

# Tuottavuuden parantaminen terveydenhuollossa – TUOTTAVUUSOHJELMA PIRKANMAALLA

Työryhmän loppuraportti

Hallitus 23.2.2009



**PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI**

Yhdessä terveyttä

## Sisällys

Sivu

1.	TAUSTA .....	3
1.1.	Toimeksianto ja tavoitteet .....	3
1.2.	Tehtävän rajaus .....	3
1.3.	Keskeiset käsitteet .....	3
1.4.	Aikataulu .....	4
2.	ORGANISOINTI .....	5
2.1.	Työryhmä .....	5
3.	TYÖSKENTELYTAPA .....	5
3.1.	Työvaliokunta.....	6
3.2.	Asiantuntijaseminaari.....	6
3.3.	Työryhmän kokoukset ja työseminaarit .....	7
3.4.	Aihealueiden valinta ja valmistelu .....	7
4.	OSARAPORTIT .....	7
4.1.	Kalliit hoidot .....	7
4.2.	Suurten volyymien potilaat .....	9
4.3.	Ikäihmisten terveydenhuolto sekä hoivapalvelut .....	10
4.4.	Päällekkäiset toiminnot .....	12
4.5.	Ensihoito ja päivystys.....	14
4.6.	Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittäminen .....	16
4.7.	Kannustava palkkaus ja palkitseminen.....	18
4.8.	Johtajuuden parantaminen .....	21
4.9.	Työterveyshuollon vaikutus tuottavuuden parantamiseen .....	22
4.10.	Terveyden edistäminen .....	24
5.	TUOTTAVUUSOHJELMA .....	27
5.1.	Suurten volyymien sekä kalliita hoitoja tarvitsevien potilaiden hoito .....	28
5.2.	Ikäihmisten terveydenhuolto sekä hoivapalvelut .....	29
5.3.	Päällekkäiset toiminnot .....	30
5.4.	Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittäminen .....	31
5.5.	Johtajuus ja palkitseminen .....	32
6.	TUOTTAVUUSOHJELMA JA TUOTTAVUUDEN KRITTEERIT.....	33
7.	TUOTTAVUUSOHJELMAN AIKATAULU, TOIMEENPANO, SEURANTA JA KEHITTÄMINEN .....	35
8.	TIEDOTTAMINEN .....	36

## 1. TAUSTA

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintasuunnitelmiin on vuodesta 2006 lähtien sisältynyt tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen. Toimenpiteet ovat kohdistuneet pääosin sairaanhoitopiirin rakenteisiin, prosessien parantamiseen, henkilöstön kehittämiseen ja sisäisten toimintojen uudistamiseen. Stakesin hoitotoiminnan tuottavuushankkeen mukaan menojen kehitys vuosina 2000 – 2005 on ollut varsin samankaltaista kaikissa yliopistosairaaloissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tarvevakioidut kustannukset ovat kasvaneet kyseisenä ajanjaksona hieman muita nopeammin eli 16 prosentilla.

Syksyn 2007 palkkaratkaisut aiheuttavat tuleville vuosille muiden kustannustekijöiden ohella terveydenhuollon kustannusten nousupaineen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien tilaajarenkaiden pääneuvottelijoiden kanssa käydyssä palveluiden hinnoitteluneuvottelussa esitettiin toive käynnistää kokonaisvaltainen terveydenhuollon tuottavuusohjelman valmistelu Pirkanmaalla. Myös kunnallisjohtajat kannattivat esitystä.

### 1.1. Toimeksianto ja tavoitteet

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus perusti 14.12.2007 työryhmän valmistelemaan terveydenhuollon tuottavuusohjelmaa Pirkanmaalle. Työryhmän tehtävänä oli tehdä ehdotuksia käytännön toimenpiteistä terveydenhuollon tuottavuuden parantamiseksi ottaen huomioon sosiaalihuollon palvelut Pirkanmaan terveydenhuollossa. Ehdotukset tuli tehdä niin, että sairaanhoitopiiri ja kunnat sekä perusterveydenhuollon toimintayksiköt voivat lähteä toteuttamaan niitä vuonna 2008 ja ottaa huomioon vuoden 2009 toiminta- ja taloussuunnitelmia valmisteltaessa. Loppuraportin luvussa 5 on esitetty konkreettiset toimenpide-ehdotukset aihealueittain tuottavuuden parantamiseksi ja luvussa 7 on suunnitelma näiden toimenpide-ehdotusten toimeenpanosta, seurannasta ja koordinoinnista.

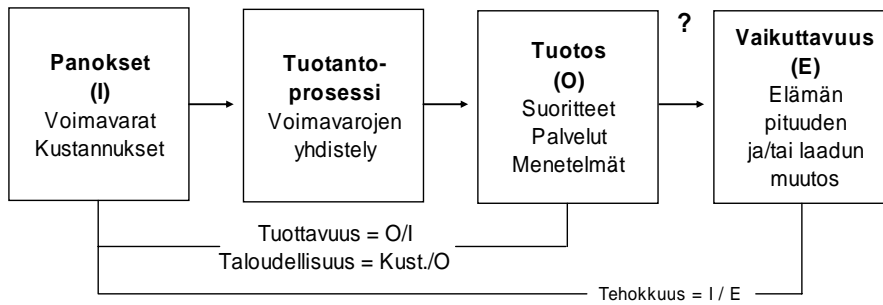
### 1.2. Tehtävän rajaus

Työskentelyssä tarkastelunäkökulmana oli kokonaisuus. Rakenneratkaisuja ei käsitelty, koska terveydenhuoltolaki ei ehtinyt valmistua tämän työn kuluessa. Sosiaalihuollon palveluita sivuttiin tarkasteltaessa ikäihmisten terveydenhuoltoa sekä hoivapalveluita.

Raportti on asiantuntijoiden toiminnallinen näkemys ja suositus tuottavuutta parantaviksi toimenpiteiksi. Tästä syystä raporttiin ei ole sisällytetty toimenpiteiden tuottavuuspotentiaalia koskevia laskelmia.

### 1.3. Keskeiset käsitteet

Terveydenhuollon tuottavuuden tarkastelussa käytettävät keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet on esitetty seuraavassa kuviossa.



Lähde: Sintonen H. ja Pekurinen M. (2006): Terveystaloustiede. WSOY 2006.

Tuottavuus on toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten (kustannusten) suhde O/I. Kokonaistuottavuudesta puhutaan, kun otetaan huomioon kaikki toiminnassa käytetyt panokset. Perinteisesti tuottavuutta lasketaan reaali-prosessiin kuuluvilla fyysisillä yksiköillä (kappalemäärät, työ- ja muut tuotantontekijäpanokset). Panokset voidaan ilmaista myös yhteismitallisesti rahana, jolloin kokonaistuottavuus (O/I) ja taloudellisuus (Kust/O) kuvaavat samaa asiaa toistensa käänteislukuina.

Terveystaloudessa tuottavuuskeskustelua vaikeuttaa se, että toiminnan tuotosten ja niiden terveysvaikutusten välinen suhde ei ole yksiselitteinen. Tuottavuuden ja vaikuttavuuden / tehokkuuden suhteesta tiedetään todellisuudessa melko vähän. Kunnissa käytetään lisäksi yleisesti myös tuloksellisuuden käsitettä, joka pitää sisällään sekä tehokkuuden, laadun että vaikuttavuuden elementtejä.

Tässä hankkeessa käsitteellisiin ongelmiin otetaan käytännön tarpeista nouseva näkökulma. Tuottavuuden kasvu tarkoittaa sitä, että saadaan enemmän tuotosta suhteessa panoksiin ja tehokkaampi toiminta sitä, että saadaan entistä parempia tuloksia ja vaikutuksia suhteessa panoksiin. Strategisen johtamisen ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa ohjaavan etiikan kautta resurssien käyttö kohdistetaan oikeisiin eli vaikuttaviin asioihin. Pääsääntöisesti toiminnan tuottavuus ja tehokkuus kulkevat käsi kädessä.

Raportin luvussa 3.2. esitetään tuottavan organisaation tunnusmerkistö operationalisoituna asiantuntijaesitelmien pohjalta.

#### 1.4. Aikataulu

Asettamispäätöksen mukaan työn olisi tullut valmistua 30.6.2008 mennessä. Työn edetessä todettiin, että käsiteltävänä olleiden aihealueiden selvittely vaatii pitemmän ajan ja aikataulu jatkettiin syksyyn 2008.

## 2. ORGANISOINTI

Tuottavuusohjelman laatimisesta vastasi sairaanhoitopiirin hallituksen nimeämä työryhmä. Työryhmässä on laaja edustus Pirkanmaan terveydenhuollosta, kunnallisjohdosta, Tampereen kaupungilta ja sairaanhoitopiiristä. Työryhmällä oli oikeus kutsua asiantuntijajäseniä ja kuulla asiantuntijoita.

### 2.1. Työryhmä

Työryhmän puheenjohtajaksi nimettiin sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen ja varapuheenjohtajaksi johtaja Juha Yli-Rajala. Asiantuntijasihteereiksi nimettiin laskentapäällikkö Kristiina Michelsson ja talousjohtaja Alpo Karila.

Työryhmän kokoonpano oli seuraava:

Nimi	Virka-asema	Taho, mitä edustaa
Ihalainen Rauno	sairaanhoitopiirin johtaja	PSHP, työryhmän puheenjohtaja
Yli-Rajala Juha	johtaja	Tampere, työryhmän varapuheenjohtaja
Aalto Pirjo	hallintoylihoitaja	PSHP
Herrala Jaakko	hallintoylilääkäri	PSHP
Lehto Matti	johtajaylilääkäri	PSHP
Lehtomäki Erkki	tilaajapäällikkö	Tampere
Löfgren Tuuli	johtava ylilääkäri	Kangasala / Kangasalan seudun tilaajarengas
Marjamäki Tarja	perusturvajohtaja	Nokia / Kehyskuntien tilaajarengas
Mäkinen Sari	ylilääkäri	Orivesi
Nojonen Kaija	toimialuejohtaja	PSHP
Nokso-Koivisto Pekka	ylilääkäri	Hämeenkyrö / Kolmostien tilaajarengas
Rahikkala Markku	kaupunginjohtaja	Nokia
Salli Paavo	kaupunginjohtaja	Vammala / Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas
Saloranta Kalevi	ylilääkäri	Virrat / Ylä-Pirkanmaan tilaajarengas
Vaalo Jorma	johtava ylilääkäri	Valkeakoski / Etelä-Pirkanmaan tilaajarengas
Karila Alpo	talousjohtaja	PSHP, työryhmän asiantuntijasihteeri
Michelsson Kristiina	laskentapäällikkö	Tampere, työryhmän asiantuntijasihteeri
Korkka Liisa	suunnittelija	PSHP, työryhmän tekninen sihteeri

Työryhmä kutsui pysyviksi asiantuntijajäseniksi sairaalan johtaja Juha Räsäsen Hatanpään sairaalasta, lääninlääkäri Maarit Varjonen-Toivosen ja sairaanhoitopiirin yhteistyötoimikunnan nimeämän henkilöstön edustajan, pääluottamusmies Marjut LcLeanin.

## 3. TYÖSKENTELYTAPA

Työskentelyn pohjaksi koottiin laaja aiheeseen liittyvä aineisto ja järjestettiin asiantuntijoiden kuuleminen aloitusseminaarin muodossa. Työskentelyä jatkettiin työryhmän kokouksissa, joihin asiat valmisteli sekä työvaliokunta että eri aihealueille nimetyt vastuuhenkilöt ja pientyöryhmät.

### 3.1. Työvaliokunta

Työryhmä perusti selvitystyön sujuvaa etenemistä ja kokousten valmistelemista varten työvaliokunnan, johon kuuluivat sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen (pj), hallintoylilääkäri Jaakko Herrala, talousjohtaja Alpo Karila, laskentapäällikkö Kristiina Michelsson, ylilääkäri Sari Mäkinen ja suunnittelija Liisa Korkka (siht.).

### 3.2. Asiantuntijaseminaari

Työskentely aloitettiin järjestämällä asiantuntijaseminaari, johon kutsuttiin puhujiksi maan parhaita asiantuntijoita terveydenhuollon tuottavuuden eri osa-alueilta. Aiheet ja asiantuntijat olivat seuraavat:

Käsitteet ja terveydenhuollon tutkimus

- Professori Pekka Rissanen, Tampereen yliopisto

Henkilöstövoimavarojen käyttö

- Työmarkkinajohtaja Markku Jalonen, Kunnallinen työmarkkinalaitos

Toimintaprosessit terveydenhuollossa

- Professori Paul Lillrank, Teknillinen Korkeakoulu

Julkinen talous

- Neuvotteleva virkamies Raili Mäkitalo, Valtiovarainministeriö

Perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut

- Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja Eero Vaissi, Raision kaupunki

Erikoissairaanhoito

- Johtava ylilääkäri Jorma Lauharanta, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Asiantuntijaseminaarin anti tiivistettiin seuraaviin tuottavuuden kriteereihin. Tuottavassa organisaatiossa:

- toiminnot on standardisoitu ja tuotteistettu, niitä mitataan ja vertaillaan kilpailutilanteissa tai benchmarkkaamalla (Lillrank, Mäkitalo, Vaissi, Lauharanta, Rissanen),
- vallitsee yhteinen tahto, motivoitu tuottavuus, palkka riippuu osaltaan tuottavuudesta (Jalonen, Mäkitalo),
- arvoketjut ovat selkeät ja arvoa tuottamaton ajankäyttö minimoitua (Lillrank, Lauharanta),
- prosessit on analysoitu, kapasiteetin ja tilojen käytössä tehdään tehostamistoimia yhdistettynä teknologian hyödyntämiseen (Lillrank, Mäkitalo, Lauharanta),
- prosessit on rakennettu rajapintojen yli kokonaisuuksiksi osaoptimoinnin välttämiseksi (Vaissi),
- organisaation kulttuuri ja johtaminen ovat tuottavuutta, innovaatioita ja uusia toimintatapoja edistäviä (Mäkitalo, Lauharanta, Jalonen, Rissanen),
- henkilöstövoimavarat ja osaaminen ovat laaja-alaisesti hyödynnettyjä, yhteistyö toimii ja työnjako on selkeää (Mäkitalo, Jalonen),

- erittäin kalliiden potilaiden hoito on johdettu tarkasti (Lauharanta),
- päivystysjärjestelmä toimii tuottavasti. (Lauharanta)

### 3.3. Työryhmän kokoukset ja työseminaarit

Työryhmä piti yhdeksän kokousta ja yhden työseminaarin, minkä lisäksi järjestettiin puolen päivän pituinen seminaari kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajille.

### 3.4. Aihealueiden valinta ja valmistelu

Tuottavuusohjelman laatimiseksi työryhmä valitsi asiantuntijakuulemisten ja keskustelujen jälkeen kymmenen eri aihealuetta, joiden kautta voidaan parantaa tuottavuutta terveydenhuollossa. Aihealueista tehtiin selvitykset, joista laaditut osaraportit on esitetty luvussa 4.

## 4. OSARAPORTIT

Osaraportit on laadittu seuraavista aihealueista:

- Kalliit hoidot
- Suurten volyyymien potilaat
- Ikäihmisten terveydenhuolto sekä hoivapalvelut
- Pällekkäiset toiminnot
- Ensihoito ja päivystys
- Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittäminen
- Kannustava palkkaus ja palkitseminen
- Johtajuuden parantaminen
- Työterveyshuollon vaikutus tuottavuuden parantamiseen
- Terveyden edistäminen

### 4.1. Kalliit hoidot

*Työryhmä: ylilääkäri Pekka Nokso-Koivisto, toimialuejohtaja Kaija Nojonen ja johtava ylilääkäri Tuuli Löfgren*

#### Aiheen ongelmakuvaus

Kalliita hoitoja saavien potilaiden osuus on pieni, mutta kustannusvaikuttavuus on merkittävä. Erikoissairaanhoidon kalliit, tässä tarkastelussa yli 80 000 € maksavat, hoidot kasaantuvat voimakkaasti. Kahden vuoden seurannassa noin promille Pirkanmaan asukkaista käyttää kymmenen prosenttia piirin palveluiden kustannuksista. Kalliit hoidot eivät näyttäisi kohdistuvan yksittäisiin sairauksiin, vaan potilaisiin, joilla on vakava sairaus ja liittännäissairauksia joko perussairauden komplikaationa tai erillisenä. Toisaalta kustannuksiltaan kalliina voidaan pitää tuloksettomia hoitoja, joihin uhrataan pienikin resurssi (M.Kekomäki). Resursseja tässä ryhmässä vievät erityisesti hoitoon johtamattomat laajat tutkimukset.

Selvitystyön tehtävänä oli hakea ehdotuksia seuraaviin aihepiireihin:

- kokonaisarvioinnin merkitys kalliista hoidoista päätettäessä
- hoivapotilaiden hoito
- vastuutus eri osa-alueilla

## Aiheen selvittely

Kunnan näkökulmasta kalliit hoidot jaetaan yhtäältä erikoissairaanhoidon tarkoittamaan kalliiseen hoitoon ja toisaalta kalliiseen pitkäaikaishoitoon sekä hoivapalveluihin. Jälkimmäisellä tarkoitetaan kokonaiskustannuksia, jotka kunnalle kertyvät pitkäaikaisesta laitospotilaan hoidontarpeesta. Kansainväliset vertailut ovat osoittaneet, että Suomessa on tapana sijoittaa laitoksiin ja käyttää erikoissairaanhoidon palveluja sekä iäkkäiden että psykiatristen potilaiden hoidossa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ja selkeästi Euroopan keskiarvoa enemmän.

Arvio potilaan hoidon kalleudesta on annettavissa suhteessa tuloksellisuuteen ja vaihtoehtoihin – ei tuottavuuteen. Tuottavuusmittarit toimivat vertailtaessa erityyppisiä tautikohtaisia hoitoja. Kalliiseen hoitoon pätee sama kuin huokeaan: vasta kun toiminnan kohde on varmasti valittu vaikuttavasti (ts. allokatiivisesti tehokas toiminta) ja hoito on toteutettu siten, ettei osa kustannuksista synny vasta hoidon päätyttyä, voidaan alkaa puhua huokeasta hoidosta ja sittenkin varovasti (Kekomäki 2000, Duodecium). Tällainen ote on käytännöllinen, suunnitelmaa ja tavoitetta korostava, tutkimukset ja toimenpiteet tulee kohdistaa suuntaan, jolla voidaan olettaa jollakin varmuudella olevan vaikutusta kulloinkin hoidettavaksi valitun potilaan tilaan.

Sairastaminen, yhteiskunnan arvot, noudatettu terveystalitiikka, hoitokulttuuri ja –tarjonta säätelevät palvelutarvetta ja kysyntää. Erityisesti kalliiden hoitojen ja tutkimusten kohdalla on keskeistä punnita, kohdistetaanko voimavarat ja taloudelliset resurssit tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti? Nykyiset diagnoosikohtaiset hoitosuositukset johtavat tuottaviin prosesseihin ja osaoptimointiin, kun potilas pilkotaan sairauksiksi ja hoidon tuloksia arvioidaan tautikohtaisesti. Moniongelmaisen potilaan kokonaisuus jää vaille hallintaa. Aiheutetaanko toiminnan seurauksilla terveydenhuollolle jossakin toisessa yksikössä lisäkustannuksia? Lillrank (2008) korosti kalliiden hoitojen ja potilaiden hallintaa projektiorganisaation avulla. Moniongelmaisen ja kalliin potilaan vaikuttavassa ja laadukkaassa hoidossa tarvitaan korkeaa ammattitaitoa ja yksilöllistä harkintaa.

## SUOSITUKSET

1. Kalliit potilaat tulee keskittää senioreille, ts. että seniorit eivät keskity ainoastaan hallintoon tai ammatillisesti haastaviin potilaisiin. Oppineisuutta ja kokemusta vaaditaan myös kalliiden potilaiden hoidon taloudellisesti merkittävässä päätöksenteossa. Onnistuneet päätökset kalliista hoidosta ja sen seurauksena syntyvä projekti vaativat ammattitaitoisen ja oppineen vetäjän, jolle on kertynyt kokemusta arvioida päätöksenteon seurauksia erilaisissa tilanteissa.
2. Kalleimmat psykiatriset hoidot kohdistuvat kroonisiin psykoosi-, persoonallisuushäiriö- ja kaksoisdiagnoosipotilaisiin. Hoidon tavoitteena on kohtuullisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen voimien ylläpitäminen. Kysymys on vuosien panos-tuotos-tasapainottelusta kohtuullisen elämän saavuttamiseksi. Potilaan hoidon porrastuksessa tulee arvioida tarkoituksenmukainen hoitopaikka, tutkia mahdollisuutta järjestää riittävä hoito kuntien omana toimintana ja vastuuttaa se joko nimetylle erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon lääkärille.
3. Missä vaiheessa, mihin normiin perustuen hoivapotilas jää pysyvästi laitokseen? Millainen potilas on vielä kotiutettavissa tai hoidettavissa avohoidossa? Hoivatasoisten potilai-



den kohtuullisesta laitoshoidon ottamisen vaiheesta, uloskirjoittamiskäytännöistä ja hoidon tasosta tulisi yhtenäisesti sopia. Pitkäaikaissairaana oikean hoitopaikan valinta tulisi keskittää ammattilaisille, välttää laitosmaisia stabiileja ratkaisuja ja ennen kaikkea tukea kotona asumista.

4. Kirurgiset toimenpiteet vaativat yleensä lyhytkestoisia hoitoja eivätkä ole sinänsä kalliita. Leikkauskelpoisuuden arviointi, potilaan mahdollisuudet hyötyä toimenpiteestä ja enuste tulisi harkita eikä unohtaa mahdollisia jatkokuluja. Toimenpidepäätökset tulee alistaa osaksi potilaan tilan kokonaisarviota. Laitoshoitopotilaalla merkittävän toimenpiteen tavoitteena tulee olla toimintakykyasteen paraneminen tai kivun hallinta.
5. Onnistuessaan parantavat syöpähoidot eivät ole kalliita. Kalliiksi tulee kroonisesti sairaan pitkittyvä palliatiivinen ja saattohoito. Kalliita ovat myös potilaat, joille kallis hoito ei auta. Kysymys on luonteeltaan normatiivinen. Teemmekö kaiken, mitä on tehtävissä vai kaiken, mitä on kohtuullista odottaa? Hoito tulee porrastaa ja vastuuttaa selkeästi syöpäklinikan ja perusterveydenhuollon kesken.

## 4.2. Suurten volyymien potilaat

*Työryhmä: johtava ylilääkäri Jorma Vaalto ja tilaajapäällikkö Erkki Lehtomäki*

### Aiheen selvittely

Suurten volyymien potilasryhmiä sairaanhoitopiirin osalta tarkasteltiin aineistolla, johon otettiin 1.8.2007 – 31.7.2008 väliseltä ajalta diagnoosit, joissa on ollut yli 3000 käyntiä tai hoitajaksoa. Suurimpina ryhminä nousivat esille syöpäsairauksien sädehoitokäynnit, dialyysit, sepelvaltimotauti, masennus, synnytys, eteisvärinä ja unihäiriöt. Perusterveydenhuollossa Pirkanmaalla on päättymässä ICPC-pohjainen käynnin syiden tilastointiseuranta, josta tulokset saadaan vuoden loppuun mennessä. Aiempien otantaselvitysten mukaan suurimmat diagnoosiryhmät terveyskeskuskäynneissä ovat infektiosairaudet, TULE-sairaudet sekä sydän- ja verenkiertoelinten taudit.

Tuottavuutta edistetään tarkennettujen hoitoprosessien ja hoitoketjujen toteutumisen aktiivisella seurannalla ja poikkeamaraportointiin perustuvalla kehittämisellä. Professori Lillrankin (2008) mukaan keskeisiä ovat ohjeistus, prosessimallit, päätöksenteon tuki, tulosjohtaminen ja laatupolitiikka.

### SUOSITUKSET

1. Sairaanhoitopiirissä määritetään hoitoprotokollat merkittävälle suurten volyymien potilasryhmille ja kehitetään näille aktiivinen poikkeamiin reagoiva seurantatyökalu. Selvitetään sairaanhoitopiirin käytössä olevan hoitotoiminnan suunnitteluohjelmiston soveltuvuus tähän.
2. Kehitetään strukturoitu palaute (erikoissairaanhoidon epikriisit).
3. Kuvataan suurten volyymien potilasryhmien jatkohoidon prosessi perusterveydenhuollossa seurantatutkimuksineen ja käyntitiheyksineen. Kehitetään tämän toteutumisen seurantaan apuväline, jota pilotoidaan valituissa potilasryhmissä.
4. Kuvataan ne tutkimukset, mitä perusterveydenhuollossa edellytetään tehtäväksi suurten volyymien potilasryhmien osalta.
5. Kuvataan indikaatiot suurten volyymien potilasryhmien erikoissairaanhoitoon lähettämiselle ja kehitetään tätä tukeva strukturoitu lähete ohjeineen.

### 4.3. Ikäihmisten terveydenhuolto sekä hoivapalvelut

*Työryhmä: ylilääkäri Sari Mäkinen ja perusturvajohtaja Tarja Marjamäki*

#### Aiheen ongelmakuvaus

Yli 75-vuotiaat muodostavat suuren volyymin terveydenhuollon palveluiden käyttäjäkunnasta. Vanhusten absoluuttinen määrä sekä suhteellinen osuus väestössämme lisääntyy tulevaisuudessa. Erityisesti tässä ikäryhmässä, jossa avun tarve on suuri, on välttämätöntä saada sekä hoitoprosessit että eri organisaatioiden väliset hoitoketjut toimiviksi, jotta palvelut kyetään tulevaisuudessakin järjestämään. Selvitystyön tehtävänä oli hakea ehdotuksia seuraaviin aihepiireihin:

- Nykyisten palvelurakenteiden selvittäminen, vertailu ja yhteisten tavoitteiden laatiminen
- Vanhustenhuollon oikea-aikainen hoito- ja palveluketju
- Kotihoidon kehittäminen

#### Aiheen selvittely

##### Nykyisten palvelurakenteiden selvittäminen, vertailu ja yhteisten tavoitteiden laatiminen

Määritellään palvelurakenteelle yhteiset tavoitteet ja aikataulu tavoitteisiin pääsemiseksi tavoitteena toimiva palveluketju vanhustenhoito – perusterveydenhuolto – erikoissairaanhoido. Hyvä palveluiden kattavuus ja resurssit eivät automaattisesti takaa, että tuottavuus parane, siksi kehitetään palveluiden oikeaa kohdentamista ja toimintatapoja. Pyrkimyksenä on kohdentaa terveydenhuollon niukat lisäresurssit erityisesti vanhustenpalveluihin ja perusterveydenhuoltoon, jotta saadaan suuremmalle määrälle ikäihmisiä vaikuttavuutta samalla henkilöstö- ja rahapanoksella.

Tavoitteet:

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENTEET		
<i>75-vuotta täyttäneistä</i>	<i>2012</i>	<i>2016</i>
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa	5 %	3 %
Tehostetussa palveluasumisessa asuvia	3 – 4 %	5 – 6 %
Omaishoidon tukea saavia	3 – 4 %	5 – 6 %
Säännöllistä kotihoitoa saavia	10 – 12 %	13 – 14 %
Kotona asuvien osuus	91 – 92 %	91 – 92 %
<i>Terveyskeskussairaalapaikat 1 paikka /100 65 vuotta täyttänyt</i>		

##### Vanhustenhuollon oikea-aikainen hoito- ja palveluketju

Palveluiden oikea-aikainen kohdentaminen on oikean asiakkaan hoitamista oikealla paikalla oikeaan aikaan. Tavoitteena on vanhuksen hoitoketjuissa oloajan lyhentäminen ja kuntouttamisen tehostaminen sekä joustava siirtyminen ilman ylimääräisiä odotuksia paikasta toiseen: erikoissairaanhoido – perusterveydenhuolto – vanhustenhoito. Tarkasteluun otetaan ensiksi palveluketjun ongelmakohdat sekä suurten volyymien sairausrhytmät.

Perustetaan kotiutustiimejä/ kotiutushoitajia tai muita toimivia kuntakohtaisia ratkaisuja vanhusten palveluketjun hallitsemiseksi (case management). Näin taataan oikea-aikaiset siirtymiset organisaatioiden välillä sekä kotiutumiset suoraan kotihoitoon, jotta turhilta kokonaishoitoa pitkittävilta laitossiirroilta vältytään. Tärkeää hoitoketjujen suunnittelussa on myös päivystyspalveluiden järjestäminen ikäihmisten palvelutarpeet huomioiden.

Lisätään kuntoutusosaamista, kuntouttavaa työtä sekä kuntoutuspaikkoja terveyskeskussairaaloihin. Vanhushuollon prosessit parannetaan toimimaan suunnitellusti siten, että terveyskeskussairaala keskittyy vanhusten akuuttien sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen. Vanhusten hoivapalvelut järjestetään toisaalla. Terveyskeskussairaaloiden saneerauksessa huomioidaan, ettei laitospaikkalukumääriä enää kasvateta ja elinympäristö remontoitetaan aktiiviseksi. Geriatriosaamista lisätään terveyskeskuksiin. Kotisairaaloiminta kehitetään kuntien yhteistyönä. Vanhusten päivähoito ja vuorohoitojärjestelyt otetaan tehokkaaseen käyttöön kotona pärjäämisen tukemiseksi.

RAI-arviointimittariston (Resident Assessment Instrument eli asukkaan arviointiväline) käyttöä kehitetään asiakkaan tarpeen mukaisten palveluiden suunnittelussa sekä palvelutarpeen muutoksissa. Määritellään palveluiden piiriin pääsyn "raja-arvot" RAI:hin perustuen. Palveluohjausta kehitetään.

### Kotihoidon kehittäminen

Toimivalla mobiiliratkaisulla pyritään perustehtävän ulkopuolisiin tehtäviin kuluvaan työajan minimointiin. Kiinnitetään huomiota työn jakamiseen tasaisesti, työn sisällön suunnitteluun, päällekkäisten työntehtävien purkamiseen, joustavan työskentelymallin omaksumiseen ja henkilöstön kouluttamiseen.

Tukipalveluiden osalta on ajankohtaista erilaisten vaihtoehtojen miettiminen, mm.: turvapalvelu, johon kytketään myös hälytyskäynnit, avainhallinta, ateriakuljetukset kylmäateriaoina. "Lähiavustajan" koulutuksen suunnitteleminen aloitetaan.

### **SUOSITUKSET**

1. Vanhustenhoidon nykyisten palvelurakenteiden selvittäminen, vertailu ja yhteisten tavoitteiden asettaminen tulevaisuuteen.
2. Kustannustehokkuuden lisääminen toimivalla hoito- ja palveluketjulla ja palveluiden oikea-aikaisella kohdentamisella ja toimivilla prosesseilla. Kotiutustiimien / kotiutushoitajien perustaminen kuntiin.
3. RAI arviointimittariston käytön kehittäminen ja palveluiden piiriin pääsyn "raja-arvojen" määrittely sen avulla.
4. Kotihoitoon toimivat mobiili- ja tukipalveluratkaisut, työn tasainen jakautuminen ja työn sisällön suunnittelu.
5. Lähiavustaja -koulutuksen aloittaminen vuonna 2009.
6. Niukkoja lisäresursseja tulee kohdentaa nimenomaan perusterveydenhuoltoon ja vanhuspalveluihin.

#### 4.4. Päällekkäiset toiminnot

*Laskentapäällikkö Kristiina Michelsson*

##### Aiheen ongelmakuvaus

Terveystuottavuuden arvioinnissa keskeisiä tekijöitä ovat kustannuksia aiheuttavat päällekkäiset toiminnot. Ongelmat kulmineutuvat hoitoketjujen päällekkäisyyksiin eri yksiköissä, potilastietojen ja –siirtojen hallinnan ongelmiin sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön yhteistyön toimivuuteen.

Selvitystyön tehtävänä oli hakea ehdotuksia seuraaviin aihepiireihin

- Potilaslogistiikkaan ja hoidon porrastamiseen liittyvät haasteet
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjujen ja toimintatapojen yhtenäistäminen
- Ostopalvelusopimukset

##### Aiheen selvittely

###### Potilaslogistiikka ja hoitoketjujen yhtenäistäminen

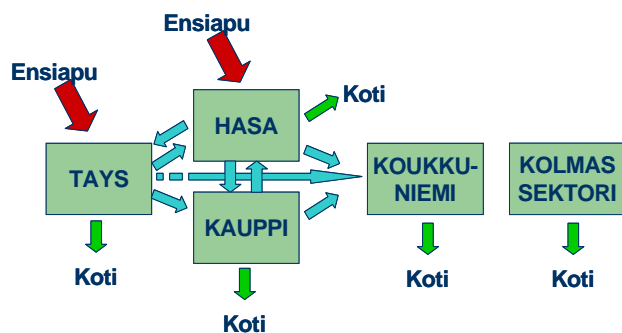
Miika Linnan laatiman selvityksen mukaan PSHP:n somaattisen erikoissairaanhoidon laskennalliset kustannukset olivat 3 % yli maan keskiarvon vuonna 2006. Samana vuonna Tampereen laskennalliset erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 6 % yli maan keskiarvon. Tämä ylitys maan keskitasosta selittyy kokonaan tuottavuuskomponentin avulla eli hoitokokonaisuuksiin liittyvien välisuoritteiden käytöllä ja porrastuksella. Nykyiset rakenteet ja yhteistoiminnallisuuden ongelmat aiheuttavat näin ollen kolmen prosentin ylimääräiset kustannukset. Linnan selvityksen tuloksia tulee hyödyntää rakenteiden tarkemmassa analysoinnissa ja suunnittelussa. Edellä esitettyjen laskennallisten kustannusten selvittämiseksi olisi hyödyllistä tarkastella volyymiltään suurien sairauksien hoitoketjujen rakenteellisia eroja potilasryhmäkohtaisesti muihin yliopistosairaalakaupunkeihin verrattuna. Hatanpään sairaala (HASA) on lisäksi aloittanut potilaslogistiikkaselvityksen yhteistyössä TTY:n kanssa. Tässä potilasvirtojen hallintaan ja optimointiin liittyvän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan HASA:n makrotason potilasvirrat volyymeineen ja ongelmineen sekä selvitetään, kuinka niitä tällä hetkellä hallitaan. Erityistä huomiota kiinnitetään siihen, minkälaisia tietovirtoja potilasvirtoihin liittyy. Tutkimuksen toisessa vaiheessa määritellään parhaat käytännöt ja mittarit potilasvirtojen hallinnan tehostamiseksi. Keskeistä on määrittää, kuinka tietovirrat voisivat tukea potilasvirtoja nykyistä paremmin.

Potilaiden siirtyminen sairaalasta jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai terveyskeskuksen vuodeosastolle vaatii järjestelyjä sekä potilasta lähettävässä että vastaanottavassa yksikössä. Potilaiden siirtoihin liittyvä selvittelytyö vie aikaa ja resursseja organisaation eri tasoilla tuottamatta arvoa potilaan hoitoon. Vastuiden selkeyttäminen eri organisaatioissa vähentäisi siirtoihin liittyvää problematiikkaa. Ratkaisuksi esitetään niin kutsuttua yhden luukun periaatetta, jolloin hoito suoritetaan alusta loppuun yhdessä pisteessä, josta siirrytään suoraan kotiin. Tämä edellyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kotiutustiimin tiivistä yhteistyötä ja yhteisesti hyväksyttävien toimintatapojen luomista sekä toimintaa niiden mukaisesti. Kunnilla on varsin erilaiset mahdollisuudet resursoida kotiutustiimeihin, joten kotiuttamises-

sa otettava riskitaso on sovittava kuntakohtaisesti. Yhden luukun periaate ei välttämättä ole aina edullisin vaihtoehto, mikä tulee ottaa huomioon erilaisia potilaiden siirtovaihtoehtoja harkittaessa. Potilashotelli voi osaltaan tarjota sairaalahoitoa kevyemmän ja edullisemmän ratkaisun sairaalassa tapahtuvan toimenpiteen, tutkimuksen tai leikkaushoidon yhteydessä.

Toimiva läheteiden seulonta- ja palautuskäytäntö täsmällisine jatkohoito-ohjeineen vähentää sairaalaan tulevaa potilasvirtaa.

Esimerkki potilaiden siirroista Tampereen kaupungin osalta:



### Ostopalvelut

Pirkanmaan kunnissa käytetään laajasti ns. sopimuslääkäreitä omia lääkäriresursseja täydentämässä tai sijaistamassa. Nyt ostopalvelusopimukset laaditaan pääsääntöisesti kullekin kunnalle omin ehdoin. Ns. sopimuslääkäreitä tultaneen tarvitsemaan enenevässä määrin myös tulevaisuudessa, jolloin sopimukseen on aiheellista saada yhtenäiset vaatimukset esimerkiksi lääkärien pysyvyydestä ja kokemustasosta. Myös nykyistä tarkempi ja laajempi laatuksiteristö on syytä määrittää. Aihe on yleisen mielenkiinnon kohteena; Valtioneuvosto on asettanut neuvottelukunnan kehittämään yksityisiä sosiaali- ja terveystarvikkeita sekä edistämään palvelurakenteiden monipuolistumista ja yhteistyötä toimijoiden välillä.

### Standardointi

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuotteistamisen yhtenäistäminen luo pohjan yhteistyön tiivistämiselle. Sairauksille tulee luoda standardoidut hoitoajat ja toimenpiteet, jotka ovat molempien osapuolten tiedossa. Keskeisten prosessien kuvaus ja hoitoketjujen standardointi on tärkeää, jotta voidaan välttää päällekkäisiä toimenpiteitä.

### **SUOSITUKSET**

1. Kotiuttamistiimien perustaminen/lisääminen ja yhteisten (ESH ja PTH) toimintatapojen luominen ja niiden standardointi
2. Laskennallisten kustannusten jatkoselvitys sekä käynnissä olevan potilaslogistiikkaselvityksen havaintojen analysointi ja suositusten käyttöönotto
3. Potilassiirtojen vähentäminen: esim. yhden luukun periaatteen pilotointi ja potilashotelli-konseptin selvittäminen
4. Keskeisten hoitoketjujen ja prosessien kuvaus sekä niiden standardointi
5. Läheteiden analysointi- ja palautekäytännön käyttöönotto kaikilla erikoisaloilla
6. Maakunnallisen standardin luominen ostopalvelusopimukseen

## 4.5. Ensihoito ja päivystys

*Johtajaylilääkäri Matti Lehto*

### Aiheen ongelmakuvaus

*Ensihoito:* Yliopistosairaanhoitopiireihin tulee valmistelussa olevan terveydenhuoltolain mukaan perustaa ensihoitoyksiköt todennäköisesti vuoden 2010 alusta alkaen. Näiden tehtävänä on koordinoita ensihoitopalveluja niin omalla alueellaan kuin yhteistyössä erityisvastuualueen kanssa. Toimivat hoitoketjut sairaalan ulkopuolelta päivystysyksikköön tulee taata, ja tarvittavat henkilöstöresurssit selvittää ja varata. Ensihoitoyksikön tulee hallinnollisesti kuulua Ensiapu Acutaan.

*Terveyskeskusten päivystystoiminta, akuuttihoito ja akuuttipaikat:* Terveyskeskusten mahdollisuudet toteuttaa päivystystä vaihtelevat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eri alueilla. Myös toteuttamistavoissa, kuten ulkoistuksen määrässä ja yhteistyössä aluesairaalan kanssa, on eroja. Päivystykseen kuulumattomat potilaat kuormittavat päivystyksiä. Näitä potilasryhmiä varten on tarve kehittää lääkärin tai lääkäri-hoitaja -työparien vastaanottoja. Terveyskeskusten vuodeosastojen akuuttipaikkojen (hoitopaikat vs. hoivapaikat) määrä vaihtelee alueella, kuten myös vuodeosastojen mahdollisuus ottaa potilaita vastaan ympäri vuorokauden.

*Yhteispäivystykset:* Tällä hetkellä yhteispäivystys on alueella toteutettu eri konsepteilla: Mäntässä puuttuu erikoislääkäriresurssi ja Vammalassa on konkreettinen raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten välillä. Valkeakoskella yhteistoiminta sujuu (iltavastaanotot on ulkoistettu ja yöpäivystykset hoitaa aluesairaala). Tutkimusresurssit (röntgen ja laboratorio) eivät ole yhtenäiset ja osastovalvontapaikkaresurssissa on eroja.

*Päivystysleikkaustoiminta:* Päivystysleikkaustoiminta yöaikaan on hyvin vähäistä aluesairaloissa, mutta varallaolojärjestelmää ylläpidetään.

*Acutan toiminta:* Acuta aloittaa toimintansa erikoissairaanhoidon osalta vuoden 2009 alussa ja perusterveydenhuollon osalta toiminta käynnistyy Tampereen kaupungille tuotettavina yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon palveluina 4.5.2009 alkaen. Yöpäivystyspalveluita Acuta tuottaa muutamille kunnille noudattaen aiempia asiakassuhteita Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Hatanpään päivystysaseman kanssa.

### Aiheen selvittely

Sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen nimesi 17.4.2008 (§ 149) työryhmän, jonka tehtäväksi asetettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon ja päivystyksen järjestämissuunnitelman laatiminen. Työryhmä on myös tehnyt suunnittelua ensihoidon ja päivystyksen tuottavuuden parantamiseksi ja laatinut selvityksen Pirkanmaan hätäkeskuksen toimintatavoista ja se kehittämismahdollisuuksista.

Jäseninä työryhmässä ovat olleet: Matti Lehto (pj), Päivi Ylä-Kolu (vastuuhenkilö), Ulla Mattelmäki, Isto Nordback, Hannu Päivä, Sirpa Rintala, Anu Tanskanen, Jyrki Tenhunen, Jorma Vaalto, Pertti Kauppinen (henkilöstön edustaja), Pekka Nokso-Koivisto (asiantuntija).

Työryhmä on tarkastellut päivystyspalveluja koko Pirkanmaan näkökulmasta, tukeutuen vahvasti sairaanhoitopiirin palveluverkostoon.

## SUOSITUKSET

1. Erillisiä ehtoja toimivalle ensihoidon ja päivystyksen kokonaisjärjestelylle:
  - Selviämishoitoasema on syytä käynnistää, jotta Acutan toimintaedellytykset voidaan turvata. Selviämishoitoaseman palveluita olisi tarkoituksenmukaista voida tarjota tarvittaessa muillekin kunnille, kuin Tampereelle.
  - Päivystykseen liittyvä terveystalujen puhelinneuvonta on tarpeen järjestää Pirkanmaan alueella yhtenäisellä toimintamallilla. Käynnistymässä oleva Pirkanmaan sairaanhoitopiirin contact center-toiminta tulee yhteen sovittaa koko Pirkanmaata koskevan puhelinneuvonnan kanssa. Terveystalujen neuvontaan on keskitetty myös ajanvarauspalveluiden järjestelyä sekä tutkimusvastausten kuulemista. Nämä osiot on syytä pitää edelleenkin kunnissa, joissa potilaat ja vastaanottojärjestelyt tunnetaan. Asiaa valmistelevalle työryhmän työ on vielä kesken.
  - Ikäihmisten päivystyspalvelut: Akuuttitilanteiden toimintaohjeet tulee luoda ja konsultaatioiden tavoitettavuus tulee varmistaa. Alueellisten palvelu-, hoiva- ja vanhainkotien sekä vuodeosastojen resursseja koskevan yhteisen tietokannan perustamisen tarve tulee arvioida. Ikäihmisten kotona selviytymättömyyden ja muiden päivystysaikaisten geriatristyyppisten ongelmien ratkaisemiseksi tulee arvioida geriatrisen päivystysyksikön tarve.
  - Päivystyspisteistä (ja vuodeosastoilta) kotiin ja jatkohoitoon siirtymistä tulee tehostaa. Erilliset kotiutustiimit tulee järjestää ainakin Tampereen kaupungille, mahdollisesti Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloihin sekä Mäntän sairaalaan. Jokaiseen kuntaan / kuntayhtymään tulisi järjestää kotiutushoitaja. Potilaiden osastoille siirtymistä vaikeuttavia mahdollisia aikarajoja tulee poistaa ja mahdollistaa siirtymiset ainakin päivä- ja ilta-aikaan joustavasti.
  - Tietojärjestelmät: Sekä ensihoidossa että päivystyksessä käytettävät tietojärjestelmät pitää olla siten suunniteltu, että ne huomioivat toiminnan nopeasta luonteesta sekä suurista päivittäisistä potilasmääristä aiheutuvat erityisvaateet. Lisäksi tietojärjestelmien tulee olla hoitoprosessia tukevia.
2. *Acuta*: Acutan tulee koordinoita koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen ensihoidon ja päivystyksen toteutusta. Omassa toiminnassaan Acuta kehittää sujuvia toimintaprosesseja ja potilaiden triage-toimintamenettelyitä. Perusterveydenhuollon tarkkailuosaston käytöllä voidaan taata, että potilaita ei tarvitse siirtää kalliimmille erikoissairaanhoidon paikoille puuttuvien perusterveydenhuollon seurantamahdollisuuksien takia.
3. *Aluesairaalat*: Aluesairaaloiden päivystykset tulisi erottaa hallinnollisesti omiksi vastuuyksiköikseen/-alueikseen ja nimetä niihin vastuuhenkilöt sekä lääketieteen että hoitotieteen puolelta. Yhteistyötä oman sairaalan eri erikoisalojen kanssa pitää tiivistää säännöllisillä palaverikäytännöillä. Lisäksi aluesairaaloiden rooli tulee Acutan johdolla selkiyttää ja yhdenmukaistaa koskien päivystysaikaista leikkauksia ja päivystysten tarvitsemia oheispalveluita (esim. laboratorio- ja röntgenpalveluita).
4. *Terveystalujen lääkäripäivystykset*: Päivystyspisteitä tulee keskittää järkevästi. Viikonloppu- ja yöpäivystykset on tarkoituksenmukaista keskittää aluesairaaloihin ja Taysiin.

Arki-iltapäivystykset tulee keskittää yhteistoiminta-alueiden pääterveysasemille ad klo 20 – 22 huomioiden kuitenkin välimatkat ja alueelliset erot. Päivystykseen tulee resursoida omat vastuulääkärit (voivat olla samalla ensihoidon vastuulääkäreitä esim. aluesairaalapiireittäin). Myös ulkoistettujen lääkäripalveluiden tuottajat tulee saada toiminnan kehittämiseen mukaan. Ulkoistettujen palveluiden kilpailutus on järkevää hoitaa keskitetysti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johdolla.

5. *Koulutusjärjestelmän suunnittelu koko Pirkanmaalle:* Akutologiaa koskeva koulutusohjelma tulee järjestää kaikille ammattiryhmille. Siihen tulee sisällyttää hoidon tarpeen arviointi, akuuttitilanteiden hoito, ohjeistukset ja yhteiset toimintamallit. Yleisimmille potilasryhmille ja ensiavussa tehtäville toimenpiteille pitää laatia ohjeistuksia niin välineistön kuin käytännön tutkimusten ja hoidon toteuttamisen osalta. Nämä ohjeet sovelletaan aluesairaaloihin sopiviksi. Ensihoidon koulutusohjelma anestesiaan ja tehohoitoon erikoistuvilla lääkäreillä tulee määritellä.
6. *Viestintä ja tiedotus:* Viestintä ja tiedotus päivystysasioissa tulee suunnitella erikseen, jotta kansalaisten tietoon saatetaan asiaan kuuluvat ohjeet ja linjaukset (mm. hoitoon hakeutumis-, omahoito-, terveystieto- ja sairauden hoito-ohjeet). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin inter- ja extranetin kehittäminen tässä suhteessa on tärkeää.

#### 4.6. Terveystietojärjestelmien kehittäminen

*Hallintoylilääkäri Jaakko Herrala*

##### Aiheen ongelmakuvaus

Terveystietojärjestelmien palvelutoiminta on tietointensiivistä työtä, jossa hyvin toimivat tietojärjestelmät ovat välttämätön apuväline. Tiedon kulku potilasta hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten välillä organisaatiosta toiseen ja tietojärjestelmistä toisiin riippuu siitä, kuinka hyvin toimintojen ja tietojen integraatiot on suunniteltu ja toteutettu organisaatioiden sisällä ja niiden välillä.

Tietotekniikan hankkiminen sinällään ei ole ongelmallista. Haasteet sisältyvät terveydenhuollon toimintatapojen muuttamiseen entistä tehokkaimmiksi ja sujuvammiksi tietojärjestelmien avulla. Tärkein asia on palveluyksiköiden toimintaprosessien uudelleen organisointi. Tietojärjestelmien osalta tavoitteena on löytää mahdollisimman hyvä ja toimiva tietojärjestelmäratkaisu kutakin toimintaprosessia tai palveluprosessia varten. Toimintaprosessien uudistaminen edellyttää toiminnan analysointia. Prosesseissa yhteisenä nimittäjänä on asiakas niin palveluntuottajan sisällä eri toimintayksiköissä kuin eri palveluntuottajien välillä.

Haasteena tietoteknologian hyödyntämiselle ovat puutteet tietoteknisissä taidoissa, tietojärjestelmien kirjavuus ja puutteellisesti toteutetut integraatiot. Tietojärjestelmien käyttöön-otoissa ei useinkaan oteta huomioon todellisia organisaatorajoja ylittäviä palveluketjuja. Terveystietojärjestelmien toiminnan kannalta merkittävintä on saada kaikki oleellinen tieto päätöksenteon tueksi, mikä edellyttää tietojen huolellista kirjaamista koko palveluketjussa. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin lääkäriselvityksessä osoitettiin vuosina 2004 – 2006, että potilastietojen puutteellisuus oli merkittävin syy hyvälle ja tehokkaalle potilashoidon toteutukselle.



## Aiheen selvittely

Potilastietojärjestelmien merkittävimmät puutteet terveydenhuollon tuottavuuden näkökulmasta liittyvät integraatioon, toiminnallisuuteen ja käytettävyyteen. Keskeistä on hoitoketjussa omalla toiminnalla ja Pirkanmaan yhteistyöllä kuntoon laitettavien asioiden tunnistaminen nykyisten tietojärjestelmien käytössä. Prosessien kuvaaminen ja ohjeistaminen tietojärjestelmiin tehtäviä merkintöjä myöten on tarpeen.

Tietojärjestelmien lisäkehittämisvaatimusten suunnittelussa tulee lisätä yhteistyötä Pirkanmaalla meneillään olevien valtakunnallisten yliopistollisten sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien yhteistyön ohjaamiseksi suuntaan, jossa otetaan huomioon kaikki hoitoketjuun osallistuvat ja heidän tietojärjestelmänsä.

PARAS-hankkeen mukainen rakenteellinen uudistuminen johtaa Pirkanmaalla jatkossa nykyistä vähempään määrään potilastietojärjestelmiä. Tämä vahvistaa tietojärjestelmäosaamista ja lisää joukkovoimaa toimittajiin nähden. Samalla liittyminen Kansalliseen arkistoon ja tiedon kulku järjestelmien välillä helpottuvat.

Kirjallisuuden perusteella on vahvaa näyttöä, että tietokoneavusteiset päätöksenteon tukijärjestelmät lisäävät tuottavuutta sekä vähentävät potilashoidon virhemahdollisuuksia.

Nykytilan selvittely osoitti, että sähköisiä läheteitä ei Pirkanmaan julkisen puolen toimijoiden välillä edelleenkään käytetä kaikkialla. Seuraava taulukko osoittaa, kuinka suuri osuus Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin lähetetyistä läheteistä toteutetaan sähköisinä (OVT). Sähköisen lähetejärjestelmän käyttö aloitettiin Pirkanmaalla joulukuussa 2001, jolloin Virtain terveyskeskus oli ensimmäinen liittynyt. Vuonna 2005 yhteensä 61,9 % läheteistä saapui sähköisenä Taysiin. Nykyisin tilanne on seuraava:

Mistä lähetetty	Läheteitä yhteensä	niistä sähköisiä	%-osuus
Tampere, sosiaali- ja terveystoimi	14 050	13 183	93,8
Kangasalan seudun terveyskeskus	3 594	3 421	95,2
Sastamalan perusturvakuntayhtymä	2 954	2 568	86,9
Valkeakosken terveyskeskus	2 575	2 455	95,3
Etelä-Pirkanmaan terveydenhuollon kuntayhtymä	2 374	2 285	96,3
Nokian terveyskeskus	2 354	2 091	88,8
Ylöjärven terveyskeskus	2 244	2 082	92,8
Lempäälän terveyskeskus	1 705	1 611	94,5
Hämeenkyrön terveyskeskus	924	614	66,5
Pirkkalan terveyskeskus	732	452	61,7
Parkanon terveyskeskus	651	180	27,6
Ikaalisten terveyskeskus	588	137	23,3
Virtain terveyskeskus	525	465	88,6
Oriveden terveyskeskus	512	309	60,4
Kihniön terveyskeskus	257	216	84,0
Ruoveden terveyskeskus	216	0	0,0
Vesilahden terveyskeskus	201	196	97,5
Kurun terveyskeskus	119	0	0,0
Toijalan terveyskeskus	99	0	0,0
Juupajoen terveyskeskus	62	0	0,0
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>36 736</b>	<b>32 265</b>	<b>87,8</b>

## SUOSITUKSET

### *Alueellisten hoitoketjujen tuottavuus -kokonaisuus:*

1. Kerätään tiedot ja kuvaukset nykyisistä alueellisista hoitoprosesseista / hoitoketjuista ja niissä tehtävistä kirjauksista tietojärjestelmiin sekä prosessien ongelmista. Toteutetaan tarvittavat toimintatapamuutokset ja lisäkoulutukset siten, että nykyiset tietojärjestelmä-ratkaisut saadaan kattavasti käyttöön koko hoitoketjussa.
2. Otetaan Pirkanmaalla käyttöön täydessä laajuudessa sähköinen lähete-, hoitopalaute- ja konsultaatiojärjestelmä (osana edellistä)
3. Otetaan käyttöön sähköisiä palveluja potilaskutsujen, vastausten ja potilaille lähetettävien hoitopalautteiden toimittamiseksi valtakunnallisten linjausten mukaisesti (osana edellistä)
4. Otetaan käyttöön sähköisiä ajanvarauspalveluja terveydenhuollon ammattilaisille ja potilaille valtakunnallisten linjausten mukaisesti.
5. Otetaan käyttöön tietokoneavusteisia päätöksenteon tukijärjestelmiä terveydenhuollon ammattilaisille
6. Selvitetään ja otetaan mahdollisimman laajalti käyttöön digitaalinen puheentunnistusjärjestelmä kuvantamis- ja potilastietojärjestelmissä. Hankinta kilpailutetaan yhdessä.

### *Kansallisiin palveluihin liittymisen kokonaisuus:*

7. Selvitetään mahdollisuudet Pirkanmaalla liittyä taloudellisimmalla ja tehokkaimmalla tavalla Kansalliseen arkistoon ja toteutetaan liittyminen alueellisena hankkeena yhteistyössä valtakunnallisen tason toimijoiden (STM, Kela, TEO ja Kuntaliitto/hanketoimisto) kanssa.

## 4.7. Kannustava palkkaus ja palkitseminen

*Työryhmä: talousjohtaja Alpo Karila, henkilöstöpäällikkö Matti Kujala, pääluottamusmies Marjut McLean, sopimuspäällikkö Saara Väisänen ja hallintoylihoitaja Pirjo Aalto*

### **Aiheen ongelmakuvaus**

Palvelujärjestelmän tuottavuuden parantaminen on välttämätöntä, jotta voimme turvata laadukkaan ja taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmän sekä sen tarvitseman henkilöstön. Henkilöstön saatavuus Pirkanmaalla ja varsinkin Tampereen seudulla on toistaiseksi ollut verrattain hyvä, mutta suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen vauhdittuessa tilanne saattaa nopeastikin muuttua. Tämä tilanne sekä avaa mahdollisuuksia tuottavuutta parantaville muutoksille, että tekee niiden toteuttamisen välttämättömäksi.

Taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmän tarvitsemien resurssien kasvu ei voi ylittää Pirkanmaan kuntien verorahoituksen (kuntien verotulot ja valtionosuudet yhteensä) keskimääräistä kasvua. Palvelujärjestelmän menorakenne on jäykkä eikä se pysty sopeutumaan tulokehityksen nopeisiin muutoksiin.

Terveyspalvelujen kysyntä kasvaa tulevaisuudessa väestörakenteen muutoksen, teknologian kehittymisen ja ihmisten vaatimustason myötä. Mikäli perusterveydenhuoltoa ja vanhusten palveluja ei onnistuta vahvistamaan, kysynnän kasvu kohdistuu väistämättömästi erikoissairaanhoidon. Terveyspalveluja ja siihen läheisesti liittyviä sosiaalipalveluja tulee tarkastella kokonaisuutena, jonka puitteissa lisäresurssit suunnataan painotetusti vanhusten huoltoon ja perusterveydenhuoltoon, jossa niiden tuottavuus- ja terveyshyötyvaikutus on tehokkainta. (Prof. Igor Svab: "Collaboration between primary health care and specialist care - European trends". Luento 23.10.2008.)

Voimassa olevat virka- ja työehtosopimukset antavat runsaasti jo nyt mahdollisuuksia tukea tuottavuutta parantavaa muutosta myös palkkauksellisesti. Uusimmissa sopimuksissa asia on entisestään korostunut. Lisäksi on mahdollisuus paikalliseen sopimiseen, jota käytetäänkin jonkin verran akuuttien tuotannon ongelmatilanteiden hallintaan.

Kuitenkin ongelmana on mahdollisuuksien vähäinen käyttö, joka osaltaan johtuu toimialan perinteisestä tasapalkkaisuutta korostavasta toimintakulttuurista. Onnistuminen palkitsemisjärjestelmien toteuttamisessa edellyttää, että työpaikan ilmapiiri ja lähijohtaminen ovat kunnossa. Tällöin kannustavaa palkkausta ja palkitsemista on mahdollisuus toteuttaa tehokkaasti ja joustavasti, ja se koetaan oikeudenmukaisena ja hyväksyttynä järjestelmänä.

### Aiheen selvittely

Palkitseminen on johtamisen väline, joka tukee organisaation strategiaa ja tavoitteiden saavuttamista.

Palkitsemisjärjestelmällä tuetaan työhönsä motivoituneita henkilöitä. Sen tulee ottaa huomioon yksilön lisäksi tiimien ja yksiköiden työ. Toimiva palkitsemisjärjestelmä on avoin, läpinäkyvä ja kaikkien helposti ymmärrettävissä. Järjestelmän tulee palkita organisaation tavoitteiden mukaista toimintaa ja kohdella tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti kaikkia työntekijöitä.

Taloudellisen palkitsemisen muotoja ovat tehtäväkohtainen palkka, henkilökohtainen lisä, kannustuslisä, tulospalkkio ja muut aineelliset etuna annettavat palkkiot. Henkisen palkitseminen muotoja voivat olla tunnustukset ja kiitokset, palaute ja kannustaminen, joustavat työaikajärjestelyt, työn sisältö, mahdollisuus kouluttautumiseen, tutkimustyön mahdollistaminen, urakehityksen mahdollisuudet, valtuuttaminen, edustustehtävät jne.

Tuottavuuden parantamisen tärkeimpiä keinoja ovat työaikojen joustava käyttö ja henkilöstörakenteen ja ammattiryhmien työnjaon uudistaminen nykyistä tarkoituksenmukaisemmaksi. Osaamisen kehittäminen liittyy keskeisesti tuottavuuden kehittämiseen.

Tuottavuutta parantavia muutoksia voidaan johtaa ja vauhdittaa palkitsemisen avulla. Otollisin tilanne tuottavuutta parantaville muutoksille ovat nk. luonnolliset muutostilanteet, liittyvätkö ne henkilöstön vaihtumiseen tai laajempiin organisatorisiin järjestelyihin. Tällaisen tilanteen laiminlyönti johtaa usein siihen, että tilanne lukkiutuu ja mahdollisuus muutokseen menetetään pitkäksi ajaksi.

Palkitsemisjärjestelmän keskeinen periaate on se, että osa parantuneesta tuottavuudesta jaetaan henkilöstölle ennalta sovittujen periaatteiden ja käytettävien mittarien osoittamien tulos-

ten mukaisesti. Selvittelyn yhteydessä tuli esiin mittarien keskeinen asema ihmisten toiminnan ohjaajana: sitä saat mitä mittaat.

Palkitsemisjärjestelmä on organisaatiokohtainen asia, eikä se ole sellaisenaan siirrettävissä organisaatiosta toiseen. Työryhmän lyhyt työskentelykin kuitenkin osoitti, että kokemusten vaihto on perusteltua, jotta joka tapauksessa edessä oleva sopimusten soveltaminen onnistuisi ja palkitsemiselementtien käyttö palvelujen laadun ja tuottavuuden kehittämisessä yleistyisi.

## SUOSITUKSET

1. Henkilöstörakenteen ja ammattiryhmien työnjaon uudistaminen nykyistä tarkoituksenmukaisemmaksi
  - Kaksiportainen henkilöstörakenne hoitotyössä, toisen asteen koulutettujen osuus vaihtelee sairaalatyyppin mukaan, vanhustenhuollon henkilöstörakennetta suunnataan lähihoitajapainotteiseksi ja otetaan käyttöön lähiavustajanimike.
2. Työnjakoa ja tehtäviensiirtoa koskevia muutoksia otetaan käyttöön seuraavasti:
  - Vähennetään lääkäriä avustavien sairaanhoitajien määrää polikliinisessa lääkärinvastaanotto toiminnassa aina kun se on tarkoituksenmukaista
  - Siirretään pitkäaikaispotilaiden polikliinista seuranta sairaanhoitajille ja perusterveydenhuoltoon
  - Vuodeosastolla hoitotyö toteutetaan omahoitajamallilla siihen soveltuvilla osastoilla ja potilaalle nimetään oma sairaanhoitaja tai sairaanhoitaja-lähihoitaja työpari
  - Siirretään nykyisiä ei-hoidollisia sairaanhoitajien/perushoitajien tehtäviä vuodeosastoilla sairaalahuoltajilla
  - Siirrytään hiljaiseen raportointiin vuodeosastoilla
  - Käytetään ohjeiden mukaisesti sisäisiä sijaisia poissaolopohjiin, ei ylimääräisenä henkilöstönä
  - Keskitetään potilaan ja läheisten ohjaus omahoitajille
  - Ohjeistetaan sähköinen kirjaaminen tehokkaaksi
  - Em. toimenpiteillä lisätään hoitajien potilaan välittömään hoitotyöhön käyttämää aikaa
3. Työaikojen suunnittelua ja porrastamista sekä työaikajoustoja otetaan käyttöön seuraavasti:
  - Työaikamuoto valitaan työn luonteen mukaan mm. luopumalla muodollisesta jaksotyöstä
  - Suositaan työntekijöiden osallistumista työvuorosuunnitteluun; työntekijät ja tiimit miehittävät annetut työvuorot
  - Jaetaan ja jaksotetaan sekä työtehtävät että henkilöstömäärä tasaisesti koko päivän ajalle, jolloin poissaoloista johtuvat haitat vähenevät ja henkilöstön jaksaminen paranee. Esimerkkinä toimintojen aamupainotteisuudesta luopuminen
  - Kehitetään työvuorosuunnittelua siten, että se mahdollistaa henkilöstön resursoinnin useamman osaston tai isomman toimintokokonaisuuden sisällä
  - Kehitetään järjestelyjä, jotka mahdollistavat operatiivisissa toiminnoissa koko käytettävissä olevan työ- ja saliajan tehokkaan käytön

4. Käytetään rohkeasti virka- ja työehtosopimusten sekä paikallisen sopimisen mahdollisuuksia kohtien 1-3 toteuttamisen johtamiseksi
5. Perustetaan pirkanmaalainen henkilöstöhallinnon ja järjestöjen edustajien pysyvä foorumi, jossa käsitellään tuottavuutta parantavien muutosten toteuttamista palkitsemisen avulla.

#### 4.8. Johtajuuden parantaminen

*Sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen*

##### Aiheen ongelmakuvaus ja tausta

Terveydenhuollossa johtaminen on ihmisten johtamista, toiminnan organisointia, ohjaamista, innostamista ja motivointia – ei niinkään hallinnointia. Perinteinen johtamisajattelu on korostanut hierarkiaa ja asemavaltaa, organisaatorakennetta sekä sääntöjä ja ohjeita. Samoin tarkasti rajatut tehtäväkuvat ja toiminnan valvonta ovat olleet keskeisessä asemassa. Uudenlaisessa johtamisessa painottuvat käsitys perustehtävästä (missio) ja sitä toteuttavasta strategiasta eli toiminnan tavoitteesta (visio) sekä toimintatavasta (arvot, eettiset periaatteet ja kulttuuri). Samoin selkeät vastuut tehtävissä ja toiminnan tuloksellisuus ja sen seuranta sekä verkostoituva toiminta ovat uudistuvaa terveydenhuollon johtamista.

Terveydenhuollossa tuottavuutta voidaan lisätä paremmalla johtamisella sekä soveltamalla uudistuvaa teknologiaa potilashoidossa ja tekemällä asioita luovalla tavalla. Johtaminen edellyttää lisääntyvästi ammattimaisuutta eli toiminnan suunnittelua ja toimeenpanoa sekä tähän yhdistyvää tuottavuuden jatkuvaa parantamista. Terveydenhuollossa on olennaista, että toiminnan tavoitteena on mahdollisimman suuren arvon tuottaminen potilaalle. Terveydenhuoltoa voidaan siis tarkastella sen aikaansaamana potilaiden ja kansalaisten terveydentilan paranemisena. Johtamisen tehtävänä on mahdollistaa terveyshyödyn toteutuminen.

Seuraavassa on esitetty johtajuuden avulla tapahtuvaa terveydenhuollon tuottavuuden parantamista Pirkanmaalla kolmella osa-alueella. Nämä ovat johtamiskulttuuri ja arvot, johtamismenettelyt sekä johtamiskoulutus ja johtamisen kehittäminen.

## SUOSITUKSET

### Johtamiskulttuuri ja arvot

Terveydenhuollon johtamisen tulee perustua yhteisiin arvoihin ja strategiaan päämääriin, jotka ohjaavat terveydenhuollon eri toimijoiden päätöksentekoa ja toimintaa. Käytännön keinona tämän tavoitteen saavuttamiseksi

- käynnistetään alueellisen terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman uudistamistyö keväällä 2009.

Tavoitteena on yhtenäistää terveydenhuollon johtamiskäytäntöjä ja sisällyttää maakunnallinen yhteistyönäkemys terveydenhuollon eri toimijoiden johtamiseen. Käytännön toimenpiteenä tämän tavoitteen saavuttamiseksi

- käynnistetään perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueille muodostuvien johtoryhmien sekä sairaanhoitopiirin toimialueitten ja aluesairaaloitten johtoryhmätyön kehittäminen.
- järjestetään vuosittain sairaanhoitopiiritasolla sekä alueellisesti (1-2 kertaa vuodessa) terveydenhuollon johtajien yhteistyöneuvottelu.

### Johtamismenettelyt

Parannetaan terveydenhuollon johtamismenettelyjä. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi

- siirrytään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa nykyistä selkeämmin yksijohtaja –järjestelmään, joka tukeutuu moniammatilliseen osaamiseen ja yhteistyöhön.
- nostetaan lähiesimiesjohtaminen (osastonlääkäri- ja osastonhoitajataso) erityisen kehittämisen ja tukitoimenpiteiden kohteeksi.
- selkiytetään uuden kunnallisvaalikauden käynnistyessä luottamushenkilöjohtamisen (strateginen johtaminen) ja virkamiesjohtamisen (operatiivinen johtaminen) välistä työnjakoa sekä roolia terveydenhuollon palvelutuotannon johtamisessa.

### Johtamiskoulutus ja johtamisen kehittäminen

Tavoitteena on toteuttaa koko maakunnan kattava terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi

- käynnistetään systemaattinen lähiesimieskoulutus, keskijohdon johtajakoulutus ja ylimmän johdon strateginen johtajakoulutus (sosiaali- ja terveydenhuollon MBA-koulutus).

Yhtenäistetään johtamisen arviointia ja haetaan vuorovaikutusta muiden palvelutoimialueiden kanssa. Lisätään johtamisen tutkimusta. Näiden tavoitteen saavuttamiseksi

- muodostetaan johtamisen kehittämisen foorumi, joka toimii terveydenhuollon ylimmän johdon tukena sekä yliopistojen kanssa tehtävän tutkimustyön edistäjänä.

## **4.9. Työterveyshuollon vaikutus tuottavuuden parantamiseen**

*Työryhmä: hallintoylihoitaja Pirjo Aalto, pääluottamusmies Marjut McLean, sairaalan johtaja Juha Räsänen*

### **Aiheen ongelmakuvaus ja tausta**

Terveydenhuollon ongelmana on työntekijöiden suuret sairauspoissaolot. Ne ovat huomattavasti suurempia kuin teollisuudessa. Syitä voivat olla työmotivaatio, työilmapiiri tai työuupumus. Työstä voi olla liian helppoa jäädä pois. Tukijärjestelmien puute, kuten työntekijän sairaan lapsen hoito, voi olla yksi syy. Pitäisikö käyttää läsnäoloa tukevia kannusteita, jotka eivät kuitenkaan saa johtaa sairauslännäoloon. Terveydenhuollon työntekijän poissaolon ajaksi palkataan aina sijainen, jolloin poissaolon aikana palkkakulut vähintäänkin kaksinkertaantuvat. Tämäkin poikkeaa teollisuuden käytännöistä. Näin tuottavuus pienenee, kun kulut lisääntyvät ja koulutustarve kasvaa. Niin kauan kun vuodeosastohoidon mitoitus on vain 0,8 työpanosta tai pienempi, poissaolo välttämättä johtaa sijaisten käyttöön.

Työterveyshuollolle tulee laatia tulostavoitteet, joilla työterveyshuolto motivoidaan vähentämään sairauspoissaoloja. Työterveyshuollolla pitää olla positiivinen vaikutus sairauskäyttäytymiseen. Lähiesimiestyön tärkeä väline on varhainen puuttuminen, jolla estetään työuupumus. Työntekijöiden masennuslomat johtuvat usein ristiriidoista työpaikalla. Kolmasosa sairauspoissaoloista aiheutuu työilmapiiriongelmissa. Työterveyden on autettava havaitsemaan työristiriidoista aiheutuvat poissaolot ja puututtava niihin. Avainhenkilöiden poissaolot ovat hankalia ja niiden ehkäisemiseksi avainhenkilöille tarvitaan oma työterveyshuoltopaketti.

Tampereen keskuseudulla on meneillään hanke kunnallisten työterveyshuollon organisaatioiden yhdistämiseksi yhteiseksi suureksi organisaatioksi, joko osakeyhtiöksi tai kuntayhtymäksi. Riippumatta siitä, miten hankkeen käy, työterveyshuollon palveluja pitää kehittää seuraavassa esitettävien suositusten mukaisesti. Työterveyshuollon tulee olla puolueeton asiantuntija ja aktiivinen toimija.

Työryhmä kokosi aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja keskusteli alan asiantuntijoiden kanssa.

## SUOSITUKSET

### 1. Ennaltaehkäisevän työterveyshuollon korostaminen.

Ennalta ehkäisevä työterveyshuolto on erityisen tärkeä ja tavoiteltava asia. Ykköstavoitteeksi nimetään työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpito ja työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä työyhteisöjen toiminnan kehittäminen ja erilaisten ongelmatilanteiden selvittely. Työterveyshuollon pitää nykyistä enemmän osallistua työtoiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Terveiden edistäminen ja sitä kautta hyvinvoinnin lisääminen on työterveyshuollon keskeisin tehtävä.

### 2. Aktiivinen työterveyden johtaminen yhdessä työterveyshuollon kanssa.

Työ organisoidaan ja johdetaan hyvin ja miehitetään oikein. Työilmapiiriongelmissa tehdään yhteistyötä työterveyshuollon, työyksiköiden johdon, työsuojelun ja luottamusmiesten kanssa. Ennenaikaiset työkyvyttömyyseläke- ja tapaturmamenot minimoidaan mahdollisimman pieniksi. Työterveyshuollon avulla organisaation tulokseen vaikutetaan suoraan tai epäsuorasti joko tuottojen lisääntymisenä tai menojen vähentymisenä. Vaikuttamalla työhyvinvoinnin edistämiseen, työntekijöiden terveyskäyttäytymiseen, sairauspoissaolojen ja sairauslänäolon määrään, sairaanhoitokustannusten alentamiseen, työkyvyttömyyseläkekustannuksiin sekä lukuisiin erilaisiin epäsuoriin sairauspoissaoloista johtuviin kustannuksiin (potilashoidon laadun heikentyminen, sijaiset, hallintokulut, asiakkaiden tyytymättömyys) vaikutetaan myös organisaation tulokseen. Työntekijöiden halu osallistua ja vaikuttaa työhönsä pitää mahdollistaa. Työn arvostuksen merkitys otetaan tietoisesti käyttöön. Vajaakuntoiset työntekijät sijoitetaan tehokkaammin työyhteisöön yhteistyössä työterveyshuollon kanssa.

### 3. Varhaisen puuttumisen - malli käyttöön

Varhaisen puuttumisen mallia ja toimenpiteitä kohdennetaan niin yksilöihin kuin työyhteisöihin.

teisöihin, ammattiryhmiin ja eri ikäkausiin yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Mallia tulee käyttää toistuvien sairauslomien ja päihdeongelmien nopeaan puuttumiseen ja selvittelyyn. Lisäksi vajaakuntoisen tai osatyökykyisen työntekijän uudelleensijoittaminen voidaan toteuttaa hyödyntämällä varhaisen puuttumisen mallia.

#### 4. Nopea pääsy tutkimuksiin ja hoitoihin

Erikoissairaanhoidon kytetään tehokkaaksi osaksi työterveyshuollon hoitoketjua. Työterveyshuolto tuottaa palvelut joko itse tai ostaa palvelut ulkoa. Keskeisinä kohderyhminä ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksista sekä mielenterveys-, uni- ja nivelhäiriöistä kärsivät työntekijät. Avainhenkilöille järjestetään erityisen nopea tutkimuksiin ja hoitoon pääsy (ns. laajennettu työterveyshuollon paketti). Erikoissairaanhoidon pääsyn nopeuttamiseksi voidaan käyttää yksityistä sektoria yrityksen tai sen työntekijöiden ylläpitämän sairauskassan avulla tai tarjota kaikille työntekijöille työterveyshuoltoa täydentävä vakuutus, joka kattaa työterveyshuollon tarpeelliseksi arvioiman erikoissairaanhoidon. Työnantaja voi maksaa vakuutuksen joko kokonaan tai kyseessä voi olla vapaavalintainen etu, josta työntekijä itsekin maksaa osan.

#### 5. Kohdennetut terveystarkastukset käyttöön

Työterveyshuollon tulee järjestää työterveyshuoltolain velvoitteiden lisäksi, erillisiä terveystarkastuksia työn kuormittavuuden arvioinnista tietyille kohderyhmille, avainhenkilöiden terveystarkastuksia (esim. lähiesimiehille, keskijohdolle ja ylimmälle johdolle) sekä terveystarkastuksia ikääntyville työntekijöille. Tarkastuksia tulee järjestää viiden vuoden välein 40-, 50-, 55-, 60-vuotiaille tavoitteena työhyvinvoinnin ylläpitäminen tai parantaminen sekä työuran jatkaminen yli 63 ikävuoden. Keskeinen lähtökohta on, että työterveyshuolto toimii ja tekee oikeita asioita riittävän varhain ja oikeille ihmisille. 40-vuotistarkastukset pitää rakentaa työntekijöitä kiinnostaviksi ja tarkastuksen sisältö selkiseksi, että tarkastettava kokee siitä olevan itselleen hyötyä. Terveystarkastus on naisvaltainen ala ja työntekijöiden keski-ikä on korkea, jolloin esim. vaihdevuosiin liittyvät unihäiriöt ja unettomuus heikentävät oleellisesti työtehoa. Tähän ongelmaan työterveyshuolto voi tuoda ratkaisun suunnatuilla terveystarkastuksilla yli 50-vuotiaille.

## 4.10. Terveystarkastusten edistäminen

*Hallintoylilääkäri Jaakko Herrala*

### Aiheen ongelmakuvaus

Väestön näkökulmasta terveyden edistäminen on osa hyvinvoinnin edistämistä, joka on kuntien järjestämien palvelujen yksi keskeisistä lähtökohdista. Yksinkertaisuuden vuoksi tässä käytetään ainoastaan termiä terveyden edistäminen.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen panostamisella odotetaan saatavan säästöjä pitkällä aikajänteellä terveydenhuollon ja myös muiden hallinnonalojen toimintaan. Kyse on investoinnista tulevaisuuteen.

Terveydestä huomattava osa tuotetaan terveydenhuollon ulkopuolella. Terveystarkastusten mahdollisuudet vaikuttaa terveyden edistämiseen arvellaan olevan 15 prosentin tasoa verrat-



tuna kuntien muiden hallinnonalojen toimenpiteisiin. Terveysthuollon rooli tästä huolimatta voidaan nähdä laajemmalti terveyden edistämistyön kiinnostuksen lisääjänä ja aktivoijana. Ehkäistävissä olevat taudit muodostavat arviolta 70 prosenttia tautitaakasta. Suurin osa tulevista tautitapauksista olisi ehkäistävissä elintapoja muuttamalla.

Selvitystyön tehtävänä oli hakea ehdotuksia seuraaviin aihepiireihin:

- Erikoissairaanhoidon rooli terveyden edistämistyössä
- Terveyden edistämistyön työnjako
- Terveyden edistämistyön hallinnointimalli
- Terveyden edistämistyön valtakunnalliset linjaukset
- Terveyden edistämistyön Pirkanmaalaisen mallin luonti
- Terveyden edistämistyön resursointi

### Aiheen selvittely

WHO ja EU ovat määritelleet keskeisen kansainväliset periaatteet terveyden edistämistyölle. Hallitus on laatinut erillisen politiikkaohjelman terveyden edistämistyön eteenpäin viemiseksi. Sen mottona on terveyden edistäminen kaikissa poliitikoissa. Täten mm. STM, OPM, MMM, KTM, LVM ja YM ovat omissa toimissaan ottaneet huomioon politiikkaohjelman tavoitteita.

Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen kanssa terveyden edistämishjelmaa, jossa kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat olleet aktiivisesti mukana (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma, STM 7.9.2007).

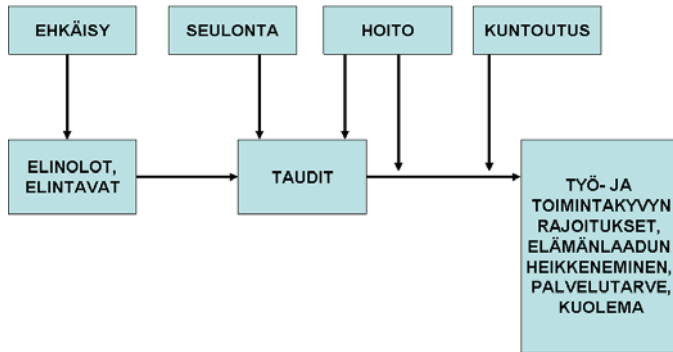
Kesän kynnyksellä 2008 julkaistiin Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista (Toimeenpanosuunnitelma 2008 - 2011).

Uusi terveydenhuoltolakiehdotus kiteyttää kuntien ja laajan väestöpohjan kuntayhtymien / sairaanhoitopiirien velvoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveysthuoltolakiehdotuksen 17§:ssä edellytetään kuntien yksin tai yhdessä laativan suunnitelman terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja palveluista ja niihin varattavista voimavaroista sekä seurannan järjestämisestä.

Lakiehdotuksen 47 § koskee terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä alueellisesti, mikä pohjautuu PARAS-lain 6 §:ään. Sairaanhoitopiirin tai terveyspiirin tulee toteuttaa lain velvoitteita osana kaikkia erikoissairaanhoidon hoitoprosesseja ja tarjota asiantuntemusta ja tukea alueen kunnille alueellisessa suunnittelussa, järjestämällä koulutusta, kokoamalla terveysseurantatietoja sekä levittämällä sairauksien ehkäisyä koskevia toimintamalleja ja toimintaohjelmia.

Terveyden edistäminen on laaja-alaista, moniammatillista ja poikkihallinnollista toimintaa. Yhteistyökumppaneita voivat olla ammattikorkeakoulut, yliopistot, maakuntien liitot, osamiskeskukset, elinkeinoelämän järjestöt, kansanterveys- ja sosiaalialan sekä liikuntajärjestöt.

Kansanterveysongelmien vähentämiskeinot voidaan kuvata seuraavasti:



Kunnat ja perusterveydenhuolto keskittyvät vahvemmin primaaripreventioon, kun taas erikoissairaanhoito keskittyy sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Lisäksi erikoissairaanhoito voi tuoda asiantuntemusta ja seurantatietoja, jotka hyödyttävät kuntien perustehtävää. Sairaanhoitopiiri voi edistää terveyden edistämistyötä koulutuksen, opetuksen, tieteellisen tutkimustyön ja lähes puolen miljoonan potilaskontaktin kautta.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on sisällyttänyt osaksi sairaanhoitopiirin strategiaa terveyden edistämisen. Toimeenpano-ohjelmaan on sisällytetty tätä koskeva hanke vuosille 2007 – 2009. Hanke on jaettu kahteen osaan: henkilöstön oman terveyden edistäminen ja erikoissairaanhoidon toimenpiteet terveyden edistämistyössä. Terveyden edistäminen on jaettu viiteen aihekokonaisuuteen: diabetes, depressio, tupakka, alkoholi ja alle yksivuotiaiden perheiden hyvinvointi. Hanketta on toteutettu yhteistyössä Stakesin alueyksikön kanssa. Hankkeessa on mukana yleislääketieteen yksikkö.

Terveyden edistämistyötä ja siihen liittyvää yhteistyötä on neuvoteltu laajennettavaksi TAYS:n erityisvastuualueelle ja Pirkanmaan kuntien suuntaan. Asiantuntija-apua on saatu myös KTL:n asiantuntijoilta.

Terveyden edistäminen on ollut kevästä 2008 valmistelussa Väli-Suomen KASTE-ohjelmaan. Hakemus on jätettävä ministeriölle vuoden 2008 loppuun mennessä.

Terveyden edistämisen organisoituminen noudattaisi yksinkertaistettuna seuraavaa mallia:

## 5.1. Suurten volyymien sekä kalliita hoitoja tarvitsevien potilaiden hoito

Suurten volyymien potilaat ja toisaalta kalliita hoitoja tarvitsevat potilaat vaativat erityyppiset hoitoprosessit. Suurten potilasryhmien hoidossa on keskeistä sujuvuus ja standardointi, kalliiden hoitojen tapauksissa räätälöinti ja vaikuttavuus. Molemmissa tulee säilyttää potilaslähtöisyys ja ammatillisuus, puhumattakaan kohtaamisen inhimillisyydestä.

Suurten volyymien potilasryhmiä sairaanhoitopiirin osalta on tarkasteltu aineistolla, johon otettiin 1.8.2007 – 31.7.2008 väliseltä ajalta diagnoosit, joissa on ollut yli 3000 käyntiä tai hoitopaksoa. Suurimpina ryhminä nousivat esille syöpäsairauksien sädehoitokäynnit, dialyysit, sepelvaltimotauti, masennus, synnytys, eteisvärinä ja unihäiriöt. Otantatutkimusten mukaan suurimmat diagnoosiryhmät terveyskeskuskäynneissä ovat infektiosairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä sydän- ja verenkiertoelinten taudit. Perusterveydenhuollossa on päättymässä ICPC-pohjainen terveyskeskuskäyntien syiden tilastointiseuranta. Sen tuloksena saadaan vuoden 2008 loppuun mennessä tarkempi kuva perusterveydenhuollon suurten volyymien potilaista.

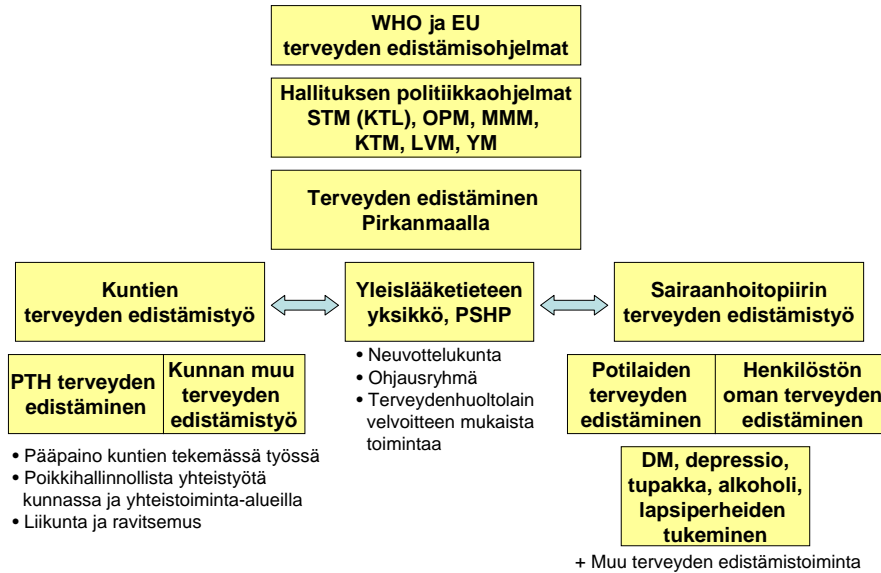
Suurille potilasryhmille kohdistettujen palvelujen tuottavuutta edistetään hoitoprosessien ja hoitoketjujen tarkemmalla suunnittelulla ja seurannalla sekä hoitoprotokollia kehittämällä.

Kalliit hoidot kohdistuvat tilastojen valossa potilaisiin, joilla on todettu vakava sairaus ja sen lisäksi liittännäissairauksia joko perussairauden komplikaationa tai erillisenä. Kalliita hoitoja saavien potilaiden osuus erikoissairaanhoidossa on pieni, mutta kustannusvaikuttavuus on merkittävä. Kunnan näkökulmasta kalliit hoidot voidaan jakaa yhtäältä erikoissairaanhoidon tarkoittamaan kalliiseen hoitoon ja toisaalta kalliiseen pitkäaikaishoitoon sekä hoivapalveluihin. Jälkimmäisellä tarkoitetaan kokonaiskustannuksia, jotka kunnalle kertyvät potilaan pitkäaikaisesta hoidon järjestämisestä. Kansainväliset vertailut ovat osoittaneet, että Suomessa on tapana sijoittaa laitoksiin ja käyttää erikoissairaanhoidoa suurempi osuus sekä iäkkäiden että psykiatristen potilaiden hoidossa kuin muissa Pohjoismaissa ja Euroopan keskiarvoa enemmän. Toimintamallin korjaaminen edellyttää asenteellista uudelleenarviointia ja rakenteellisia ratkaisuja palveluverkossa.

Tällaisten potilaiden hoidossa tuottava tapa toimia edellyttää tarkkaa ja yksilöllistä asiakassuhteen hallintaa (case management). Potilaiden elämän laatu ja hoidon järjestämistapa voidaan optimoida, kun hoidossa korostetaan tautikohtaisen tarkastelun ohella kokonaisvaltaista näkökulmaa. Jokainen potilas on oma, potilaan koko elinajan kestävä projektinsa. Kysymys ei ole pelkästään näyttöön perustuvasta lääketieteestä. Professori Amos Pasternackin mukaan sairautta koskevat objektiiviset tunnusluvut voivat olla vain suuntaa antavia. Ne sisältävät arvokasta tietoa, mutta lopullinen päätös hoidosta ja sen rajoista on tehtävä kunkin potilaan kohdalla hänen erikoislaatuisuutensa huomioon ottaen. Asiantuntijoilla on vastuu siitä, että ihmiset saavat oikeaa tietoa lääketieteen keinoista ja ymmärtävät niiden rajallisuuden.

### Toimenpide-ehdotukset

1. Kuvataan indikaatiot suurten volyymien potilasryhmien erikoissairaanhoidon lähettämiselle ja kehitetään tätä tukeva strukturoitu lähete ohjeineen. TAYS:n yleislääketieteen vastuualue vastaa hankkeen käynnistämisestä.



## SUOSITUKSET

1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja kunnat osallistuvat KASTE -hankkeen valmisteluun ja sitoutuvat hankkeen toteuttamiseen.
2. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikön tehtäväaluetta laajennetaan terveyden edistämistyöhön ja sen koordinoointiin. Yleislääketieteen yksikkö toteuttaa terveydenhuoltolain terveyden edistämistyön velvoitetta.
3. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erityisvelvoitemaksuun sisällytetään terveyden edistämishankkeiden rahoitus, jolla resursoidaan mm. perusterveyshuoltolähtöinen ylilääkärin tehtävä.
4. Perustetaan Pirkanmaalle alueellinen terveyden edistämisen neuvottelukunta
5. Terveyden edistämiseen liittyvää tilastointia ja tietojen keruuta kehitetään yhteistyössä kuntien ja eri asiantuntijaorganisaatioiden kanssa.

## 5. TUOTTAVUUSOHJELMA

Työryhmien laatimat eri aihealueita koskevat suositukset käsiteltiin, tiivistettiin ja asetettiin tärkeysjärjestykseen tuottavuusohjelmatyöryhmän työseminaarissa 8.10.2008. Ensimmäisessä vaiheessa kaikki suositukset asetettiin yksilöarvioinnin avulla tärkeysjärjestykseen. Toisessa vaiheessa tärkeysjärjestykseen asetettiin aihealueet. Tämän jälkeen käytiin tulosta arvioivaa keskustelua, jonka pohjalta tuottavuusohjelman aihealueet tiivistettiin viiteen teemaan. Kuhunkin teemaan valittiin 4 – 5 toimenpide-ehdotusta yhdistellen osaraportteihin sisältyviä ao. teemaan liittyviä suosituksia. Lopuksi toimenpide-ehdotusten toimeenpano vastuutettiin kuntien ja sairaanhoitopiirin kesken.

2. Sairaanhoidopiirissä määritetään hoitoprotokollat merkittäville suurten volyymien potilasryhmille ja kehitetään näille aktiivinen poikkeamiin reagoiva seurantatyökalu.
3. Onnistuneet päätökset kalliista hoidosta vaativat ammattitaitoisen ja oppineen vetäjän. Vastuu kalliista potilaista keskitetään terveystieteiden ja klinikoiden kokeneimmille senioreille.
4. Psykiatrisen potilaan hoidon porrastuksessa arvioidaan tarkoituksenmukainen vastuutaho, tutkitaan mahdollisuus järjestää riittävä hoito kuntien omana toimintana ja hoito vastuutetaan joko nimetyille erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon lääkärille.

## 5.2. Ikäihmisten terveydenhuolto sekä hoivapalvelut

Yli 75-vuotiaat muodostavat suuren volyymien terveydenhuollon palveluiden käyttäjäkunnasta. Vanhusten absoluuttinen määrä sekä suhteellinen osuus väestössä lisääntyy tulevaisuudessa. Tässä ikäryhmässä avun tarve on suuri. Sekä hoitoprosessit että eri organisaatioiden väliset hoitoketjut on saatava toimiviksi, jotta palvelut kyetään tulevaisuudessakin järjestämään.

Palvelurakenteelle tulee määrittää yhteiset tavoitteet ja aikataulu tavoitteisiin pääsemiseksi. Tavoitteena on toimiva palveluketju vanhustenhoito – perusterveydenhuolto – erikoissairaanhoido. Hyvä palveluiden kattavuus ja resurssit eivät automaattisesti takaa, että tuottavuus paranee, siksi kehitetään palveluiden oikeaa kohdentamista ja toimintatapoja.

Palveluiden tehokas kohdentaminen on oikean asiakkaan hoitamista oikealla paikalla oikeaan aikaan. Tavoitteena on vanhuksen hoitoketjuissa oloajan lyhentäminen ja kuntouttamisen tehostaminen sekä joustava siirtyminen ilman ylimääräisiä odotuksia paikasta toiseen: erikoissairaanhoido – perusterveydenhuolto – vanhustenhoito. Tarkasteluun otetaan ensiksi palveluketjun ongelmakohdat sekä suurten volyymien sairausryhmät. Palveluketjun hallitsemiseksi perustetaan kotiutustiimejä / kotiutushoitajia tai muita toimivia kuntakohtaisia ratkaisuja. Näin taataan oikea-aikaiset siirtymiset sekä organisaatioiden välillä että suoraan kotihoitoon, jotta turhilta kokonaishoidoita pitkittävilä laitossiirroilta vältytään.

RAI-arviointimittariston käyttöä kehitetään asiakkaan tarpeen mukaisten palveluiden suunnittelussa sekä palvelutarpeen muutoksissa. Määritellään palveluiden piiriin pääsyn "rajarvot" (esim.RAI:hin perustuen).

Toimivalla mobiiliratkaisulla pyritään perustehtävän ulkopuolisiin tehtäviin kuluvaan työajan minimointiin. Kiinnitetään huomiota työn jakamiseen tasaisesti, työn sisällön suunniteluun, päällekkäisten työntehtävien purkamiseen, joustavan työskentelymallin omaksumiseen ja henkilöstön kouluttamiseen.

### Toimenpide-ehdotukset

1. Kunnat perustavat kotiutustiimin/tiimejä, jotka huolehtivat palveluiden oikea-aikaisesta kohdentamisesta ja toimivien hoito- ja palveluprosessien kehittamisestä sairaanhoitopiirin kanssa.
2. Kunnat kehittävät vanhustenhuollon palvelurakenteen niin, että seuraavat tavoitteet toteutuvat:

VANHUSTENHUOLLON PALVELURAKENTEET		
<i>75-vuotta täyttäneistä</i>	<i>2012</i>	<i>2016</i>
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa	5 %	3 %
Tehostetussa palveluasumisessa asuvia	3 – 4 %	5 – 6 %
Omaishoidon tukea saavia	3 – 4 %	5 – 6 %
Säännöllistä kotihoitoa saavia	10 – 12 %	13 – 14 %
Kotona asuvien osuus	91 – 92 %	91 – 92 %
<i>Terveyskeskussairaalapaikat 1 paikka /100 65 vuotta täyttänyt</i>		

3. Kunnat kehittävät RAI-arviointimittariston käyttöä ja määrittävät sen avulla yhteiset palveluiden piiriin pääsyn raja-arvot.
4. Kunnat kehittävät toimivat mobiili- ja tukipalveluratkaisut kotihoitoon sekä tietotekniset ratkaisut työn tasaiseen jakautumiseen ja työn suunnitteluun.
5. Onnistuneen päivystystoiminnan järjestämiseksi suunnitellaan ja määritellään ikäihmisten tarpeisiin suunnatut päivystyspalvelut yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa.

### 5.3. Pällekkäiset toiminnot

Terveysdenhuollon tuottavuuden arvioinnissa keskeisiä tekijöitä ovat kustannuksia aiheuttavat päällekkäiset toiminnot. Ongelmat kulmineituvat hoitoketjujen päällekkäisyyksiin eri yksiköissä, potilastietojen ja –siirtojen hallinnan ongelmiin sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön yhteistyön toimivuuteen.

Sairaanhoitopiiriin yleislääketieteen yksikkö mallintaa, uudistaa, standardoi ja toimeenpanee yhdessä perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa yhdessä sovitusta aiheista hoitoketjuja. Hoitoketjut sovitetaan yhteen sairaanhoitopiiriin toimintayksiköiden kanssa siten, että potilaan hoito toteutuu sujuvasti, mahdollisimman usein yhden luukun periaatteella.

Toimiva lähetteen arviointi- ja palautuskäytäntö täsmällisine jatkohoito-ohjeineen vähentää sairaalaan tulevaa potilasvirtaa. Lähetekäytäntöjä tulee aiempaa enemmän arvioida ja ohjeistaa terveyskeskuksissa. Ohjeistuksen laadinnassa hyödynnetään erikoissairaanhoidon asiantuntemusta. Sairaanhoitopiiriin lähetteitä vastaanottavissa yksiköissä arvioidaan lähetteet ja pyydetään tarvittaessa täydennyksiä potilastietoihin ja valmisteleviin tutkimuksiin. Mikäli erikoissairaanhoidon tutkimusten tai hoidon tarvetta ei ole, tästä informoidaan potilasta ja annetaan ohjeet lähettävälle lääkärille jatkotoimenpiteiksi. Lisäksi edistetään sähköisten konsultaatioiden käyttöä, jolla vähennetään tarpeettomia erikoissairaanhoidon käyntejä.

Potilaiden siirtoihin liittyvä selvittelytyö vie aikaa ja resursseja organisaation eri tasoilla aiheuttaen ns. arvoa tuottamatonta aikaa. Ratkaisuksi esitetään yhden luukun periaatetta, jolloin hoito suoritetaan alusta loppuun yhdessä pisteessä, josta siirrytään suoraan kotiin. Tämä edellyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kotiutustiimin tiivistä yhteistyötä sekä yhteisesti hyväksyttävien toimintatapojen luomista ja niiden standardointia. Potilashotelli tarjoaa sairaalahoitoa kevyemmän ja edullisemmän ratkaisun sairaalassa tapahtuvan toimenpiteen, tutkimuksen tai leikkaushoidon yhteydessä.

Tehdyn selvityksen mukaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin somaattisen erikoissairaanhoidon laskennalliset kustannukset olivat 3 % yli maan keskiarvon vuonna 2006. Nykyiset rakenteet ja yhteistoiminnallisuuden ongelmat aiheuttavat näin ollen kolmen prosentin ylimääräiset kustannukset. Käynnissä olevassa potilaslogistiikkaselvityksessä kartoitetaan Hatanpään sairaalan potilasvirrat volyymeineen ja ongelmineen sekä selvitetään, miten niitä tällä hetkellä hallitaan. Lisäksi kunnissa ja sairaanhoitopiirissä määritellään parhaat käytännöt ja mittarit potilasvirtojen hallinnan tehostamiseksi.

#### Toimenpide-ehdotukset

1. Yleislääketieteen yksikkö kuvaa ja standardoi keskeiset hoitoketjut ja prosessit.
2. Jokainen erikoisala ottaa käyttöön läheteiden analysointi- ja palautekäytännön.
3. Kunnat perustavat/lisäävät kotiutustiimejä sekä yhteistyössä sairaanhoitopiiriin kanssa kunnat sopivat kotiuttamiseen liittyvät toimintatavat, jotka standardoidaan. Potilassiirtoja vähennetään pilotoimalla erikoissairaanhoidossa yhden luukun periaatteen mukainen toimintamalli. Lisäksi sairaanhoitopiiri jatkaa potilashotelli –konseptin selvittämistä.
4. Sairanhoitopiiri ja Tampereen kaupunki tekevät jatkoselvityksen laskennallisista kustannuksista sekä analysoivat käynnissä olevan potilaslogistiikkaselvityksen tuottamat havainnot ja kunnat ottavat käyttöön selvityksen suositukset.

#### 5.4. Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittäminen

Terveydenhuollon palvelut ovat tietointensiivisiä. Tarvitaan paljon tietoa ja vuorovaikutusta, jotta saadaan hyviä tuloksia.

Tietojärjestelmiä ja tietotekniikkaa on hankittu runsaasti, mutta yksinään se ei paranna tulokSELLISUUTTA. Samalla on laitettava kuntoon organisaatio- ja henkilöstörakenteet, palvelumallit, toimintatavat, johtaminen ja kannusteet. Tietojärjestelmien käyttöönotoissa ei useinkaan oteta huomioon todellisia organisaatorajoja ylittäviä palveluketjuja. Terveydenhuollon toiminnan kannalta merkittävintä on saada kaikki oleellinen tieto päätöksenteon tueksi, mikä edellyttää tietojen huolellista kirjaamista koko palveluketjussa.

Potilastietojärjestelmien merkittävimmät puutteet terveydenhuollon tuottavuuden näkökulmasta ovat edelleen integraation, toiminnallisuuden ja käytettävyyden puutteet. Myös käyttäjien taidoissa on puutteita. Keskeistä on hoitoketjussa omalla toiminnalla ja Pirkanmaan yhteistyöllä kuntoon laitettavien asioiden tunnistaminen nykyisten tietojärjestelmien käytössä. Prosessien kuvaaminen ja ohjeistaminen tietojärjestelmiin tehtäviin merkintöihin saakka on tarpeen.

PARAS-hankkeen mukainen rakenteellinen uudistuminen johtaa Pirkanmaalla jatkossa vähempään määrään potilastietojärjestelmiä. Tämä vahvistaa tietojärjestelmäosaamista ja lisää

joukkovoimaa toimittajiin nähden. Samalla liittyminen Kansalliseen arkistoon ja tiedon kulku järjestelmien välillä helpottuvat.

Kirjallisuuden perusteella on vahvaa näyttöä, että tietokoneavusteiset päätöksenteon tukijärjestelmät lisäävät tuottavuutta sekä vähentävät potilashoidon virhemahdollisuuksia.

Sähköisen lähetejärjestelmän käyttö aloitettiin Pirkanmaalla joulukuussa 2001, jolloin Virtain terveyskeskus oli ensimmäinen liittyjä. Vuonna 2005 yhteensä 61,9 prosenttia läheteistä saapui sähköisenä Taysiin. Nyt yli 80 prosenttia läheteistä tulee sähköisesti, mutta edelleen on terveyskeskuksia, joiden läheteistä alle puolet saadaan sähköisesti.

Tietojärjestelmien kehittämistä on syytä tehdä entistä enemmän yhdessä yliopistollisten sairaanhoitopiirien sekä suurten kaupunkien kanssa. Tässä työssä tulee huomioida kaikki hoitoketjuun osallistuvat tahot ja heidän tietojärjestelmänsä. Pirkanmaalla on lisättävä keskinäistä yhteistyötä sekä paikallisten että suurten valtakunnallisten hankkeiden toteuttamisessa.

Suosituksissa keskitytään Pirkanmaalla suhteellisen nopealla aikataululla toteutettavissa oleviin tietojärjestelmä- ja tiedotushankkeisiin.

#### Toimenpide-ehdotukset

1. Sairaanhoidopiiri ja kunnat ottavat käyttöön täydessä laajuudessa sähköisen lähete-, hoitopalaute- ja konsultaatiojärjestelmän.
2. Otetaan käyttöön digitaalinen puheentunnistusjärjestelmä kuvantamis- ja potilastietojärjestelmissä. Sairaanhoidopiirin hankintatoimisto hoitaa kilpailutuksen.
3. Sairaanhoidopiirin toimesta selvitetään, onko suurten volyymien potilaiden hoitoprotokollien toteutumisen seurantaan löydettävissä siihen soveltuva tietotekninen työkalu.
4. Sairaanhoidopiirissä ja kunnissa otetaan käyttöön tietokoneavusteisia päätöksenteon tukijärjestelmiä terveydenhuollon ammattilaisille.
5. Sairaanhoidopiiri ja kunnat toteuttavat tehokkaasti uutta ensihoito- ja päivystysjärjestelmää koskevan viestinnän ja tiedotuksen, sisältäen mm. hoitoon hakeutumisen, omahoito-, terveystieto- ja sairauden hoito-ohjeet.

## 5.5. Johtajuus ja palkitseminen

Terveydenhuollossa johtaminen on ihmisten johtamista, toiminnan organisointia, ohjaamista, innostamista ja motivointia. Keskeistä on muutoksen johtaminen, erityisesti luonnollisten muutostilanteiden hallinta, liittyvätpä ne ihmisten vaihtumiseen tai laajempiin organisatorisiin järjestelyihin. Palkitseminen on yksi muutoksen johtamisen työkalu.

Palveluprosessien on uudistuttava ja oltava tuotannollisesti entistä tehokkaampia, jotta voimme jatkossakin turvata laadukkaan ja taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmän sekä sen tarvitseman henkilöstön.

Ihmisten johtamisessa painottuvat käsitys perustehtävästä (missio) ja sitä toteuttavasta strategiasta eli toiminnan tavoitteesta (visio) sekä toimintatavasta (arvot, eettiset periaatteet ja kulttuuri). Muutoksen välineitä ovat ammattimainen ja ihmisläheinen johtaminen, uudistuvan teknologian hyödyntäminen potilashoidossa sekä asioiden tekeminen luovalla tavalla.



Tuottavuutta parantavia muutoksia voidaan johtaa ja vauhdittaa palkitsemisen avulla. Voimassa olevat virka- ja työehtosopimukset antavat runsaasti mahdollisuuksia tukea tuottavuutta parantavaa muutosta myös palkkauksellisesti. Uusimmissa sopimuksissa tämä asia on entisestään korostunut.

Onnistuminen palkitsemisjärjestelmien toteuttamisessa edellyttää, että työpaikan ilmapiiri ja lähijohtaminen ovat kunnossa. Tällöin kannustavaa palkkausta ja palkitsemista on mahdollisuus toteuttaa tehokkaasti ja joustavasti, ja se koetaan oikeudenmukaisena ja hyväksyttynä järjestelmänä.

Terveydenhuollon työntekijöiden suuret sairauspoissaolot heijastavat ongelmia ihmisten johtamisessa. Kolmasosa sairauspoissaoloista aiheutuu ristiriidoista työpaikalla ja muista työilmapiiriongelmissa. Palvelujärjestelmän tuottavuus kasvaisi merkittävästi, jos tähän ongelmaan pystyttäisiin puuttamaan.

#### Toimenpide-ehdotukset

1. Henkilöstörakennetta ja ammattiryhmien työnjakoa terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiirissä uudistetaan tarkoituksenmukaiseksi. Tehdään suunnitelmallisia työnjakoa ja tehtäviensirtoa koskevia muutoksia ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. Muutoksia vauhditetaan käyttäen hyväksi myös palkkaus- ja palkitsemisjärjestelmää.
2. Nostetaan lähiesimiesjohtaminen (osastonlääkärit ja osastonhoitajat sekä muut lähiesimiehet) erityisen kehittämisen ja tukitoimenpiteiden kohteeksi sekä terveyskeskuksissa että sairaanhoitopiirissä. Kehittämistyö hankkeistetaan.
3. Työterveyshuollon tavoitteeksi asetetaan sairauskäyttäytymiseen vaikuttaminen. Sairauspoissaolojen vähentämiselle asetetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa vuosittainen mitattava tavoite.
4. Siirrytään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa yksijohtajajärjestelmään, joka tukeutuu moniammatilliseen osaamiseen ja yhteistyöhön.
5. Käynnistetään perusterveydenhuollon (yhteistoiminta-alueet) johtoryhmätyön kehittämisen sekä jatketaan sairaanhoitopiirin toimialueitten ja aluesairaaloitten johtoryhmätyön kehittämistä. Mahdollistetaan sairaanhoitopiirin koordinoima terveyskeskusten johtajien sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen MBA-koulutus.

## 6. TUOTTAVUUSOHJELMA JA TUOTTAVUUDEN KRITTEERIT

Tässä luvussa tarkastellaan, kuinka suositukset ja toimenpide-ehdotukset vastaavat asiantuntijaseminaarin perusteella luvussa 3.2. esitettyjä tuottavuuden kriteereitä.

Toimintojen standardisointi, tuotteistus, mittaaminen ja vertailu

Ikäihmisten hoivapalveluja koskevissa suosituksissa on esillä yhteisten palvelurakenteita koskevien tavoitteiden laatiminen. RAI-arviointimittariston käyttö merkitsee etenemistä kohti standardointia. Kriteeri sisältyy sanatarkasti tehtyihin suosituksiin mm. välisuoritteista puhuttaessa. Suurten volyymien hallintaa koskevat suositukset sisältävät useita tähän osioon kuuluvia toimenpiteitä. Kriteeri täyttyy.

Yhteinen tahtotila, motivoitu tuottavuus, palkan riippuvuus osaltaan tuottavuudesta

Kannustavaa palkkausta koskevat suositukset sisältävät tämän kriteerin mukaisia ajatuksia.

Terveyden edistämistä koskevat suositukset koskevat organisaatioiden yhteisen tahtotilan rakentamista Pirkanmaalla. Kriteeri täyttyy asukkaiden terveyttä edistävällä modernilla tavalla.

Arvoketjujen selkeys, arvoa tuottamattoman ajan minimointi

Kotihoidon mobiiliratkaisuja koskevilla suosituksilla pyritään minimoimaan perustehtävän ulkopuolisiin tehtäviin kuluva aika. Potilaslogistiikan parantamissuositukset tähtäävät arvoa tuottamattoman ajan minimointiin. Suositukset ovat kriteerien mukaiset.

Prosessien analysointi, tilankäytön tehostaminen teknologiaa hyödyntämällä

Hoitoketjujen analysointi merkitsee prosessien parantamista tässä kriteerissä tarkoitetulla tavalla. Mobiiliratkaisut ovat uutta teknologiaa. Potilaslogistiikkaselvitykset ja johtopäätökset saaduista tuloksista merkitsevät prosessien analysointia ja kehittämistä.

Tietojärjestelmien kehittämisestä on erilliset suosituksensa, jotka kohdistuvat kokonaisuutena, tilankäyttöä laajemmalti terveydenhuollon organisaatioihin. Kriteeri täyttyy.

Prosessien rakentaminen rajapintojen yli osaoptimoinnin välttämiseksi

Hoitoketjujen rakentaminen ulottuvuudella erikoissairaanhoidon – perusterveydenhuolto – vanhustenhoito on Pirkanmaan terveydenhuollon sisällä juuri tätä työtä. Kriteeri täyttyy.

Organisaation kulttuuri ja johtaminen ovat tuottavuutta, innovaatioita ja uusia toimintatapoja edistäviä

Johtajuuden parantamista koskevat suositukset etenevät konkreettisesti organisaatioita yhdistävällä tavalla alueellisen palvelujen järjestämissuunnitelman uudistamiseen ja johtoryhmätasoiseen vuorovaikutukseen. Kun puhutaan terveydenhuollosta kokonaisuutena, tavoitteena on vaikuttaa usean eri organisaation kulttuuriin piirteisiin perusterveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa ja erikoissairanhoidossa. Kuka sitten vaikuttaa? Siinä suositus nostaa esiin kaikille tahoille yhteisten välineiden kehittämisen ja vuorovaikutuksen niitä käytettäessä. Yhdessä eri tahot ja henkilöt vaikuttavat. Organisaatioiden kulttuuria muokkaavat niiden johtavat hahmot, heidän viestintänsä sekä erityisesti sanojen ja tekojen johdonmukaisuus. Tuottavuusohjelma luo hyvät edellytykset täyttämään tämä kriteeri.

Henkilöstövoimavarat ja osaaminen ovat laaja-alaisesti hyödynnettyjä, yhteistyö toimii ja työnjako on selkeää

Johtajuuden parantamista koskevissa suosituksissa on kohdistettu näihin asioihin huomiota. Kannustavaa palkkausta koskevassa osiossa huomiota kohdistetaan henkilöstörakenteen ja ammattiryhmien työnjaon uudistamiseen.

Työterveyshuollon suosituksilla tähdätään henkilöstön hyvinvointiin ja sairauslomapäivien minimointiin. Silloin henkilöstövoimavarat ja osaaminen ovat käytössä.

Erittäin kalliiden potilaiden hoito on johdettu tarkasti

Tämä on suoraan yksi raportin aihealueista. Kriteeri täyttyy.

Päivystysjärjestelmä toimii tuottavasti

Tämä on myös yksi tuottavuusraportissa selostetuista aihealueista. Kriteeri täyttyy.

Kokonaisuutena tuottavuuden parantamista koskevat toimenpide-ehdotukset nostavat esille ne asiat, joita asiantuntijaseminaarissa pidettiin tuottavuuden parantamisen edellytyksinä. Tuottavuuden parantaminen koskee koko palveluketjua, erikoissairaanhoidoa, perusterveydenhuoltoa ja vanhustaluuksia sekä myös sosiaalipalveluja.

Ohjelman toimeenpano on tarpeen käsitellä kaikkien terveydenhuollon organisaatioiden päättävissä elimissä heti vuoden 2009 ensimmäisissä kokouksissa. Onnistuneen lopputuloksen kannalta on tärkeää, että kaikki terveydenhuollon organisaatiot Pirkanmaalla – erityisesti niitä johtavat henkilöt – panevat toimenpide-ehdotukset täytäntöön ja että luottamushenkilöt antavat työlle tukensa.

## **7. TUOTTAVUUSOHJELMAN AIKATAULU, TOIMEENPANO, SEURANTA JA KEHITTÄMINEN**

Tuottavuusohjelma pyritään toteuttamaan kunnallisvaalikauden 2009 – 2012 aikana. Ohjelman toimeenpano toteutetaan sekä hankkeina, jotka resursoidaan ja joille määritellään aikataulu, että osana kuntien ja kuntayhtymien vuotuisia toiminta- ja taloussuunnitelmia.

Tuottavuusohjelman toteuttaminen sisällytetään kuntien ja sairaanhoitopiirin välisen sopimusohjauksen piiriin. Seuranta kuuluu tilaajarenkaiden pääneuvottelijoiden ja sairaanhoitopiirin edustajien kokoukselle, joita tullaan pitämään vuosittain säännöllisin väliajoin. Tuottavuusohjelman toteuttamisen edellyttämät uudet yhteiset hankkeet valmistellaan kyseisen foorumin kautta. Kuntien esitetään valtuuttavan tilaajarenkaiden pääneuvottelijat tähän tehtävään.

Tuottavuusohjelman jatkokehittäminen tapahtuu alueellisen terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman kautta.

## 8. TIEDOTTAMINEN

Tuottavuusohjelmaa esitellään kunnille mm. sairaanhoitopiirin johdon keväällä 2009 toteutettavan ns. kuntakierroksen yhteydessä sekä vuoden 2009 aikana järjestettävissä kunnallis- ja terveysjohdon vakiintuneissa yhteisissä tapaamisissa, kuten kunnallisjohtajakokouksissa ja alueellisissa ylilääkäri- ja ylihoitajakokouksissa. Uusille luottamushenkilöille järjestetään asiaa koskeva informaatiotilaisuus syksyllä 2009. Lisäksi eri osapuolet tiedottavat ohjelmasta omien sisäisten tiedotusmenetelmiensä mukaisesti.