eller genom att fylla i en blankett som skrivs ut.

**Formulär för anmärkning som gäller tjänster inom socialvården och anvisningar för ifyllandet** finns på vår webbplats: [Klientens rättigheter inom socialvården](#).

**Motsvarande formulär för anmärkning som gäller tjänster/vård inom hälso- och sjukvården och anvisningar för ifyllandet** finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården](#).

På en anmärkning ges ett svar inom skälig tid, cirka 1–4 veckor.

#### Klagomål

En anmärkning är det primära sättet att anmäla missnöje, och ett klagomål det sekundära sättet. Om den som gjort en anmärkning inte är nöjd med svaret på anmärkningen, kan hen lämna ett klagomål (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, 23 a §; lag om patientens ställning och rättigheter 785/1882, 10 a §) till regionförvaltningsverket och i specialfall till Valvira. Formulär och anvisningar för att lämna ett klagomål finns på regionförvaltningsverkets webbplats: [Anmärkning och klagomål](#). Anvisningar för ett klagomål finns även på välfärdsområdets webbplats: [Rättigheter som gäller en klient inom socialvården](#)

och [Missnöje med vården.](#)

Tilläggsuppgifter: Klient- och patientsäkerhetscentrets webbplats: Anvisning för klienter och patienter.

### Patientskadeanmälan

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Ett formulär för skadeanmälan och tilläggsuppgifter fås av patientombudsmannen, på välfärdsområdets webbplats: [Missnöjd med vården samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: <a href="">Skadeanmälan.](#)

### Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en bra tjänst och god vård ett resultat av samarbete mellan klienten/patienten, anhöriga och professionella. Om du är missnöjd med den tjänst/vård som du fått, ta genast upp det med den person som tillhandahållit tjänsten/gett vården eller fattat beslutet eller med hens chef vid den verksamhetsenhet där du skött ett ärende eller fått vård. Om ärendet inte kan utredas genom diskussion, har en klient som är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med behandling inom socialvården rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten inom socialvården eller till den ledande tjänstemannen för socialvården (socialvårdslag 812/2000, 23 §).

En patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller med bemötandet har rätt att göra en anmärkning till den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården inom verksamhetsenheten ifråga (hälso- och sjukvårdslag 785/1992, 10 §). Vid behov ger socialombudet eller patientombudet hjälp och vägledning för att göra en anmärkning.

En skriftlig anmärkning kan du lämna på ett digitalt formulär på välfärdsområdets webbplats eller genom att fylla i en blankett som skrivs ut.

**Formulär för anmärkning som gäller tjänster inom socialvården och anvisningar för ifyllandet** finns på vår webbplats: [Klientens rättigheter inom socialvården - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\).](#)

**Motsvarande formulär för anmärkning som gäller tjänster/vård inom hälso- och sjukvården och anvisningar för ifyllandet** finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](#)

På en anmärkning ges ett svar inom skälig tid, cirka 1–4 veckor.

### Klagomål

En anmärkning är det primära sättet att anmäla missnöje, och ett klagomål det sekundära sättet. Om den som gjort en anmärkning inte är nöjd med svaret på anmärkningen, kan hen lämna ett klagomål (socialvårdslag 812/2000, 23 a §; hälso- och sjukvårdslag 785/1882, 10 a §) till regionförvaltningsverket och i specialfall till Valvira. Formulär och anvisningar för att lämna ett klagomål finns på regionförvaltningsverkets webbplats: [Anmärkning och klagomål](#). Anvisningar för ett klagomål finns även på välfärdsområdets webbplats: [Rättigheter som gäller en klient inom socialvården](#) och [Missnöje med vården](#).

Tilläggsuppgifter: Klient- och patientsäkerhetscentrets webbplats: [Anvisning för klienter och](#)

## [patienter.](#)

### **Patientskadeanmälan**

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Ett formulär för skadeanmälan och tilläggsuppgifter fås av patientombudsmannen, på välfärdsområdets webbplats: [Missnöje med vården](#) samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: <https://www.pvk.fi/sv/>

### **ENHETSBESKRIVNING**

Radiologiska enhetens förmän ansvarar för att reda ut klagomål som riktas mot radiologiska enheten. Svaret på anmärkningen ges inom ca 1-4 veckor. Patientskadeanmälan, läkemedelsskada och saksador behandlas enligt välfärdsområdets föreskrifter.

**Namn och kontaktuppgifter till den person som ansvarar för behandling av en anmärkning som gäller hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten (läkare) eller den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården**

Reijo Autio, ledande läkare, 0406703418

Birgitta Ivars, överskötare, 0443232270

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare 0406746050

### **3.3.6 Social- och patientombudens tjänster**

#### **Social- och patientombudens uppgifter och kontaktuppgifter**

För att främja tillgodoseendet av rättigheterna och rättsskyddet för patienter och klienter ska välfärdsområdet ordna patientombuds- och socialombudsverksamhet. Patientombudens och socialombudens uppgifter grundar sig på lagen om patientombud och socialombud (739/2023, 1–2 §, 8 §). Social- och patientombuden vid Österbottens välfärdsområde tillhandahåller social- och patientombudsservice åt samtliga offentliga och privata serviceproducenter i Österbotten.

#### **Socialombudens och patientombudens uppgifter:**

- Ge råd och informera klienter/patienter eller deras lagliga företrädare, anhöriga eller andra närstående om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) samt om ärenden enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992).
- Ge råd och vid behov hjälpa en klient/patient eller patientens lagliga företrädare, anhöriga eller andra närstående att göra en anmärkning.
- Ge råd hur ett klagomål, rättelseyrkande, besvär, skadeersättningsyrkande, ersättningsyrkande som gäller en patient- eller läkemedelsskada eller ett annat ärende som gäller rättsskyddet i anknytning till en klients socialvård eller en patients hälso- och sjukvård kan lämnas till en behörig myndighet.
- Informera om klientens/patientens rättigheter.
- Sammanställa information om kontakterna med klienter/patienter och följa upp klienternas/patienternas rättigheter och ställning.
- Utöver nämnda uppgifter bidra till att klienternas/patienternas rättigheter främjas och förverkligas.

#### **Socialombudets kontaktuppgifter**

Socialombud, telefonnummer: 040 507 9303, telefontid: måndag–fredag kl. 08.00–14.00

E-postadress: [socialombud@ovph.fi](mailto:socialombud@ovph.fi) (oskyddad e-post)

Besöksadress: Österbottens välfärdsområde, Vasa centralsjukhus, A1, Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

**Patientombudens kontaktuppgifter:**

Patientombud, telefonnummer: 06 218 1080, telefontid måndag--torsdag kl. 09.00–11.00 och 12.00–13.00

E-postadress: patientombud@ovph.fi (oskyddad e-post)

Besöks- och postadress: Österbottens välfärdsområde, Vasa centralsjukhus, A1, Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Kontaktuppgifter till socialombudet och patientombuden finns även på webbplatsen för Österbottens välfärdsområde: [Klientens och patientens rättigheter - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi)

**3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet**

Kunder inom Österbottens välfärdsområde har möjlighet att delta i utvecklandet av servicen genom att delta i invånarpanel, påverkansorgan eller andra forum för kunddelaktighet. En del kunder kan delta i tjänsteproduktionen i samarbete med professionella, till exempel som erfarenhetsexperter. En delaktighetsplan som utarbetats för Österbottens välfärdsområde utgör ramen för utveckling av delaktighetsarbetet. [Delaktighetsplanen](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

Välfärdsområdet har följande påverkansorgan: ungdomsfullmäktige, äldrerådet och råd för personer med funktionsnedsättning. Delaktigheten för välfärdsområdets kunder stöds även bland annat genom partnerdiskussioner mellan välfärdsområdets sektorer samt organisationer och föreningar samt genom koordinerad organisations- och frivilligverksamhet (OLKA). OLKA-verksamheten genomförs som ett samarbete mellan Österbottens Föreningar r.f. och Österbottens välfärdsområde.

**ENHETSBESKRIVNING**

Klienten/patientens delaktighet i planeringen av vården sker i första hand vid den remitterande enheten. Radiologiska enheten befrämjar klientens/patientens delaktighet vid planeringen av undersökningar genom möjlighet att påverka tidsbokningen. Med gemensamt patientdataprogram öppnas möjligheten att boka tid till olika orter där radiologiska enheten utför undersökningar. I mån av möjlighet tas patientens önskemål i beaktande vid tidsbokningen. Förändringar i servicen har behandlats i politiska organ för att befolkningens delaktighet ska beaktas vid besluten. Enkäter till befolkningen, som utarbetats inom välfärdsområdet har även omfattat frågor kring radiologiska enhetens service.

Barns och ungas delaktighet beaktas genom att planera undersökningens tidpunkt och individuellt anpassa förberedelserna enligt ålder. Ibland är det nödvändigt att söva patienten för att kunna genomföra undersökningen och få diagnostiska bilder. Planeringen görs då tillsammans med anestesin och barnets vårdande enhet.

**3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons**

Inom Österbottens välfärdsområde kan en klient/patient/närstående ge respons om en tjänst eller vård som hen tagit del av och således påverka utvecklingen av tjänsterna genom sin egen/ en närståendes upplevelse av tjänsten/vården. Respons samlas regelbundet även av studerande och personal.

**Respons av klienter**

Våra kanaler för respons från kunder finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://osterbottensvalfard.fi)

Respons kan ges om social- och hälsovårdstjänsterna, webbsidorna eller allmän respons (då gäller responsen inte en enskild enhet). Respons kan ges muntligt eller skriftligt till en enhet som tillhandahåller tjänster eller vård, till exempel via kundresponsapparater vid enheterna samt via QR-koder. På vissa enheter kan man även ge respons via en länk som finns i textmeddelandet.

### **Kundupplevelse och kundnöjdhet**

Välfärdsområdet mäter kundupplevelsen och kundnöjdheten med hjälp av nettorekommendationsindex, det vill säga NPS-mätare (Net Promoter Score). NPS-mätaren anger hur stor del av kunderna som kan rekommendera de tjänster som Österbottens välfärdsområde tillhandahåller. NPS-talet ligger mellan -100 och 100. Vanligen anses 50 som ett bra resultat. Ju högre tal, desto fler kunder kan rekommendera välfärdsområdets tjänster.

### **Respons som insamlas av studerande**

Välfärdsområdet insamlar även regelbundet respons av studerande med hjälp av NPS-mätare och en responsförfrågan för studerande (CLES). NPS-talet ligger mellan -100 och +100. Vanligen anses 50 som ett bra resultat. Anvisningar för studerande som ska ge respons samt resultat från NPS-mätaren och CLES-förfrågan finns på välfärdsområdet intra.

### **Respons av personalen**

Av personalen insamlas respons om arbetsplatsen bland annat med hjälp av en NPS-rekommendationsmätare. Genom mätaren fås information om personalens trivsel och om vad arbetstagarna tycker om sin arbetsplats. Mätningen görs två gånger per år per e-post. Anvisningar för behandling av resultaten, rapportering och genomgång finns på välfärdsområdets intra. Resultat för varje sektor publiceras på intra.

### **ENHETSBESKRIVNING**

Klienter/patienters respons samlas in via välfärdsområdets olika kanaler. Haipro programmet används av personal, patienter och anhöriga för att anmäla klient- och patientsäkerhets händelser. Haiproanmälningar behandlas av enhetens förmän och serviceansvariga. Anmälningarna besvaras inom två veckor och personalen görs delaktiga i behandlingen av anmälningarna för att utveckla säkerhetskulturen på enheten och förhindra att risker upprepas.

På radiologiska enheten finns Roidu- terminaler på enheterna i välfärdsområdet. Roidu responssystemet finns på välfärdsområdets webbplats och kan även registreras via QR-koder. Enhetens ansvarsperson handlägger responsen inom 2 veckor. Anmälan kan vara anonym och anmälaren kan även lämna kontaktuppgifter.

Klienterna/patienterna kan även lämna muntlig respons som då förs in och rapporteras av personalen antingen via haipro eller Roidu beroende på anmälningens karaktär.

Ifall en anmälan om missnöje med vård eller osakligt bemötande och diskussion med enheten inte leder till något kan en anmärkning eller klagomål lämnas till AVI eller Valvira inom rimlig tid. Det är enhetens förperson som svarar på anmälan.

Studerande kan ge feedback från praktikperioden via CLES programmet.

Personalen får ge respons till arbetsgivaren via NPS eller enkäter.

Responser från patienter, anhöriga, studerande och personal tas upp till diskussion vid personalmöten. Diskussionerna har i syfte att undervisa och leda till utvecklingsåtgärder. I mötesprotokollen antecknas åtgärder och överenskomna ändringar i verksamheten eller bemötandet.

### 3.5 Personal

Tjänsteenheterna inom Österbottens välfärdsområde ska ha tillräckligt med sådan personal som verksamheten kräver (tillsynslagen 741/2023, 9 §, 10 §). I personalen som deltar i klient- och patientarbete kan vid behov även ingå yrkespersoner som köps av en annan tjänsteproducent (kravet i arbetsavtalslagen 55/2001, 7 § ska uppfyllas). Antalet arbetstagare som deltar i klient- och patientarbete ska vara tillräckligt i relation till antalet patienter/klienter samt deras behov av vård, hjälp, stöd och tjänster samt förändringar i behoven.

Anvisningar som gäller välfärdsområdets anställda, personalärenden, arbetsskyddet samt uppfyllandet av förpliktelser i enlighet med arbetarskyddslagen (738/2002) finns på välfärdsområdets intra: Mitt anställningsförhållande och Materialbanken och i applikationen Alma. Formella kompetenskrav för tjänster och befattningar inom välfärdsområdet, såsom yrkesmässig behörighet och krav på språkkunskaper beskrivs i behörighetsstadgan. [Behörighetsstadgan](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

#### 3.5.1 Mängden och strukturen för personal

##### ENHETSBESKRIVNING

Ordinarie befattningar är 55,5 röntgenskötare, 1 avdelningsskötare, 2 biträdande avdelningsskötare, 1 serviceansvarig, 1 överläkare, 1 biträdande överläkare, 1 avdelningsläkare, 14 radiologer, 1 överfysiker

Antalet röntgenskötare som är i jobb per arbetsskifte: i morgonsskiftet är 23st det optimala antalet (sällan att vi har personal som räcker till 23st), det varierar per modalitet hur många röntgenskötare som är i jobb i morgonsskiftet, i kvällsskifte 3st och i nattskifte 2st. Under veckoslut från lördagmorgon till måndagmorgon är totalt 14 röntgenskötare i jobb.

#### 3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

##### ENHETSBESKRIVNING

Avdelningsskötaren i samråd med sin förman/överskötaren får godkännande att starta en rekrytering om behovet att fylla lediga vakanser finns.

Rekrytering av personal till befattningar och tjänster görs via kuntarekry. Manual finns att tillgå hur man gör en rekrytering.

När rekryteringsprocessen är klar i kuntarekry skall den godkännas av överskötaren innan HR publicerar den offentligt för att sökas. Beroende på antalet sökande görs sedan anställningsintervjuer som sedan leder till anställning om personen är behörig. När anställningsintervjun genomförs ser vi alltid igenom deras betyg de fått från den skola de har avlagt röntgenskötarexamen vid. Vi ser också igenom eventuella språkontyg som avgör om de har tillräckligt med språkkunskaper som vår organisation kräver. God förmåga i tal och nöjaktig förmåga i skrift att använda landets två nationalspråk är det som krävs av röntgenskötare.

Vi går också igenom sökandes eventuella tidigare arbetserfarenhet. Referenser kontaktas som sökande uppgett. Vi kontrollerar också om den sökande har ikraftvarande LOVE ( rätt att administrerar läkemedel). Om sökande som blir vald inte gjort LOVE så skall det utföras inom 3 månader efter att röntgenskötaren tillträtt sin befattning.

Förmannen skall även kontrollera att sökande uppfyller smittskyddslagen 48§.

Avdelningsskötaren kollar alltid i Julkiterhikki om personen har yrkesrättigheter innan ett arbetsavtal blir uppgjort eller en anställning av röntgenskötare blir gjord.

Principer hur vi använder vikarier är att det är verksamheten som styr hur många vikarier som tas in. Radiologiska enheten är en serviceenhet som ger service till övriga verksamhetspunkters patienter. Det är främst radiologer och konsulter som är inhyrd arbetskraft.

Hur vi anskaffar vikarier under tjänstetid vid akuta sjukdomsfall så är det antingen avdelningsskötaren eller biträdande avdelningsskötaren som ringer in personal som ev kan komma. Vikarien kommer då in i jobb på timlista. Vid längre sjukfrånvaro uppgör avdelningsskötaren ett arbetsavtal till vikarien eller så anställs vikarien via HPY:s avdelningsskötare. Om ingen vikarie fås pga vissa orsaker eller att det är rekryteringsstopp så kör vi med mindre personal, vilket ofta händer.

När en studerande blir anställd är det antalet studiepoäng som avgör om studerande självständigt får utföra bildtagning utan en annan röntgenskötares översyn. Det är på avdelningsskötares ansvar att kontrollera med studeranden hur många studiepoäng studerande har t.ex genom att begära ett studiepoängsutdrag.

**Säkerställande av lämplighet och pålitlighet vid rekrytering till arbete med barn och äldre och personer med funktionsnedsättning**

## ENHETSBESKRIVNING

Icke relevant för enheten

### 3.5.3 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande

#### Introduktion för personalen

Introduktion för personal inom Österbottens välfärdsområde ordnas enligt ett introduktionsprogram i tre delar (delar 1–3). Den första delen består av allmän introduktion. Den är avsedd för alla arbetstagare och även för studerande och sommarjobbare. Den andra delen består av introduktion till en specifik sektor (torde bli klar vid årsskiftet 2024–2025). Den tredje delen producerar enheten/avdelningen på en färdig mall (blir klar år 2025).

Välfärdsområdets introduktionsprogram är konstruerat i programmet Laatuportti. I Laatuportti finns även kompetensmatriser för personalen. Laatuportti har dessutom gränssnitt till HRM-systemet. Via systemen kan cheferna följa upp vilka delar av arbetstagarens introduktion som utförts. Ett nätbaserat introduktionsprogram säkerställer utöver uppföljningen även att introduktionen är av jämn kvalitet för alla. De arbetstagare som genomgått introduktionsprogrammet får en responsförfrågan som gäller introduktionsmaterialet.

Nätbaserad introduktion utesluter aldrig personlig introduktion. En ansvarsperson för introduktionen ska alltid utses för en ny arbetstagare. Den personliga introduktionen är viktigare än introduktionen på nätet. Innehållet i introduktionsprogrammet beskrivs närmare i

välfrdsområdets intra.

## ENHETSBESKRIVNING

Vi har ett eget introduktionsprogram för ny personal. Avdelningsskötaren eller biträdande avdelningsskötaren går igenom med nya arbetstagaren programmet och kontrollerar efter hand att arbetstagaren fått info om olika saker.

Arbetsäkerhets introduktion är mycket viktig inom diagnostiken, bla strälsäkerhet och användningen av apparatur som avger röntgenstrålning.

Introduktionslistor ges också för de olika modaliteterna som arbetstagaren gör enligt ett uppgjort inskolningsprogram med modaliteternas huvudansvariga skötare. Längden på introduktionen varierar med tanke på vilken modalitet det gäller.

Röntgenskötarstuderanden gör under sin praktiktid olika långa praktikperioder i alla modaliteter. Röntgenskötarstuderanden har alltid en eller två utnämnda handledare, även huvudansvariga röntgenskötarna i de olika modaliteterna handleder studeranden. Då en studerande kommit så långt i sin utbildning och får självständigt utföra undersökningar gäller samma introduktion till vissa modaliteter som för en färdigutbildad röntgenskötare.

Välfrdsområdets personal- och utbildningstjänster utarbetar varje år i samarbete med tjänstesektorerna en plan för att upprätthålla och främja arbetstagarnas yrkesmässiga kunnande. Fortbildning ordnas både internt och externt.

Personalens kunnande och utbildningsbehoven bedöms i relation till utvecklingen av förfarandena inom social- och hälsovårdsverksamheten och välfrdsområdets strategi

Dessutom ska varje arbetstagares personliga utbildningsbehov gås igenom varje år vid ett utvecklingssamtal. Arbetstagarna har skyldighet att upprätthålla sitt eget yrkesmässiga kunnande och arbetsgivaren har skyldighet att ge personalen möjlighet att delta i fortbildning. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för social- och hälsovårdspersonal 57/2024).

För personalen ordnas regelbundet olika slags utbildning, såsom till exempel utbildning i första hjälpen, hygien- och säkerhetsutbildning, nätutbildning i läkemedelsbehandling (LoVe), datasäkerhets- och dataskyddsutbildning och utbildning i olika elektroniska system.

I Laatuportti finns enhetsvisa gruppmatriser för uppföljning av personalens kompetenser. Via den egna gruppmatrisen kan cheferna följa upp vilka kompetenser personalen innehar (läkemedelslov och apparatpass). Personalen kan även själv följa med sina kompetenser och när de behöver förnyas.

### Fortbildning och säkerställande av kunnande

Välfrdsområdets personal- och utbildningstjänster utarbetar varje år i samarbete med tjänstesektorerna en plan för att upprätthålla och främja arbetstagarnas yrkesmässiga kunnande. Fortbildning ordnas både internt och externt.

Personalens kunnande och utbildningsbehoven bedöms i relation till utvecklingen av förfarandena inom social- och hälsovårdsverksamheten och välfrdsområdets strategi. Dessutom ska varje arbetstagares personliga utbildningsbehov gås igenom varje år vid ett

utvecklingssamtal. Arbetstagarna har skyldighet att upprätthålla sitt eget yrkesmässiga kunnande och arbetsgivaren har skyldighet att ge personalen möjlighet att delta i fortbildning. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för social- och hälsovårdspersonal 57/2024).

För personalen ordnas regelbundet olika slags utbildning, såsom till exempel utbildning i första hjälpen, hygien- och säkerhetsutbildning, nätutbildning i läkemedelsbehandling (LoVe), datasäkerhets- och dataskyddsutbildning och utbildning i olika elektroniska system.

I Laatuportti finns enhetsvisa gruppmatriser för uppföljning av personalens kompetenser. Via den egna gruppmatrisen kan cheferna följa upp vilka kompetenser personalen innehar (läkemedelslov och apparatpass). Personalen kan även själv följa med sina kompetenser och när de behöver förnyas.

### ENHETSBESKRIVNING

För personalens fortbildning uppgörs årligen ett skolningsprogram. För radiologiska enhetens personal bokförs alla skolningar i ALMA. Röntgenpersonalen skall under en femårsperiod ha 40 timmar skolning (8h/år) i strålningsarbete. Biträdande avdelningssköterskan för bok över olika skolningar som personalen deltar i och ser vem som är i tur att delta.

Radiologiska enhetens fysiker och radiologer håller skolningar i aktuella ämnen.

Via utvecklingssamtal med personalen kartläggs personalens skolnings och utvecklingsbehov. Utvecklingssamtalen är en viktig att hålla för att förmannen skall kunna stöda och uppmuntra personalen i deras arbete samt i deras yrkeskunnande och yrkesskicklighet.

Utvecklingssamtal är ett viktigt verktyg för att följa upp medarbetarnas kompetens och genomförs en gång per år med uppföljning i Alma. Varje år görs en inventering av utbildningsbehovet för nästkommande år.

Obligatoriska utbildningar (första hjälpen, återupplivning, MET skolningar, säkerhet, informationssäkerhet) anordnas av organisationen. Enhetsspecifk utbildning organiseras på enheterna. För personalen ordnas första hjälpskolningar både inom avdelningen och i välfärdsområdets regi.

LOVE skall utföras vart femte år, både teoridel, räkneuppgifter samt praktiska prestationer. LOVE prestationerna införs i Laatuportti.

Välfärdsområdet/serviceproducenten ska systematiskt följa upp och utvärdera genomförandet av fortbildningen och fortbildningsplanerna för social- och hälsovårdspersonalen. Övervakningen av fortbildningen ska åtminstone omfatta en bedömning av utbildningens tillräcklighet, deltagandet i utbildningen, utbildningens innehåll, kvalitet och effektivitet samt kostnaderna för utbildningen. Innehållet i fortbildningen ska ta hänsyn till personalens grundutbildning, arbetets krävande karaktär och innehållet i arbetsuppgifterna. Uppföljning sker av förmannen, rapportering sker i Alma och Kvalitetsrapport.

### 3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

#### ENHETSBESKRIVNING

Förpersonen följer arbetstagares arbetstider genom arbetstidernas uppföljning i timecon,

Förpersonen kan kontrollera att arbetstiderna följer lagstiftning, kollektivavtal och organisationens egna regler. Via utvecklingssamtal går förmannen igenom med arbetstagaren hans arbetsprestationer och mål. Förpersonen ger feedback och bedömer hur målen har uppnåtts. Förpersonen följer upp arbetstagarens prestationer i det dagliga arbetet, ger feedback om arbetets kvalitet, effektivitet och yrkesskicklighet och vägleder arbetstagaren vid behov att förbättra sina färdigheter eller arbetsmetoder. Arbetstagaren välbefinnande och ork i arbetet följs upp genom frånvarostatistik, trivselenkät och en NPS-enkät. För personalen ordnas TYKY dagar och medel via Epassi ges till arbetstagaren samt cykelförmån. Förekommer det avvikelser i arbetstagarens sjukfrånvaro tar förpersonen en diskussion med arbetstagaren och reder ut var problemet ligger. Kontakt med företagshälsovården tas om det behövs. Det görs alltid i samråd med arbetstagaren. Eventuella arbetstidsarrangemang diskuteras med arbetstagaren för att hen skall fortsätta orka i arbetet och se arbetet som meningsfullt.

Det är tjänsteleverantörens eller förpersonens ansvar att se till att arbetslagstiftningen och arbetsgivarens säkerhetsskyldigheter enligt arbetarskyddslagen (738/2002) följs. Enligt arbetarskyddslagen är arbetsgivaren skyldig att sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa på arbetsplatsen, vilket förutsätter systematiska åtgärder, riskhantering och kontinuerlig uppföljning.

Arbetsgivaren måste identifiera och bedöma faror och risker på arbetsplatsen. Arbetsgivaren ska se till att regelbundna riskbedömningar genomförs på arbetsplatsen, som omfattar fysiska, psykiska och sociala riskfaktorer. Riskbedömningen ska dokumenteras och göras tillgänglig för arbetstagarna.

Utifrån de risker som identifierats ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att eliminera eller minimera farorna och skadorna. Det kan t.ex. handla om att förbättra arbetsmiljön, underhålla arbetsutrustning eller tillhandahålla skyddsutrustning.

Det är förpersonen ansvar att se till att arbetsmiljön är säker och hälsosam. Det innebär att arbetsplatsens lokaler, utrustning och verktyg måste underhållas och att de faror som är förknippade med dem identifieras och skyddas mot.

Säkra och godkända arbetsmetoder måste användas på arbetsplatsen. Förpersonen måste se till att arbetstagarna känner till säkra arbetsmetoder och att de följs i praktiken.

Förpersonen i samråd med röntgeningenjörerna organiserar regelbundna inspektioner av arbetsområden och utrustning och ser till att verktygen är i gott skick och säkra att använda.

### **3.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet**

Österbottens välfärdsområdes personalplan grundar sig på välfärdsområdets strategi, personalpolicy och målen i personalprogrammet. Välfärdsområdet ska som tjänsteproducent följa upp att det finns tillräckligt med personal för tillhandahållandet av tjänsterna både inom den egna tjänsteproduktionen samt inom köpta tjänster (tillsynslag 741/2023, 23 §). Uppföljningen ska beakta de krav som finns i speciallagstiftningen gällande personaldimensioneringen och resurstilldelningen, såsom till exempel vårdardimensioneringen (lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 20 §).

Ett tillräckligt personalantal säkerställs även genom de konkurrensutsättningar som utförs i samarbete med upphandlingsenheten. Då förman rekryteras till tjänsteenheterna och då vikarier skaffas stöds rekryteringsprocessen av resursenheter inom välfärdsområdets olika tjänstesektorer.

Verksamhets- och resultatområdets beredskapsplan ska innehålla en plan för personalfördelning i allvarliga störningssituationer och undantagstillstånd.

Tjänsteenheterna ska rapportera och publicera i uppföljningsrapporten för planen för egenkontroll sådana avvikelser som gäller ett tillräckligt personalantal och vilka korrigerande åtgärder som vidtagits.

## ENHETSBESKRIVNING

Förmannen i samråd med radiologiska enhetens ledning ser till att det finns tillräckligt med professionell personal anställda på enheten, att alla vakanser är fyllda i mån av möjlighet så att det motsvarar säkerställandet av vården av patienterna och servicen till övriga verksamhetspunkter.

Inför varje årlig budgetering följs personalantalet och antalet vakanser upp att de stämmer överens med budgeterade medel. Det är på förmannens ansvar att i den dagliga verksamheten följa upp att personalkostnader och vikariekostnader hålls inom den budgeterade ramen.

Planen för egenkontroll ska ta hänsyn till de krav på bemanning och resurser som följer av den särskilda lagstiftning som styr den tjänst som tillhandahålls.

Det finns skriftliga anvisningar hur många röntgenskötare det är beräknat per modalitet för att ett optimalt

Om inte tillräckligt med personal finns att tillgå vid semestrar och sjukledigheter blir stängningar aktuella i periferin, och en annan radiologisk enhet i periferin sköter om bildtagningen, eller så tillämpas avbokning i vissa modaliteter vid centralsjukhusets enhet. Detta med tanke på patientsäkerheten, vissa modaliteter kan inte köras med för få röntgenskötare. Det är förmannen i samråd med sin förman och radiologiska enhetens överläkare som tar beslut om stängningar och avbokningar.

## 3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

### ENHETSBESKRIVNING

På radiologiska enheten genomförs undersökningar på remiss från välfärdsområdets olika tjänsteordnare och tjänsteproducenter. Samarbetet mellan patienten/klientens tjänsteordnare sker innan begäran om undersökningar görs. Vid oklarheter kan radiologin kontaktas för att tillsammans utreda vilken undersökning som är mest lämplig för patienten/klienten.

Radiologiska enheten ordnar meeting verksamhet för att samarbeta mellan olika specialiteter och planera patienten/klientens fortsatta vård. Remitterande enheterna informerar patientens om planerade vården och garanterar på det sättet patientens/klientens möjlighet till delaktighet i vårdbesluten. Om det finns oklarheter kring behovet av undersökning eller valet av undersökning kontakter radiologen eller på jourtid röntgenskötaren den remitterande läkaren. Samarbetet mellan tjänsteproducenter underlättas av att hela välfärdsområdet använder samma patientdataprogram Lifecare.

Radiologiska enheten har utarbetat föreskrifter för professionella som beskriver hur patienterna

förbereds inför undersökningar och hur tiderna bokas. Föreskrifterna för professionella finns tillgängliga på intran i materialbanken. Patientföreskrifterna är utarbetade för att förklara varför undersökningen görs, hur patienten ska förbereda sig och eventuella eftervårdsföreskrifter. Patientföreskrifterna finns i Hoito-ohje.fi, i Sharepoint och i Helppari appen.

Informationen till remitterande enheterna ges via intran. Information som berör bara enstaka enheter ges antingen via epost eller via samarbetsmöten.

Radiologiska enheten tillhandahåller radiologiska tjänster i hela välfärdsområdet. Kontaktytor finns med i stort sätt för alla sjukvårds- och hälsovårdsproducenter som behöver radiologiska tjänster för diagnosticering. Kritik som fås kring ordnande av våra tjänster och väntetider ligger ofta till grund för inplanerade samarbetsmöten. Syften med samarbetsmöten är att effektivisera processer, informera remitterande enheter om ändringar i processer och öka förståelsen för patienternas behov. Radiologin styrs av strålskyddslagar och utarbetandet av effektiva processer måste ta strålsäkerhetslagarna i beaktande. Information om strålsäkerheten i undervisningssyfte är en naturlig del av samarbetsmötena.

### 3.8 Lokaler och utrustning

#### ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enhetens utrymmen följer lagar och bestämmelser med tanke på strålskyddsverksamhet. Strålsäkerhetslagen 859/2018, arbetarskyddslagen 738/2002 och bygglagen 751/2023 ska beaktas redan vid planeringen av utrymmena. Om verksamheten ändrar eller utrymmen renoveras ska ändringsanmälan göras till strålsäkerhetsmyndigheterna. Enligt strålsäkerhetslagen ska självbedömningar göras en gång per år, interna kliniska auditeringar, som kompletterar självbedömningarna, ska utföras minst vart fjärde år. Externa kliniska auditeringar ska göras minst vart 6 år. I social-och hälsovårdsministeriets förordning om joniserande strålning 1044/2018 beskrivs innehållet för auditeringarna och självbedömningarna mera utförligt. Utrymmenas planering bör beakta personalen och patienterna/klienternas möjlighet att skydda sig mot joniserande strålningen på ett tillbörligt sätt. Brister som upptäcks i utrustning eller utrymmen är personalen skyldiga att anmäla utan dröjsmål till förmannen och/eller teknisk personal via enhetens program medusa eller genom telefonsamtal till tekniska jouten/ röntgeningenjörerna.

Användningen av strålning förutsätter att utrymmen är utrustade med varningsljus som meddelar när strålningen är i användning och på så sätt förhindrar att utomstående inte går in i rummet. På dörrarna placeras skyltar "röntgenstrålning"

Enhetens dörrar hålls stängda för utomstående och personalen uppmanas att hålla dörrar låsta, så att obehöriga inte kan ta sig in i utrymmena. Personalen använder stämpelbricka för att ta sig in till enheten. I efterhand kan ledningen begära rapport på personer som använt stämpelbricka för att komma in på enheten. Registret omfattar även vem som varit inne i läkemedelsrummet. Personalen uppmanas även aktivt följa med vem som rör sig i utrymmen. Servicepersonal uppmanas att ha ID kort. Hela personalen uppmanas ha sitt ID kort synligt när de rör sig i sjukhusets utrymmen.

Underhåll av utrymmen följer enhetens planering av förnyande av apparatur. Apparaturens livslängd beaktas för varje rum och utrymmen renoveras vid apparatbyten. Gammal apparatur tas bort och hanteras på ett enligt lagen föreskrivet sätt om de inte kan återanvändas. En del

apparater tar tillverkarna hand om för att ta tillvara reservdelar. Gamla röntgenbilder som innehåller silverpartiklar tas om hand av företag som utvinner problemavfallet och återvinner det. Problemavfall så som blyförkläden sorteras enligt för dem speciella krav för att utvinna blyet. Smittfarligt avfall hanteras på enheten enligt föreskrifter. Om apparatur kan vara smittfarlig anmäls det till enhetens städpersonal. På enheten eftersträvas att minska avfall av plasthandskar enligt rådande rekommendationer. Upphandlingsenheten meddelar ifall någon produkt ska tas ur användning pga säkerhetsrisker. De produkter som används på radiologiska enheten samlas in enligt föreskriften och man upphör omedelbart att använda produkten. Ifall brister upptäcks i en produkt som används görs reklamation enligt välfärdsområdets föreskrifter. Om det finns risk för patientskada görs även en haipro-anmälan.

### 3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

Utrustningar och produkter som används i välfärdsområdets tjänsteenhet ska uppfylla kraven och vara säkra. Tjänsteproducenten ska svara för förpliktelser enligt lag som getts om medicintekniska produkter (719/2021). Yrkesmässig användare ska ha namngiven ansvarig person som ansvarar för att lagen om medicintekniska produkter (719/2021, 32–33 §) följs i användarens verksamhet.

Fimea övervakar att medicintekniska produkter motsvarar kraven och aktörerna i branschen i Finland. Övervakningen av att produkterna motsvarar kraven gäller medicintekniska produkter som släppts ut på marknaden och deras yrkesmässiga användning och underhåll. Om tillbud som social- och hälsovårdens medicintekniska produkter förorsakar och som har lett till eller kunde ha lett till äventyrande av klients, användares eller annan persons hälsa ska alltid avläggas en anmälan om tillbud till Fimea (Fimea: Bestämmelse och anvisning 16.05.2023, Dnr FIMEA/2021/007734).

#### Namn på och kontaktuppgifter till ansvarig för yrkesmässig användning av produkter i hälsovården

Chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/ tjänsteenheten och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Valviras register över informationssystem. Informationssäkerhetsplan för internt bruk i organisationen (intra) har utarbetats för välfärdsområdet 2024. Informationssäkerhetsplanen uppfyller kraven som finns föreskrivna i 77 § i kunduppgiftslagen (703/2024) och i THL:s bestämmelse 3/2024. IT-direktörerna är ansvariga för informationssäkerhetsplanen och dess uppdatering.

Informationssäkerhetsplanen granskas en gång om året enligt årsklockan och vid behov i samband med att anvisningar för behandling av personuppgifter eller datasystemet ändras eller uppdateras. 2M-IT tillsammans med experter i Österbottens välfärdsområde följer och utvecklar verkställandet av informationssäkerhetsplanen. IT-direktörerna samt 2M-IT-experten svarar för det praktiska genomförandet av informationssäkerhetsåtgärder. Välfärdsområdets dataskyddsombud ansvarar för det praktiska genomförandet av dataskyddsåtgärder.

Om enheterna använder kameraövervakning ska personen informeras om det med kameraövervakningsmärke före han eller hon kommer in på övervakat område/ in i övervakad byggnad. som välfärdsområdet utarbetat. I fråga om kameraövervakning handlar man på

välfrdsområdet i enlighet med anvisningar som velfrdsområdet har utarbetat och som upphittas på intra-nätverket. Dessa baserar sig på Regionförvaltningsverkets styrningsbrev f r kameraövervakning i verksamhetsenheter inom socialvården utfärdat 2.2.2024 (LSSAVI/677/2024). Registerbeskrivningen av kameraövervakning finns på velfrdsområdet webbsida: <https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/organisation-och-beslutsfattande/var-dataskyddspraxis/>

## Medicintekniska produkter

### ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten har en apparatansvarig på enheten. Den apparatansvariga ansvarar för att upprätthålla och uppdatera ett register över medicintekniskapparatur på enheten tillsammans med tekniska enheten. I programmet Medusa finns apparaturen registrerad och serviceprotokoll. I registret finns all medicinteknisk utrustning på enheten. Enhetens introduktionsprogram omfattar inskolning i användningen av r ntgenapparatur på enheten. På enheten finns huvudansvariga i de olika modaliteterna (CT, MRI, Angio, Genomlysning, UL, Nativ, CBCT, optg och bentäthetsmätning). De huvudansvariga  r med vid upphandlingsprocessen och f r en fördjupad kunskap i användningen av apparaturen. De ansvarar för att planera introduktionsblanketten, som omfattas av såväl radiologisk apparatur och andra kringapparatur, som används vid undersökningarna, så som automatsprutor m.m. Varje undersökningsrum har en egen introduktionsblankett som fylls i och skrivs under när introduktionen är klar. Original blanketten förvaras i avdelningssk tarens kansli och en kopia behåller arbetstagaren. Vid längre frånvaro (mera än 1  r) fylls en ny introduktionsblankett i. Enhetens apparatpass omfattas av de apparater som ingår i enhetens introduktionsprogram i de olika modaliteterna.

I varje undersökningsrum finns ett felh fte. Personal är ansvarig för att anteckna tekniska fel i häftet och därefter omedelbart kontakta sjukhusets r ntgeningenj rer. Apparaten används ej före r ntgeningenj rer gett tillåtelse.

R ntgeningenj rerna planerar  rsservice till enhetens r ntgenapparatur och följer upp resultat från str lm tningarna i samband med servicen. Var och en i personalen som använder apparater är ansvariga att anmäla eventuella avvikelser och meddelar övrig personal om förbud att använda apparaten. R ntgeningenj rerna  r med vid upphandlingen och f r apparatspecifik skolning för att kunna göra reparationer på all r ntgenapparatur i velfrdsområdet. De beställer reservdelar och avgör om firmans servicepersonal begärs på plats för att utföra servicen.

Enhetens apparatansvariga följer upp att registrerad apparatur genomgår  rsservice och meddelar om ny apparatur som har inköpts. Tekniska enheten testar och godkänner apparaten före den får tas i bruk. Personal som använder apparaterna är skyldiga att meddela om problem förekommer till tekniska enheten. Apparansvariga ansvarar för att obrukbar apparatur avregistreras och att nyanskaffad apparatur registreras i Medusa.

Enhetens fysiker övervakar stråldoser och optimerar stråldoserna tillsammans med röntgenskötarna och radiologerna. Eventuella str lavvikelser registreras och vid behov kontaktas apparatens tillverkare.

Radiologiska enhetens ledningsgrupp planerar anskaffning av ny apparatur i samarbete med röntgeningenjörerna och bedömer n r en röntgenapparat har nått sin livslängd och behöver förnyas. Vid upphandlingen av mindre medicintekniskapparatur  r avtal gjorda från inköpsenheten med leverantörer som Fimea godkänner och dessa apparater finns i

produktutbudet i Fiori. När ny medicinteknisk apparatur anskaffas registreras apparaten i Medusa registret och medicinsk teknik enheten testar och godkänner apparaten före den tas i användning. Vid upphandlingen av röntgenmaskiner överstiger kostnaderna ofta de nationella gränserna och därför kontaktas välfärdsområdets inköpsenhet för att tillsammans göra upphandlingen enligt inköpsdirektivet. Processen görs i mångprofessionellt samarbete där såväl funktioner, stråldoser, säkerhet, användarvänlighet och bildkvalitet beaktas. När apparaten har tagits emot gör röntgeningenjörerna och deltagarna vid upphandlingen en slutgranskning en tid efter att apparaten har installerats. Först när slutgranskningen är gjord och godkänd av alla parter börjar garantitiden.

### **Namn på och kontaktuppgifter till namngiven ansvarig för medicintekniska produkter (enhetens apparatansvarige)**

Marcus Cederberg, apparatansvarig röntgenskötare, 062132472

Matilda Hosiasluoma, röntgeningenjör 062188167

Bo Lind, röntgeningenjör 062188165

### **Informationssystem och informationssäkerhet**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/ tjänsteenhetsen och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Valviras register över informationssystem. Informationssäkerhetsplan för internt bruk i organisationen (intra) har utarbetats för välfärdsområdet 2024. Informationssäkerhetsplanen uppfyller kraven som finns föreskrivna i 77 § i kunduppgiftslagen (703/2024) och i THL:s bestämmelse 3/2024.

ITdirektörerna

är ansvariga för informationssäkerhetsplanen och dess uppdatering.

Informationssäkerhetsplanen granskas en gång om året enligt årsklockan och vid behov i samband med att anvisningar för behandling av personuppgifter eller datasystemet ändras eller uppdateras. 2M-IT tillsammans med experter i Österbottens välfärdsområde följer och utvecklar verkställandet av informationssäkerhetsplanen. IT-direktörerna samt 2M-IT-experten svarar för det praktiska genomförandet av informationssäkerhetsåtgärder. Välfärdsområdets dataskyddsombud ansvarar för det praktiska genomförandet av dataskyddsåtgärder.

Radiologiska enhetens personal lär sig användning av informationssystemen korrekt i samband med enhetens introduktion. Personalen loggar in med sitt personliga yrkeskort.

Patientdatasystemen fungerar enligt personliga profiler som förmannen beställer via 2Mit:s beställningsprogram. Röntgenskötaren och radiologerna arbetar i huvudsak i LIW programmet. Vid behov kan uppgifter sökas i patientjournalen och då antecknas orsaken innan och patienten/ klienten kan via logguppgifter se vem av radiologiska enhetens personal som läst hens uppgifter. Radiologiska enheten har regelbunda möten med 2Mit:s personal för att gå igenom dataprogrammens funktioner och avvikelser och störningar. Personalen uppmanas även rapportera störningar i dataförbindelser eller program via Haipro systemet. Vid allvarliga störningar uppmanas personalen kontakta 2M-it:s servicedesk. På enheten finns uppgjorda föreskrifter hur störningar i dataförbindelserna ska hanteras.

### **Användande av teknologi**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Radiologiska enheten har kameror i väntrummen för att kunna följa med när patienter kommer

till avdelningen. Kvällstid när röntgens anmälningslucka är obemannad följer personalen med vem som rör sig i korridorerna. Inne i undersökningsrummen vid CT och MRI finns övervakningskameror för att kunna se patienterna när de är ensamma inne i undersökningsrummet. Patienterna har även mikrofon och kan kommunicera med personalen eller larma personalen genom att trycka på en knapp. Kamerorna registrerar ingen information. För personalens säkerhet finns personlarm på dect telefonerna. Larmet går till vaktmästarna som ringer upp eller kommer på plats ifall ingen svarar. Radiologiska enheterna på andra orter har avtal med vaktfirma och personalalarm styrs till utomstående vaktbolag. I patienternas toaletter finns alarm som ses inne på avdelningen i manöverrummen och korridorerna.

Service av söndrig apparatur kan leda till förlängda väntetider. På enheten i Vasa finns det ersättande utrustning för nativundersökning, CT undersökningar, magneter, ultraljud, genomlysning eller angiografier. Tandröntgen, bentäthetsmätning och mammografi finns ingen ersättande apparatur vid centralsjukhuset i Vasa. Vid avbrott i servicen kan patienters undersökningar göras på närliggande enheter eller vid privata aktörer. Ifall användningen av apparatur ej är möjlig på andra enheter görs undersökningarna vid Vasa centralsjukhus. Vid ett plötsligt avbrott flyttas akuta undersökningar till Vasa centralsjukhus. Vid en längre störning planerar enhetens ledningsgrupp och enhetens förpersoner hur man undviker oskäligen köer till undersökningar. Vid behov kan avtal med privat aktör eller köp av tjänster från andra välfärdsområden göras.

### 3.10 Läkemedelsbehandling

Varje enhet som verkställer läkemedelsbehandling och handledning i läkemedelsbehandling i Österbottens välfärdsområde ska ha uppdaterad plan för läkemedelsbehandling som beskriver läkemedelsbehandlingen som genomförs i enheten och hur läkemedelsbehandlingen förverkligas. Planen ska vara undertecknad av läkare.

I välfärdsområdet säkerställer alla legitimerade yrkespersoner inom social- och hälsovården samt utbildade yrkespersoner med skyddad yrkesbeteckning som i sitt arbete deltar i genomförande av läkemedelsbehandling sitt kunnande i läkemedelsbehandling. Läkemedelstillståndet förnyas med fem års intervaller. Ansvar för godkännandet av läkemedelsplaner och -tillstånd har delegerats genom chefsöverläkares beslut till särskilt namngivna ansvariga läkare regionalt eller enligt specialområde.

Arbetsenheternas läkemedelsplaner grundar sig på SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling [SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling \(2021: 6\)](#), Österbottens välfärdsområdets handbok om genomförande av säker läkemedelsbehandling (intra) samt anvisningar för olika sektorer och resultatområden. I handboken om säker läkemedelsbehandling beskrivs delområden som påverkar säkerheten och genomförandet av läkemedelsbehandlingen på organisationsnivå, principer samt rutiner och anvisningar genom vilka man strävar efter att garantera medicineringssäkerheten. Handboken styr utarbetandet av planer för enskilda sektorer och arbetsenheter. I handboken beskrivs ansvarsfördelningen i samband med genomförande av läkemedelsbehandling samt minimikrav som arbetstagare som deltar i genomförande av läkemedelsbehandling ska uppfylla.

Enskilda arbetsenheters planer för läkemedelsbehandling utarbetas på välfärdsområdets mall av plan för läkemedelsbehandling. Enheterna uppdaterar planerna för läkemedelsbehandling en gång om året och vid behov oftare om verksamheten i enheten, ansvariga eller lagstiftningen ändras.

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten har utarbetat en läkemedelsplan för enheten som godkänts av enhetens ledande läkare. På enheten är förpersonerna ansvariga för att enhetens personal förnyar kunnandet i läkemedelsbehandling vart femte år och att enhetens läkemedelsplan är uppgjord och uppdaterad och grundar sig på SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling. Planen utarbetas och uppdateras av de röntgenskötare som är utsedda till enhetens läkemedelsansvariga. I läkemedelsplanen finns definierat innehållit i tentamen och hur man på enheten garanterar en säker läkemedelshantering. Innehållet för de praktiska färdigheterna har utarbetats tillsammans med enhetens förman och välfärdsområdets koordinator för läkemedelssäkerhet för att praktiskt motsvara enhetens behov. På enheten får de anställda introduktion till en säker läkemedelsbehandling praktiskt på enheten via enhetens introduktionsprogram i varje undersökningsrum, samt genom att ny personal bekantar sig med enhetens läkemedelsplan vid inledningen av anställningsförhållandet. Förändringar i läkemedelsplanen går igenom på personalmöten. Enhetens läkemedelsansvariga deltar i skolningar och förmedlar kunskap vidare på enheten. Praktiska färdigheterna tas emot av röntgenskötaren som har deltagit i utbildning hur praktiska färdigheterna tas emot och rapporteras. En utskrift av läkemedelsplanen finns på enheterna och på enhetens nätskiva.

### Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Reijo Autio, ledande läkare, 0406703418

### Namn på sjukskötare som ansvarar för verkställandet av läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Rebecca Kjellman, röntgenskötare, läkemedelsansvarig, 06 2132472

Johanna Lindström, röntgenskötare, läkemedelsansvarig, 06 2132472

Leena Sipilä, Biträdande avdelningsskötare, 0404894704

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare, 0407466050

## 3.11 Näring

### ENHETSBESKRIVNING

Berör ej radiologiska enheten

## 3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

I Österbottens välfärdsområde följs lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och Institutet för hälsa och välfärds (THL) anvisningar och rekommendationer. Utgående från dessa har egna anvisningar om hygien och bekämpning av infektioner utarbetats. Dessa anvisningar finns för personalen och tjänsteproducenterna i välfärdsområdets intra och Sharepoint.

Hygiensköterna arbetar tillsammans med välfärdsområdets infektionsläkare som sakkunniga i bekämpning av infektioner i social- och hälsovårdens enheter. Kontaktuppgifterna till hygienskötare som arbetar i välfärdsområdet och deras ansvarsområden finns i välfärdsområdets intra och på [webbsidorna](#).

Infektionsskötare arbetar i social- och hälsocentralerna och ansvarar tillsammans med infektionsläkare för rådgivning för medborgare, skolor och daghem och för utredningsarbetet i samband med smittsamma sjukdomar: <https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/hygien-och-forebyggande-av-infektioner/smittsamma-sjukdomar/>

Enheten ska ha egen namngiven hygienansvarig. Hygienansvarigas roll i arbetsenheterna och deras uppgiftsbeskrivning finns i intra och för privata tjänsteproducenter i Sharepoint.

#### **Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:**

Institutet för hälsa och välfärds (THL). Anvisningar för förebyggande och bekämpning av infektioner: <https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/anvisningar-for-forebyggande-och-bekampning-av-infektioner>

Institutet för hälsa och välfärds (THL). Infektionssjukdomar och vaccinerings: <https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer>

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Anvisningar för tjänsteproducenter](#)

#### **ENHETSBESKRIVNING**

På radiologiska enheten är en röntgenskötare utsedd till hygienansvarig. Hens uppgift är att dela information med personalen från hygienskolningar inom välfärdsområdet. Vid oklarheter kan personal kontakta hygienansvariga. Vid behov ordnas skolningar på enheten av välfärdsområdets hygienskötare. Apparater och rengöring av dem kräver specialmedel. På enheten finns specifika instruktioner vilka medel som kan användas för rengöring och desinficering av utrustning och apparater. Vid introduktionen i varje rum går man igenom vilka medel som kan användas. I patienternas journaler framgår om det finns smittrisk att ta i beaktande. Riskuppgifterna ses automatiskt i LIW som är röntgenpersonalens dataprogram. Röntgenskötarna ansvarar för rengöring av röntgenapparaturen mellan patienterna. Städpersonalen städar undersökningsbord och kringutrustning inne i undersökningsrummen. Rengöring av tangentborden görs av röntgenskötarna. Avdelningsapparat som används i isoleringsrum tvättas av enligt överenskommen praxis utarbetade tillsammans med hygiensakkunniga vid sjukhuset. Handsprit finns tillgänglig i varje undersökningsrum och manöverrum på enheten.

#### **Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig**

Susanne Ehn, hygienansvarig, röntgenskötare, 06213242

Elina Välvainio, sakkunnig hygienskötare, 0403232405

### **3.13 Hälso- och sjukvård**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Berör ej radiologiska enheten

### **3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Berör inte radiologiska enheten

### **3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd**

Österbottens välfärdsområde är registeransvarig för klient-/patientuppgifter i den tjänst som hör till dess organiseringsansvar. Välfärdsområdet/tjänsteenheten ska se till att tjänsteenheten i sin verksamhet följer EU:s allmänna dataskyddsförordning (679/2016) och stadganden i kunduppgiftslagen (703/2023) och instruktioner om behandling av kund- och patientuppgifter och om dataskydd som Österbottens välfärdsområde utarbetat.

Tillvägagångssätt i fråga om välfärdsområdets dataskyddspraxis och behandling av

personuppgifter har beskrivits på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Vår dataskyddspraxis](#) och för personalen i intra (Dataskydd och datasäkerhet). På samma webbplats finns även anvisningar för personalen om hur de ska handla enligt artikel 34 i dataskyddsförordningen (679/2016) i samband med personuppgiftsincidenter (Anmälan om personuppgiftsincident).

Alla välfärdsområdets arbetstagare, studerande och övriga personer som behandlar sekretessbelagda uppgifter i organisationen undertecknar sekretessförbindelse om användning av uppgifter och informationssystem. Tystnadsplikten gäller arbetstagare under och efter anställnings- eller uppdragsförhållandet. Av arbetstagarna förutsätts vidare att de slutför dataskydds- och informationssäkerhetsutbildning. Länk till utbildningen och sekretessförbindelsen finns i Intra (Dataskydd och informationssäkerhet). Plan för informationssäkerhet som upprättats för intern användning i Österbottens välfärdsområde finns i välfärdsområdets intra.

## ENHETSBESKRIVNING

Vid nyanställning undertecknas ett sekretess avtal. Personalen använder yrkeskort för att logga in i patientdataprogrammen. Studerande undertecknar sekretessavtal som skannas in i Dynasty programmet och är i kraft i 2 år innan det förnyas.

Vid behandlingen av registeruppgifter iakttas omsorgsfullhet, och de uppgifter som behandlas med hjälp av datasystem skyddas på tillbörligt sätt. Den personuppgiftsansvariga ser till att uppgifter om registrerade, behörigheter till servrar och andra uppgifter som är avgörande med tanke på personuppgifternas säkerhet behandlas konfidentiellt och endast av de arbetstagare som enligt deras arbetsbeskrivning ska behandla dessa uppgifter. Behandlingen av personuppgifter i patientregistret baserar sig på en vårdrelation mellan patienten och den personal som vårdar patienten eller på något annat sakligt samband. Patientuppgifter får behandlas endast i den omfattning som arbetsuppgifterna och ansvaret förutsätter.

Radiologiska enheten behandlar patientuppgifter till störst del i egna Ris programmet LIW. Radiologiska enhetens personal är i vårdförhållande till patienten, som har remiss till enheten. På enheten förvaras inte dokument (manuellt material) med patientuppgifter i olåsta utrymmen. Patienten har rätt att begära en CD med hens bilder. För ändamålet görs en remiss elektroniskt där det framgår vem som tagit emot begäran och vart CD skickats. Utlämnande av bilder sker mot id-bevis som kunden uppvisar. På enheten finns låsta förvaringskärl som töms en gång per månad och skickas till dokumentförstöring. CD skivor som ska förstöras görs det genom att skada ytan och avlägsna personuppgifter från skivan.

Utlåtandet från radiologiska undersökningar flyttar till Min-Kanta där patienten själv kan se resultatet. Radiologen kan fördröja överflyttningen till Min-kanta arkivet vid behov ifall uppgifternas karaktär kan anses skada patienten.

Personalen informeras om hanteringen av patientuppgifter och vikten av att inte lämna datorer eller utrymmen oövervakade. Personalen uppmanas även anmäla ifall sekretessen äventyras på egna enheten. Behörigheten till patientdatasystemen beställs vid inledningen av anställningsförhållandet och kan vid behov begränsas.

Det är 2Mit som ansvarar för dataskyddet. Personalen är själva ansvariga för att arbeta på ett datasäkert sätt.

Bilder kan på begäran sändas elektroniskt till annan vårdenhet. Bildsändande kräver patientens godkännande. Det skapas en elektronisk remiss för händelsen där patientens lov antecknas och därefter förstörs dokumentet med patientens underteckning.

Utomstående bilder kan föras in i bildarkivet om patienten har ett vårdförhållande vid någon av välfärdsområdets enheter. För att garantera det administreras CD eller datastickan via en remitterande enhet i välfärdsområdet. För att föra in bilderna i bildarkivet krävs en elektronisk begäran av remitterande enheten. I introduktionen av personalen förklaras hur patientuppgifter ska hanteras enligt lagen. På enheten ansvarar ledande läkaren för att behandlingen av patientuppgifter sker enligt lagar och förordningar.

**Namn på och kontaktuppgifter till chef/ansvarig person som svarar för behandlandet av klientuppgifter i tjänstenheten enligt 7 § i kunduppgiftslagen (703/2023) och anvisningar som hänför sig till det.**

Reijo Autio, ledande läkare, 0406703418

**Kontaktuppgifter till Österbottens välfärdsområdets dataskyddsombud och leveransadresser för loggdataförfrågningar**

Välfärdsområdets dataskyddsombud behandlar inkomna loggdataförfrågningar och utredningar. Dataförfrågningarna ska lämnas in skriftligt till adressen:

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud / C.0, Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Dataskyddsombud: Tuija Viitala

Telefonnummer 06 213 1840, e-post: tietosuojavastaava@ovph.fi eller

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud, Dammbrunnsvägen 4, 1. våningen, 65100

Vasa Dataskyddsombud: Anne Korpi

Telefonnummer: 040 183 2211, e-post: dataskyddsombud@ovph.fi

## 4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

### 4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

Riskhanteringsansvar i Österbottens välfärdsområde har beskrivits i välfärdsområdets förvaltningsstadga, verksamhetsstadga och program för egenkontroll. Förfaringssätt i riskhanteringsprocessen och i riskhanteringspraxis har beskrivits i handboken i riskhantering (intra/materialbanken) avsedd för intern användning i organisationen.

Riskhanteringen och -bedömningen är en del av det systematiska utvecklandet av klient-/patientsäkerheten i Österbottens välfärdsområde och normal verksamhet i enheterna. Förutsättningen för riskhanteringen är att ett öppet och tryggt klimat råder i arbetsgemenskapen där både personalen och klienterna/patienterna och deras anhöriga vågar ta upp observationer och missförhållanden i kvaliteten och klient- och patientsäkerheten.

Riskbedömningen görs på enhetsnivå i dagligt arbete och som en del av ledningens beslutsprocess. Förutseende riskbedömning är en del av kontinuerligt utvecklande av verksamheten både på enhetsnivå och regional nivå samt på organisationsnivå. Ledningen och/eller chefen i enheten svarar för att fastställa vilka risker är acceptabla och vilka åtgärder behövs för att sänka riskerna till acceptabel nivå.

Riskprocess indelas i tre delar: operativa och strategiska risker och förändringsrisker. Operativa eller funktionella risker bedöms hela tiden men minst en gång om året gör enheterna en systematisk riskbedömning. För att identifiera funktionella risker har välfärdsområdet skapat en strukturerad riskbedömningsblankett (Kvalitetsportal) som stöd för enheterna. Strategiska risker dokumenteras varje höst i samband med att verksamhetsplanen utarbetas (Opiferus). Strategiska risker är risker som kan hota eller förhindra genomförandet av verksamhetsplanen. Förändringsriskerna är antingen externa eller interna förändringar i verksamheten. De kan stå i samband med projekt eller andra förändringar i verksamheten. Då strävar man efter att göra riskbedömningen redan i planeringsskedet så att riskerna kan minimeras på förhand. Riskbedömningen görs i första hand i den egna enheten tillsammans med personalen.

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enhetens förpersoner har ansvar för att leda riskhanteringen på enheten. De ansvarar för att personalen har tillräcklig kunskap om säkerheten. Riskanalysen baserar sig på inkommen information av personal, patienter och andra enheter och ledningens egna riskbedömningar. Personalen tas med vid uppgörandet av åtgärder. Operativa risker förs in i kvalitetsportalen-Laatuportti och finns till påseende för personalen. Strategiska risker bedöms vid uppgörandet av verksamhetsplanen på enheten och riskerna förs in på hösten i programmet Opiferus. Enhetens chefer bedömer på vilken nivå risker kan godkännas utan att påverka säkerheten för patienter, personal eller vården. Vid uppgörande av åtgärder diskuterar ledningen på enheten och letar fungerande åtgärder tillsammans med personalen. Riskanalyser görs även i strålsäkerhetsarbetet för att identifiera risker i arbetsrutiner och öka strålsäkerheten. Riskanalysen har fokus på strålsäkerheten och ingår i självutvärderingen som enligt lag ska kartlägga alla risker i verksamheten, som kan påverka strålsäkerheten.

## 4.2 Riskhantering, behandling av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten

Egenkontrollen baserar sig på riskhantering där risker och eventuella missförhållanden i tjänst eller serviceprocess bedöms mångsidigt genom att undersöka klient- och patientsäkerheten och den tjänst som klienten/patienten får. Att identifiera riskerna som äventyrar klient- och patientsäkerheten är utgångspunkten för planen för egenkontroll och genomförandet av egenkontrollen. Utan att identifiera missförhållanden kan man inte förebygga riskerna i klient- och patientsäkerheten och systematiskt ingripa i missförhållanden. Välfärdsområdets personal bedömer kontinuerligt den egna verksamheten, hör klienter/patienter och gör observationer i frågor som gäller verksamheten, kvaliteten och klient-/patientsäkerheten samt beaktar klientresponsen när verksamheten utvecklas.

**Program, planer och anvisningar som beskriver och stöder genomförandet av egenkontrollen och riskhanteringen i Österbottens välfärdsområde är bland annat:**

- Österbottens välfärdsområdesstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i välfärdsområdets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets- och resultatområden och resultatenheternas handlingskort för störningar
- Enhetens säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (24/7 enheterna) och handlingskort, säkerhetsinstruktioner

- Informationssäkerhetsplan
- Tillsynsplan
- Delaktighetsplan
- Anvisningar om personalens anmälningsskyldighet
- Vårdsområdets plan för läkemedelsbehandling, planer för läkemedelsbehandling för enskilda verksamhets- och arbetsenheter
- LOVE-handbok
- Etiska riktlinjer
- Verksamhetsprogram för arbetarskyddet
- Personal- och utbildningsplan
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

## ENHETSBESKRIVNING

Riskhanteringen innebär planerade och ansvarsfulla åtgärder för att eliminera eller minimera avvikelser och identifiera risker. Korrigering åtgärder registreras, analyseras, rapporteras och åtgärdernas effektivitet och lämplighet bedöms och ändras vid behov. I kvalitetsportalen registreras risker och åtgärderna. Enhetens verksamhet styrs via många handlingsplaner som eftersträvar att beakta risker ur olika synvinklar. Brister som framkommer diskuteras i ledningsgruppen. Inom ledningsgruppen tas beslut vem som är ansvarig att ingripa och rätt till missförhållanden.

## Väsentliga risker som tjänstenheten/enheten identifierat och metoder som används för att hantera dem

| Risk                                                 | Vilka metoder används för att hantera dem                                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Identifiering av patient inför bildtagning           | Ber patienten säga sin födelsestid muntligt, kontrollerar patientens armband       |
| Personalbrist                                        | Intensifierad rekrytering, samarbete med utbildningsenheter                        |
| Begärd bildtagning av fel sida i remissen            | Frågar patienten, kontaktar remitterande läkare                                    |
| Brandklockor saknas vid Radiologiska enheten vid VCS | Anmälan till fastighetsservice, arbetarskyddsanmälan via haipro                    |
| MRI säkerhetszon i väntrum fattas                    | Utreda ändring av utrymmen, ej möjligt-> fästa uppmärksamhet på säkerhetsrutinerna |
| Evakuering av verksamheten vid krissituationer       | Handlingskort utarbetas av enhetsledningen                                         |

#### 4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

Tjänsteproducenten har skyldighet att underrätta personalen om anmälningsskyldigheten (Tillsynslagen 741/2023, 30 §). Tjänsteproducenten ska underrätta personalen om anmälningsskyldigheten och frågor som hänför sig till den. Instruktioner om hur anmälningsskyldigheten verkställs ska inkluderas i tjänsteenhetens egenkontrollplan som avses i 27 §. Anmälningsskyldigheten för välfärdsområdets personal och instruktionerna om anmälningsskyldigheten finns i intra.

#### Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet (tillsynslagen 741/2023, 29 §)

Tjänsteproducenten ska trots sekretessbestämmelserna omedelbart underrätta Österbottens välfärdsområde/tjänsteanordnaren och tillsynsmyndigheten om sådana missförhållanden som framkommer i tjänsteproducentens egen eller dennes underleverantörs verksamhet och som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten samt om händelser, skador eller tillbud där klient- och patientsäkerheten har äventyrats allvarligt och om andra sådana brister som tjänsteproducenten inte har förmått eller inte förmår åtgärda genom egenkontroll.

En person som ingår i välfärdsområdets/tjänsteproducentens personal eller arbetar med motsvarande uppgifter i ett uppdragsförhållande eller som underleverantör ska trots sekretessbestämmelserna utan dröjsmål underrätta ansvarspersonen för tjänsteenheten eller någon annan person som ansvarar för övervakningen av verksamheten, om hen i sina uppgifter upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård eller hälso- och sjukvård för klienten eller patienten eller upptäcker eller får kännedom om en lagstridighet av annat slag. Den som tagit emot anmälan ska underrätta tjänsteanordnaren eller tjänsteproducenten om saken. Tjänsteanordnaren, tjänsteproducenten och ansvarspersonen ska vidta åtgärder för att avhjälpa missförhållandet eller den uppenbara risken för ett missförhållande eller lagstridigheten av annat slag. Anmälan kan göras trots sekretessbestämmelserna.

Den som tagit emot anmälan ska anmäla och den som gjort anmälan kan trots sekretessbestämmelserna underrätta tillsynsmyndigheten om saken, om missförhållandet eller den uppenbara risken för ett missförhållande eller lagstridigheten av annat slag inte avhjälpas utan dröjsmål. Tillsynsmyndigheten kan besluta om åtgärder på det sätt som föreskrivs i 38 § (741/2023) eller meddela ett föreläggande enligt 39 § för att undanröja missförhållandet. Den som gjort anmälan får inte bli föremål för negativa motåtgärder till följd av anmälan.

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

- HaiPro-systemet (klient- och patientsäkerhetsanmälan, arbetssäkerhetsanmälan, dataskydds-/personuppgiftsanmälan)
- SPro-systemet (anmälan om observerade missförhållanden eller risker för missförhållanden i verkställandet i socialvården).

På anmälningar gjorda i ovan nämnda system verkställs bedömning av risker och i dem dokumenteras utvecklande/korrigerande åtgärder för att undanröja/minska riskerna.

#### I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.

**Barnskyddsanmälan och anmälan om misstanke om brott mot barn (417/2007, 25 §, 12.2.2010/88)**

Arbetstagare som uppges i barnskyddslagen (25 §) har skyldighet att göra barnskyddsanmälan om de i sitt arbete har fått veta om ett barn vars behov av vård och omsorg, förhållanden som äventyrar utvecklingen eller eget beteende kräver utredning av eventuellt behov av barnskydd.

Närmare anvisningar om hur du gör barnskyddsanmälan och anmälan om brott som riktas mot barnet finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: <a href="https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-barn-unga-och-familjer/barnskydd/barnskyddsanmalan/">Barnskyddsanmälan.</a>

### **Anmälan om behov av socialvård (socialvårdslagen 1301/2014, 35 §)**

Om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), eller annan person som nämns i 35 § i socialvårdslagen, i sitt arbete har fått kännedom om en person vars behov av socialvård är uppenbart, ska hen styra personen till att söka socialtjänsten eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för välfärdsområdets socialvård, så att stödbehovet kan bedömas. Om samtycke inte kan fås och personen är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska yrkespersonen utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna. [Anvisning och anmälningsblankett](https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-seniorer/socialarbete-for-aldre/) för bedömning av stödbehov hos person som kommit till socialvården finns på välfärdsområdets webbsidor: <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-seniorer/socialarbete-for-aldre/>

### **Anmälan till räddningsmyndighet om uppenbar brandfara eller annan risk för olycka (räddningslagen 379/2011, 42 §)**

Om välfärdsområdets personal/myndigheter i samband med sin tjänsteförrättning upptäcker eller annars får kännedom om uppenbar brandrisk eller annan risk för olyckor i en byggnad, en bostad eller något annat objekt ska de oberoende av eventuella sekretessbestämmelser underrätta välfärdsområdets räddningsmyndighet om saken (42 §). Anvisningar om hur du gör anmälan och länk till elektronisk anmälningsblankett finns på webbsidorna för räddningsverket i Österbottens välfärdsområde: [Anmälningar till räddningsverket](#).

### **Anmälan om farliga situationer förknippade med produkter (lag om medicintekniska produkter 719/2021, 35 §)**

Om farliga situationer som skett inom social- och hälsovårdsbranschen och som är förknippade med medicintekniska produkter och som har lett eller kunde ha lett till att patients, användares eller annan persons hälsa äventyrats ska alltid skrivas en rapport om tillbud till Fimea (lag om medicintekniska produkter, 35 §). Tillbudsanmälan till Fimea ska göras utan dröjsmål och den kan göras direkt elektroniskt samtidigt med HaiPro-anmälan. När du anmäler ett tillbud direkt genom HaiPro sparas uppgifterna om tillbudet i det elektroniska systemet. Anvisningar om hur du gör anmälan i HaiPro-systemet finns i välfärdsområdets intra (produktsäkerhet).

### **Anmälan om säkerhetsöverträdelse (dataskyddsförordning, 679/2016, artikel 34)**

Personalens handlingsdirektiv för anmälan av personuppgiftsincident till dokumentering finns i intra (anmälan om personuppgiftsincident). Säkerhetsöverträdelsen dokumenteras även i HaiPro-systemet (informationssäkerhet).

### **Anmälan av epidemier och allvarliga infektioner i samband med vård (HARVI)**

Anvisningarna om hur du gör anmälan finns på THL:s webbsidor: [Anmälan av andra epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\)](#).

### **Anmälan om oegentligheter i organisationen (EU:s Whistleblowing-direktiv, 2019/1937; Lagen om skydd för rapporterande personer 1171/2022)**

I Österbottens välfärdsområde finns en intern etisk kanal för anmälan av oegentligheter och

olämplig verksamhet i organisationen. Anvisningarna om hur du gör anmälan och länk till anmälningskanalen finns i välfärdsområdets intra (etisk anmälningskanal).

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enhetens ledning informerar personalen om skyldighet att anmäla missförhållanden och att mera information om skyldigheten finns på intran. Haipro anmälan i farosituationer görs aktivt av enhetens personal och diskuteras på personalmöten. På möten går anmälningar igenom och åtgärder för att undvika upprepningar antecknas i mötesprotokoll. Rapportering om allvarliga farosituationer till myndigheter RFV, Fimea, Räddningsverket (anmälan om uppenbar risk för brand) eller STUK (strålavvikelse) görs av enhetens närchefer eller fysiker. Personalen informeras om möjligheten att göra en anmälan om oegentligheter i organisationen en så kallad whistleblower anmälan och att mera information finns på intran.

### 4.2.2 Anmälningskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

#### Klients, patients eller anhörigs anmälan om negativ händelse

Om fel, missförhållande eller tillbud skett i klients/patients eller anhörigs vård eller tjänst kan klienten/patienten göra anmälan om tillbud på elektronisk blankett på Österbottens välfärdsområdets webbsidor. Anmälningsblanketten finns på välfärdsområdets webbsidor:

<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

#### Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

Österbottens välfärdsområdets samarbetspartners kan lämna extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om allvarlig händelse, missförhållande eller tillbud i välfärdsområdets verksamhet via en webblankett. Anmälningarna styrs till klient- och patientsäkerhetskoordinatorerna samt till kvalitetsdirektören varefter anmälningen behandlas tillsammans med ansvariga personer. Vid behov deltar även övervakningen i utredandet av den farliga händelsen eller missförhållandet.

Anmälningsblanketten finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: <https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

#### Privat tjänsteproducents egenkontrollanmälan

Privat tjänsteproducent (producenter av köptjänster och servicesedelproducenter) ska lämna egenkontrollanmälan om farlig händelse i egen verksamhet på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Privata tjänsteproducentens egenkontrollanmälan](#)

### 4.2.3 Behandling av farliga situationer, brister, missförhållanden och korrigerande åtgärder

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten behandlar missförhållanden och olyckshändelser, farliga situationer och brister som uppstår i verksamheten lite olika beroende på vilken sorts händelse det gäller. Om den farliga situationen kan leda till eller har förorsakat en ökad stråldos åt patienten reds situationen ut med enhetens fysiker. Personalen gör anmälan via en elektronisk blankett. Vid allvarliga incidenter görs en omedelbar anmälan till STUK. Andra farliga situationer anmäls via Haipro programmet och behandlas av enhetens förpersoner eller enhetens serviceansvariga. Anmälningarna följs upp veckovis och utredningen av händelser görs regelbundet tillsammans med berörd personal. Enhetens personal görs delaktiga i hanteringen och målet är att lära sig av händelsen och förhindra att det upprepas. Personalen uppmanas även att anmäla problem som inte ännu lett till en farosituation för att förebygga att händelsen innan det inträffar. Självutvärdering och riskanalys är en del av enhetens strålsäkerhetshandling och syftar till att förebygga och på förhand tänka igenom vilka farosituationer och kartlägga dem och utarbeta

åtgärder för att minimera och eliminera faran. Risker samlas i laatuportti och ansvarspersoner utses för åtgärder.

### Utvecklingsplan för egenkontroll

Brister i kvaliteten på tjänsten och klient-/patientsäkerheten som man upptäckt i tjänsteenhetens/enhetens uppföljning av egenkontrollen och framkomna utvecklingsbehov och åtgärder för att korrigera dem skrivs in i utvecklingsplanen i egenkontrollen. I planen skrivs in också vem som ansvarar (uppgiftsbenämning) för vilka utvecklingsåtgärder och med vilken tidtabellen åtgärderna verkställs. Utvecklingsplanen finns i bilaga 1 i egenkontrollplanen.

## 4.3 Köptjänster och underleverans

Välfärdsområdena ska på grundval av sitt organiseringsansvar fortlöpande styra och övervaka de privata tjänsteproducenterna och deras underleverantörer när tjänster produceras (tillsynslag 741/2023, 24 §, lag om välfärdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst säkerställer Österbottens välfärdsområde i konkurrensutsättningsskedet innehållet i, kvaliteten på samt klient- och patientsäkerheten i tjänster som produceras som underleverans/köptjänst eller i servicesedelproducenternas godkännandeprocess eller i tjänster som skaffas som direktupphandling när avtal ingås. Beställaren svarar för att kontrollera att tjänsteproducenten uppfyller kraven enligt beställaransvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

Tjänsteinnehavare som ansvarar för avtalet följer och övervakar att tjänsteproducenten följer avtalet och uppfyller sitt tjänstelöfte och att man utan dröjsmål reagerar på respons som erhållits av klienterna och personalen på det sätt som responsen kräver. Även förfaranden för att säkerställa säkerhetskunnandet och uppföljningen av verkställandet är en del av den egenkontroll beställaren genomför. Anvisningar om avtalshantering, upphandlingar och reklamationer finns i välfärdsområdets intra.

### ENHETSBESKRIVNING

Tjänsteleverantörer ska förse den upphandlande myndigheten med nödvändig information om personalens kvalifikationer och utbildning. Den upphandlande myndigheten kan till exempel begära in handlingar som rör yrkeskvalifikationer. Tjänsteleverantören måste ha en plan för att upprätthålla och utveckla personalens kompetens och den upphandlande myndigheten bör informera om detta. I tjänsteleverantörens egenkontrollplan ska redogöra för hur patientsäkerheten säkerställs. På radiologiska enheten upphandlas dikteringstjänster och konsulttjänster. Distansdikteringen övervakas via regelbundna samarbetsmöten. Via upphandlingen säkerställs kraven på tjänsteleverantören som övervakas och kontraktet är en viktig del i samarbetet mellan beställaren och tjänsteleverantören. Tjänsteleverantören ska informera om säkerhetsavvikelser och vilka åtgärder som vidtagits.

## 4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

Österbottens välfärdsområde beaktar i sin riskhantering skyldigheter som gäller beredskapen och kontinuiteten i tjänsterna både i egen verksamhet och när välfärdsområdet skaffar tjänster av en annan tjänsteproducent. Som en del av kontinuitetshanteringen säkerställs klient- och patientsäkerheten även i eventuella störningssituationer och undantagsförhållanden (Statsrådets förordning om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården 308/2023; räddningslag 379/2011; beredskapslag 1552/2011).

I fråga om välfärdsområdets tjänsteproduktion ansvarar verksamhetsområdesdirektörerna för beredskapen och planeringen av beredskapen (Förvaltningsstadgan, § 104). Uppgiften för

personerna som ansvarar för resultatområdena är att utveckla viktiga processer inom sitt ansvarsområde tillsammans med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna (Förvaltningsstadgan § 43). Hit hör också beredskap och planering av beredskap varför ansvarig för resultatområdet handledt av verksamhetsområdesdirektören och resursdirektören ansvarar för att producera beredskapsplan för sitt resultatområde. Verksamhetsområdena kan ändå överföra befogenheten som ålagts dem vidare till underställda aktörer. Det här gäller även uppgifter förknippade med beredskap men med förutsättningen att de som fått dessa uppgifter och/eller denna befogenhet inte kan överföra dem vidare.

Genom beredskapsplanering och utgående från riksomfattande och regional riskbedömning samt från välfärdsområdets riskbedömning skapas en hanteringsmodell för störningssituationer genom vilken man säkerställer ledningssystemet och strategimodellen för att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna. Välfärdsområdets beredskapsplan består av en allmän del, beredskapsplaner för verksamhets- och resultatområden samt av tilläggsplaner som bland annat katastrofplan, pandemiplan, beredskapsplan för jodtabletter vid strålningssolyckor och nedfall samt evakueringsplan för flyttning av befolkning i en region. Resultatenheternas säkerhetsplaner och handlingskort för störningssituationer kompletterar planeringen av beredskapen.

I välfärdsområdet utarbetar varje enhet egen säkerhetssida. Säkerhetssidan innehåller enhetens säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (de enheter som har lagstadgad skyldighet till det), räddningsplan för fastigheten (fastighetsägaren utarbetar), handlingskort och andra säkerhetsanvisningar som behövs i enheten. Särskild räddningsplan finns inte i enheterna. Uppgifterna på säkerhetssidan uppdateras alltid när ändringar sker i verksamheten/utrymmena.

Välfärdsområdets arbetstagare deltar minst vart 5. år i en utbildningsdag om säkerhet. Alla i enheten deltar varje år i säkerhetspromenaden som enhetens chef och kvalitets- och säkerhetspersoner ansvarar för.

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enheten gör riskbedömning vid ändringar i verksamheten. Riskbedömningen är ett redskap för att garantera kvaliteten på tjänsterna även i störningssituationer. Välfärdsområdets handlingsplaner och handlingskort ligger som grund för utarbetandet av enhetens egna specifika handlingskort. Förmännen ansvarar för planeringen av enhetens beredskap vid olika störningssituationer. Enhetens säkerhetsansvariga ordnar regelbundna säkerhetsvandringar på enheten för att garantera att personalen har kunskap om enhetens plan och kan handla enligt planen vid brand- och störningssituationer och undantagsförhållanden. Tillsammans med akuten ordnas regelbundet gemensamma traumasimulationer.

Biträdande avdelningssköterskan följer upp att alla i personalen deltar i säkerhetsvandringen årligen och att enhetens personal deltar i säkerhetsskolningen som ordnas i välfärdsområdet åtminstone en gång per fem år. Radiologiska enheten är beroende av elförsörjningen för att klara verksamheten. På centralsjukhuset är kritisk apparatur ansluten till reservlaggregat. Ifall patientdatasystemet är ur funktion klarar enheten vid Vasa centralsjukhus att producera bilder och ge utlåtanden enligt planeringen.

Enheten följer de föreskrifter som finns på intran om gassäkerhet, brandsäkerhet och olika hotsituationer. Radiologiska enheten har verksamhet där släckningsarbetet är utmanande och kräver specialkunnande. För att klara släckningsarbete vid magneten görs planerad genomgång med räddningsverket på plats. Enhetens evakueringsplan kräver genomgång av vilken bildtagning som kan skötas på andra ställen och hur det ordnas i en katastrofsituation. Kriskommunikationen sker via Dect, Virve, Secapp system. Enhetens kommunikation är kritisk mellan remitterande enheter och röntgen. På enheten finns en katastrofplan dagtid och jourtid

för hur personalen ska hantera situationen och ansvarsfördelningen. Vid ökad belastning finns planer för hur personal kallas in till enheten. Dessa går igenom med personalen vid möten och vid introduktionen.

### **Namnet på personen som ansvarar för tjänsteenhetens beredskaps- och kontinuitetshantering och beredskaps- och kontinuitetsplan**

Reijo Autio, ledande läkare

Margaretha Ståhl avdelningsskötare

## **5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING**

### **5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering**

Om risker i välfärdsområdets verksamhet och egenkontroll rapporteras regelbundet till välfärdsområdets ledningsgrupper samt till sektionen för intern kontroll och riskhantering och styrelsen. I enlighet med riskhanteringspolitiken ska man ingripa i identifierade risker med olika metoder i riskhanteringen. Även när beslut fattas ska man beakta de risker som lyfts fram i förhandsbedömningen av effekterna och aktivt följa hur riskerna utvecklas.

#### **ENHETSBESKRIVNING**

I Verksamhetsplanen i Opiferus ställs enhetens mål och mätare av kvaliteten upp.

I enhetens ledningsgrupp följs mätare upp och korrigerande åtgärder görs vid behov.

Enhetens mätare 2025 :

Nöjda kunder. Mätare kundnöjdhet över 70 i Roidu, kösituation

Kostnadseffektiv verksamhet: antal verksamhetspunkter, kostnader för konsultverksamhet.

Mätare: Väntetid till akut undersökning under 3 timmar,

Mätare: Väntan på akuta utlåtanden under 2 timmar.

Nöjd personal:

Mätare: rekommendationsmätaren stigande

Mätare: antal obesatta vakanser

Mätare: sjukfrånvarodagar

Målen följs upp i ledningsgruppen och förpersonerna rapporterar vidare till verksamhetsområdets chefer.

Riskhanteringsmetoderna följs upp via antal haipro och anmälningar av nära ögat händelser/händelser som verkligen skett och strålavvikelser. Haipro anmälningarna och åtgärderna följs upp och ses av ledningen. Strålavvikelserrapporten sänds till STUK och ledningen till kännedom.

Likaså auditeringsrapporterna.

I laatuportti kan välfärdsområdets ansvarspersoner följa med att enheterna har gjort de rapporter som enligt lag bör finnas. Uppdateringarna ses också i laatuportti.

### **5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs**

Ansvariga personen i tjänsteenheten/enheten och hens personal har skyldighet att handla i enlighet med egenkontrollplanen och aktivt följa hur planen genomförs. Det handlar om att kontinuerligt och regelbundet kontrollera kvaliteten på tjänsterna som produceras och klient- och patientsäkerheten. Om brister upptäcks i verksamheten ska enheten vidta korrigerande åtgärder för att avhjälpa saken.

Tjänsteenheten (resultatområdet) utarbetar med fyra månaders intervaller (perioderna 1.1.-31.4, 1.5.-31.8, 1.9.-31.12) en **uppföljningsrapport** om hur planen för egenkontroll och egenkontrollen genomförs och korrigerande åtgärder som förutsätts i den. Uppföljningsrapporten publiceras på

välfrädsområdet webbsidor: [Egen kontroll](#) samt i tjänstenheten i samband med planen för egenkontroll.

Resultat/verksamhetsenheterna som hör till tjänstenheten (dvs. ifrågavarande resultatområde) bedömer och följer hur egenkontrollen genomförs i enheten och utarbetar med fyra månaders intervaller en plan för utveckling av egenkontroll som uppdateras enligt i kontrollen upptäckta korrigerings- och utvecklingsbehov. Utvecklingsplanen finns som bilaga till egenkontrollplanen som resultat/verksamhetsenheten utarbetat.

## ENHETSBESKRIVNING

Radiologiska enhetens förpersoner och verksamhetsområdets ledning följer upp att egenkontrollen är gjord och att planen verkställs.

SHQS riskanalys och uppgjorda planer för att minska eller eliminera riskerna följs upp i verksamhetsberättelsen varje höst. Där emellan är det enhetens ledning som följer kontinuerligt upp planen och gör korrigeringar åtgärder vid behov.

På enheten informeras personalen om enhetens mål och modalitetsansvariga utvecklar verksamheten och följer upp kvaliteten inom sitt område för att uppnå enhetens mål. Förändring i verksamheten tas i beaktande och målen uppdateras vid årets slut.

Enhetens serviceansvariga uppdaterar egenkontrollplanen en gång per år tillsammans med enhetens ledning.

## 6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer

30.6.2025 Version 1

**Ansvarspersonens underskrift och godkännande**

Reijo Autio, ledande läkare

Margaretha Ståhl, avdelningsskötare