
Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Vuosille 2017 – 2019

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat

Päivittänyt Petri Leiponen

- 1. muutokset 23.3.2018

SISÄLLYSLUETTELO

SISÄLLYSLUETTELO	2
1. JOHDANTO	3
2. TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS TILASTOJEN NÄKÖKULMASTA	5
2.1 PIRKANMAAN VÄESTÖ	5
2.2 VÄESTÖN HYVINVOINTI JA TERVEYS.....	5
2.3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	5
2.4 HENKILÖSTÖ	6
3. PALVELUJEN KEHITTÄMISEN TAVOITTEET	7
3.1 ASIAKASLÄHTÖISYYS	7
3.2 TERVEYSHYÖTY.....	8
3.3 YHTEISTYÖ.....	8
3.4 RAHOITUS	10
3.5 IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN HOIVA.....	13
4. HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN SEKÄ ENNALTAEHKÄISEVÄ TOIMINTA	14
5. TUOTETTAVAT PALVELUT JA TYÖNJAKO	15
5.1 PÄIVYSTYS, KIIREELLINEN HOITO JA ENSIHOITO	16
5.2 EI-KIIREELLISET TERVEYSPALVELUT JA TUKIPALVELUT.....	17
6. PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN	24
7. KEHITETTÄVÄT TOIMINTAKOKONAISUUDET	26
7.1 PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN	26
7.2 EI-VAATIVAN ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN	27
7.3 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT	27
7.4 ERIKOISSAIRAANHOIDON SOPIMUSOHJAUSJÄRJESTELMÄN JATKUVA KEHITTÄMINEN	28
7.5 TERVEYDENHUOLLON ICMT, DIGITALISAATIO JA TIEDOLLA JOHTAMINEN	29
8. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN TOTEUTUS JA SEURANTA	29
8.1 SEURANTAMITTARIT SUUNNITELMAKAUDELLE 2017 – 2019.....	30
9. LIITTEET	32

1. JOHDANTO

Terveydenhuoltolain § 34 mukaan alueellinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on laadittava valtuustokausittain ja siinä on sovittava mm. kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä sekä tarvittavasta yhteistyöstä olennaisten toimijoiden kesken. Järjestämissuunnitelma tulee hyväksyä sairaanhoitopiirin valtuustossa. Hyväksymisen edellytyksenä on, että sitä kannattaa 2/3 kunnista ja sen takana on vähintään puolet sairaanhoitopiirin jäsenkuntien väestöstä. Hyväksytyyn suunnitelman toteutumista seurataan vuosittain ja tehdään suunnitelmaan tarvittavat muutokset.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella on laadittu terveydenhuollon järjestämissuunnitelma aiemmin kolmesti – vuosina 2006, 2010 ja 2012. Kaksi ensimmäistä järjestämissuunnitelmaa perustuivat valtioneuvoston asetukseen (1019/2004) ja viimeisin, vuosien 2013 – 2016 suunnitelma, terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 34 §). Tarkemmin valtuustokausittaisesta suunnitelmasta on määrätty valtioneuvoston asetuksella 337/2011 sekä Kuntaliiton yleiskirjeellä 21/80/2011. Lääkintöneuvos Ulla Mattelmäen kokoama, vuosien 2013-2016 suunnitelma hyväksyttiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa syksyllä 2012 ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuustossa joulukuussa 2012. Sairaanhoitopiirin jäsenkuntien nimeämä ohjausryhmä on seurannut suunnitelman toteutumista vuosittain ja tehnyt siihen tarvittavat muutokset. Edellinen järjestämissuunnitelma ja seurantaraportit ovat verkossa [Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sivuilla](#).

Alueellinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma voidaan nähdä käynnissä olevan valtakunnallisen sote- ja maakuntauudistuksen edeltäjänä terveydenhuollon järjestämisen osalta. Järjestämissuunnitelma on kuitenkin ollut nimensä mukaisesti suunnitelma, eikä sopimusoikeudellisesti jäsenkuntia velvoittava dokumentti. Mikäli maan hallituksen valmistelemat lait ja lakimuutokset astuvat voimaan, siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu kunnilta perustettaville maakunnille 1.1.2020 alkaen. Sosiaali- ja terveysministeriöstä (STM) saatujen tiedonantojen mukaan tässä tapauksessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laitimis- ja seurantavelvoitteet ovat väistyvää lainsäädäntöä ja maakunta vastaisi vuodesta 2020 alkaen myös järjestämisen toimeenpanon seurannasta. Pirkanmaan sote- ja alueuudistuksen esivalmistelu on käynnissä Pirkanmaan liiton puitteissa (lisätietoja mm. www.pirkanmaa2019.fi) ja järjestämissuunnitelmatyötä on tehty yhteistyössä maakuntauudistuksen valmistelun kanssa.

Nyt laadittu vuosien 2017 – 2019 Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on muokattu vähäisin päivityksin vuosien 2013 – 2016 suunnitelmaan. Tämä linjaus on tehty järjestämissuunnitelman ohjausryhmässä, Pirkanmaan sote- ja maakuntauudistuksen esivalmistelun sote-projektiryhmän kokouksessa 28.3.2017 sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien sosiaali- ja terveysjohtajien toimesta 6.4.2017. Suhteessa vuosien 2013 – 2016 järjestämissuunnitelmaan toimintaympäristön kuvausta (luku 2.) on tiivistetty viitaten mm. keväällä 2016 valmistuneeseen laajaan [Pirkanmaan sote- ja maakuntauudistuksen nykytilan kuvaukseen](#). Tuotettavien palvelujen sisältöä ja työnjakoa (luku 5.) on ajantasaistettu ja tarkistettu maakuntauudistuksen valmistelun työsuunnitelmien mukaiseksi. Sen sijaan edeltävän järjestämissuunnitelman on katsottu kestäneen varsin hyvin aikaa palvelujen kehittämisen tavoitteiden (luku 3.) ja kehitettävien toimintakokonaisuuksien (luvut 6. ja 7.) osalta. Tämä voidaan nähdä aiemman suunnitelman vahvuutena, tai toisaalta myös suunnitelmaohjauksen heikkoutena – edellisen suunnitelmakauden tavoitteisiin ei ole Pirkanmaalla täysimääräisesti päästy eikä perusterveydenhuoltoa tai osin muitakaan haluttuja toimintakokonaisuuksia ole saatu halutusti

vahvistettua kuluneen neljän vuoden aikana. Järjestämissuunnitelman toimenpanon seuranta (luku 8.) jatkuu pääsääntöisesti edellisten vuosien pohjalta. Vuosittaista kehitystä on kuvattu aiemmissa [seurantaraporteissa](#).

Järjestämissuunnitelman ohjausryhmään kuuluvat organisaatioidensa nimeäminä edustajina:

Mika Vuori (pj.)	suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki	Tampere ja Orivesi
Tuomas Parmanen (varapj.)	ylilääkäri, Hämeenkyrö	H-kyrö, Ikaalinen, Parkano, Kihniö
Auli Heinonen	palveluasiantuntija, Jämsä	Jämsä ja Kuhmoinen
Pirkko Mäenpää	toimitusjohtaja, Keiturin Sote	Virrat ja Ruovesi
Saara Rauhala	tilaajaohjaaja, Mänttä-Vilppula	Mänttä-Vilppula ja Juupajoki
Oskari Auvinen	kunnanjohtaja, Kangasala	Kangasala, Pälkäne, Ylöjärvi, Nokia,
Toni Haapala	hyvinvointipalveluiden talousjohtaja, K-ala	Pirkkala, Lempäälä ja Vesilahti
Arto Ranta	tuotantojohtaja, Tampereen kaupunki	Tampere ja Orivesi
Päivi Tryyki	sosiaali- ja terveysjohtaja, Sastamala	Sastamala ja Punkalaidun
Juhani Grönlund	johtava ylilääkäri, Akaa	Valkeakoski, Akaa ja Urjala
Eija Tomás	hallintoylilääkäri, PSHP	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Sari Mäkinen	vastuualuejohtaja, PSHP	Perusterveydenhuollon yksikkö
Jarkko Oksala	tietohallintojohtaja, Tampereen kaupunki	tietohallinnon edustaja
Antti Jokela	tietohallintojohtaja, PSHP	tietohallinnon edustaja
Pasi Mäkinen	toimitusjohtaja, Pirkanmaan yrittäjät	yksityissektorin edustaja
Tuula Tuominen	toimitusjohtaja, Pikassos	sosiaalihuollon edustaja
Jaakko Herrala	sote-projektijohtaja, Pirkanmaan liitto	maakuntaudistuksen edustaja

Varsinaisilla jäsenillä on nimetyt varajäsenet, jotka ovat osaltaan osallistuneet ohjausryhmän toimintaan. Ohjausryhmän esittelijänä ja suunnitelman päivittäjänä on toiminut kutsutusti tamperelainen terveydenhuollon erikoislääkäri Petri Leiponen. Asiantuntijana on toiminut PSHP:n perusterveydenhuollon yksikön vastuualuejohtaja Sari Mäkinen.

Tämä järjestämissuunnitelma toimii edeltäjänsä mukaisesti reittioppaana vuonna 2017 alkaneesta valtuustokaudesta vuoden 2019 loppuun sillä oletuksella, että maakunta vastaa terveydenhuollon järjestämisestä 1.1.2020 alkaen. Maakuntaudistuksen valmistelu on Pirkanmaalla käynnissä Pirkanmaan liiton toimesta. Uudistuksen valmistelua ohjaa Pirkanmaalla [Maakuntaudistuksen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2017 - 2019](#). Nämä kaksi suunnitelmaa täydentävät toisiaan terveydenhuollon osalta. Loppuvaltuustokauden, vuosien 2020 – 2021 terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä Pirkanmaalla päättää todennäköisesti syksyllä 2018 valittava maakuntavaltuusto. Sote-uudistuksesta huolimatta toimijoiden välillä tarvitaan tämän jälkeenkin erittäin tiivis yhteistyörakenne sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi etenkin hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen näkökulmasta. Mikäli lakien valmistelu keskeytyisi ja järjestämisvastuu ei siirtyä vuonna 2020 Pirkanmaan maakunnalle, tulee järjestämissuunnitelmatyötä jatkaa nykyistä laajemmalla pohjalta Pirkanmaalla.

Tampereella 23.10.2017



Petri Leiponen

2. TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS TILASTOJEN NÄKÖKULMASTA

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma huomioi kuntien hyvinvointikertomukset ja Pirkanmaan alueellisen, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuuston joulukuussa 2016 hyväksymän [Pirkanmaan alueelliseen hyvinvointikertomuksen vuosille 2017 – 2020](#). **Pirkanmaan väestö, väestön hyvinvointi ja terveys, nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut, sekä niitä tuottava henkilöstö on kuvattu keväällä 2016 sote-uudistuksen esivalmistelun puitteissa laaditussa [Nykytilan kuvauksessa](#)**. Tietoja on lisäksi soveltuvin osin päivitetty ja täydennetty touko-kesäkuussa 2017 valmistuneissa Pirkanmaan sote- ja alueuudistuksen esivalmistelun [sote-](#) ja [yhteiset asiat](#) -teemaryhmien loppuraporteissa.

Pirkanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä kuvataan lisäksi useissa muissa määräväleihin julkaistavissa tilastoraporteissa, kuten [Työ- ja elinkeinoministeriön työllisyyskatsaus](#), [Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen \(THL\) TEA-viisari](#), [sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekiodut menot -julkaisu](#) sekä terveydenhuollon järjestämissuunnitelman seurannan vuosittaiset [seurantareportit](#).

2.1 Pirkanmaan väestö

Olennaisimmat johtopäätökset Pirkanmaan väestöstä ovat ennallaan vuoden 2012 tilanteeseen verrattuna - Demografisten muuttujien tarkastelu näyttää, että Pirkanmaan keskuseudulla Tampereella ja sen ympärillä asuu Pirkanmaan hyvin toimeentuleva, koulutettu ja työssäkäyvä väestö. Mitä etäämmäksi mennään keskuseudusta sitä iäkkäämpää, vähemmän koulutettua ja tulotasoltaan alhaisempaa väestö on. Pirkanmaa on monella mittarilla kuin Suomi pienoiskoossa. Pirkanmaan, kuten koko Suomen, väestön ikäihmisten osuus kasvaa huomattavasti 2030-luvun lähestyessä.

2.2 Väestön hyvinvointi ja terveys

Pirkanmaan väestön hyvinvointia ja terveyttä pähkinänkuoressa on kuvattu em. raporttien lisäksi myös mm. [STM:n ja sote-uudistuksen tilastokoonnissa](#).

Pirkanmaan väestön terveydestä ja hyvinvoinnista voidaan eri mittareiden valossa arvioida, että väestö on terveintä Tampereella ja sitä ympäröivissä kehyskunnissa. Työllisyydellä on positiivinen yhteys väestön terveyteen.

2.3 Sosiaali- ja terveyspalvelut

Sosiaali- ja terveyspalveluja voidaan arvioida mm. kuntien sote-menojen pohjalta. THL:n tuorein tilastojulkistus koskee vuotta 2015. Kuntavertailussa on käytetty tarvekiointia, joka kertoo palveluihin käytetyistä menoista suhteessa väestön palvelutarpeeseen. PSHP:n jäsenkunnat ovat taulukossa 1 ylhäältä halvimhasta alas kalleimpaan, suhteutettuna palvelutarpeeseen. Noin puolet Pirkanmaan kunnista toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut halvemmalla kuin maassa keskimäärin.

Kunta	Nettomenot €/asukas	Tarvekerroin	Tarvevakioidut menot, indeksi	Valtakunnallinen sijaluku (297 kuntaa)
Virrat	3438	1,28	88	17.
Ylöjärvi	2447	0,90	89	23.
Kangasala	2519	0,90	92	38.
Pirkkala	2323	0,83	92	39.
Hämeenkyrö	2937	1,04	93	49.
Nokia	2641	0,93	93	51.
Pälkäne	3217	1,11	95	72.
Parkano	3381	1,16	96	90.
Lempäälä	2516	0,86	97	93.
Valkeakoski	3005	1,02	97	98.
Sastamala	3362	1,12	99	118.
Urjala	3514	1,17	99	120.
Akaa	3027	1,00	99	125.
Valtakunnallinen keskiarvo		1,00	100	
Juupajoki	3264	1,08	100	132.
Ikaalinen	3354	1,09	102	161.
Kihniö	4059	1,30	103	172.
Tampere	3002	0,96	103	183.
Mänttä-Vilppula	3857	1,23	103	184.
Punkalaidun	3857	1,21	104	200.
Jämsä	3701	1,16	105	212.
Kuhmoinen	4201	1,31	105	213.
Vesilahti	2955	0,91	106	220.
Orivesi	3556	1,09	107	226.
Ruovesi	4326	1,27	112	257.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot Pirkanmaalla vuonna 2015 (lähde [THL](#))

Tarkasteltaessa pelkästään terveydenhuoltomenoja, poikkeaa järjestys edellä esitetystä. Tämä selittyy sosiaalihuollon ja terveydenhuollon eri painotuksilla esim. ikäihmisten asumis- ja laitospalvelujen välillä. Vastaavasti erikoissairaanhoidon osuudessa terveydenhuoltomenoista on kuntakohtaisia eroja, esim. alueellinen erikoissairaanhoidon yksikkö näkyy usein lisääntyneenä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttönä. Terveyspalveluiden käyttö ei ole suoraan yhteydessä väestön sairastavuuteen. Käyttöön vaikuttavat ainakin palveluiden saatavuus ja tarjonta, ikärakenne sekä paikallinen toimintakulttuuri.

Kuntakohtaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa on suuria eroja. Niitä eivät selitä yksinomaan kuntien ikärakenne tai sairastavuus vaan mm. paikalliset käytännöt – hyvät tai huonot, sekä palveluiden tarjonta ja saatavuus. Erikoissairaanhoidon osuus suhteessa perusterveydenhuoltoon on kasvanut kuntien terveydenhuoltomenoja tarkasteltaessa edelleen neljän vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna.

2.4 Henkilöstö

Terveydenhuoltohenkilöstön saatavuus on jonkin verran helpottanut verrattuna edellisen järjestämissuunnitelman laatimisajankohtaan, vuoteen 2012. Kuitenkin esim. psykiatrien, sosiaalityöntekijöiden ja puheterapeuttien saatavuudessa on edelleen haasteita. Terveydenhuollon joustavaa työnjakoa tulee kehittää monipuolisemmaksi ja eri osaamisia hyödyntäväksi. Teknologiaa, joka vapauttaa henkilöstöä asiakastyöhön ja sujuvoittaa asiakaspalvelua, tulee ottaa käyttöön.

3. PALVELUJEN KEHITTÄMISEN TAVOITTEET

Pirkanmaan vuosien 2013 – 2016 terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan kirjattujen Pirkanmaan terveydenhuollon palvelujen kehittämisen tavoitteiden voidaan todeta kestäneen hyvin aikaa ja ne ovat myös varsin yhteneväiset valtakunnallisen sote-uudistuksen tavoitteiden kanssa. Palveluiden tulee olla asiakaslähtöisiä ja väestön vanhetessa ikääntyvän väestön hoiva vaatii erityishuomiota. Rahoituksen riittävyys tulee varmistaa yhteistyötä lisäämällä ja terveyshyötyä tuottavaan palveluun keskittymällä.

3.1 Asiakaslähtöisyys

Terveydenhuollossa strategiat, suunnitelmat ja palvelut on perinteisesti laadittu ammattilaisten toimesta asiakkaita varten ilman, että potilaat voivat niihin vaikuttaa. Asiakas on ollut toiminnan kohde, jolta on kysytty lähinnä sitä, miten hän on kokenut saamansa palvelun.

Aito asiakaslähtöisyys perustuu sen tiedostamiseen, että asiakas on oman tilansa paras asiantuntija. Terveydenhuollon tehtävänä on tukea ja auttaa häntä hänen terveytensä tai sairautensa hoitamisessa ja oikeiden päätösten tekemisessä arkitilanteissa. Asiakaslähtöisessä toiminnassa ammattilaiset hyödyntävät hoidossa sairastuneiden kokemuksellista tietoa heidän sairaudestaan. Tällöin terveydenhuollon tavoitteena on sairastuneen mahdollisimman hyvä pärjääminen, mikä merkitsee yksilön autonomian lisäämistä ja selviytymisen (pärjäämistaitojen) edistämistä kotona ja muussa hänen omassa elinympäristössään.

Hoitojärjestelmän tavoitteena on ollut tarjota palveluita kaikille tasapuolisesti samanlaisina huomioimatta asiakkaiden omia kykyjä tai osaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön asiakkuuksien hoitamisen ja hallinnan osaamista tulee kehittää, huomioiden myös uuden teknologian asiointikanavat. Potilaiden ottaminen mukaan terveystalouden kehittämiseen ja palvelujärjestelmän muuttaminen asiakaslähtöiseksi parantavat terveydenhuollon vaikuttavuutta, asiakastyytyväisyyttä ja henkilöstön työssä jaksamista. Eri toimijoiden tulee sopia joustavista yhteisistä toimintatavoista.

Edellisen järjestämissuunnitelmakauden aikana erilaisten asiakkuuksien tunnistamiseen ja määrittelyyn on Pirkanmaalla kehitetty sähköinen [Suuntima](#) -työväline. Asiakas ja ammattilainen tekevät Suuntiman yhdessä. Kysymysten avulla asiakas arvioi omia voimavarojaan ja ammattilainen arvioi sairauden hoidon vaikeutta/monimutkaisuutta. Suuntiman asiakkuus (Omatoimi-, yhteisö-, yhteistyö-, verkosto-asiakkuus) vaikuttaa hoidon järjestelyihin ja omahoidon tukikeinoihin, mutta ei lääketieteelliseen hoitoon.

Linjaukset:

- Asiakkaiden oikea-aikainen hoitoon pääsy ja hoito on turvattava
- Asiakkaat otetaan mukaan kehittämiseen ja suunnitteluun (hoitoketjut, palvelut, strategiat)
- Palveluntuottajat jatkavat valmistautumista asiakkaiden laajempaan vapaaseen hoitopaikan valintaan
- Toimintaan kehitetään yhden palvelupisteen -periaatteella toimivaksi
- Digitalisaatiota tarvitaan erityisesti omahoitosovellusten ja sähköisten asiointipalveluiden kehittämiseen
- Palveluiden järjestämisessä huomioidaan erilaiset asiakkuudet (asiakkuussegmentointi)
- Palveluiden saatavuutta parannetaan uusilla palveluilla ja palveluvalikoimaa monipuolistamalla (sähköiset palvelut, ryhmätoiminnot) ja palveluita Suuntiman mukaan kohdentamalla

3.2 Terveysyhyöty

Tuotettavien palveluiden pitää tuottaa käyttäjilleen terveysyhyötyä. Palvelut kohdennetaan asiakastarpeiden mukaisesti asiakkaiden kokemuksia hyödyntämällä. Ammattilaiset eivät aina kuuntele ja hyödynnä sairastuneiden aikaisempia elämäkokemuksia ja sairastuneilla itsellään jo olevaa tietoa terveydestä ja sairaudesta. Tämän seurauksena tehdään tarpeettomia tutkimuksia tai toimia, jotka eivät tuota potilaalle terveysyhyötyä. Jokaisen asiakaskohtaamisen sisältöä pitäisi arvioida, auttaako tutkimus tai hoito ihmisten tervehtymistä ja pärjäämistä arjessa ja vaikuttaako se hänen elinajanodotteeseensa.

Terveysyhyödyn perusteena on esimerkiksi se, että tutkimuksissa on voitu osoittaa toimenpiteen olevan vaikuttava ja mahdollisesti lisäävän hoidettavan terveyttä. Terveysyhyötyajattelua on toteutettu jo yhtenäisen hoidon perusteissa vuodelta 2005, jolloin kirjattiin valtakunnallisesti syyt erikoissairaanhoidon lähettämiseksi samalla, kun otettiin käyttöön hoitotakuu. Näiden lisäksi ammattilaisten apuna ovat hoitosuosituksien ja Pirkanmaalla laaditut hoitoketjut. Hoitosuositukseen sisältyvät uutena myös ns. [Vältä viisaasti -suositukset](#), joita hyödyntäen voidaan luopua terveysyhyötyä tuottamattomista vanhentuneista käytännöistä.

Haaste terveysyhyödyn toteutumiselle on asiakkaiden vapaa hoidon valinta ja potilastietojen saatavuus. Terveysyhyödyn siirtyminen entistä enemmän monituottajamalliin, jolloin tarvitaan tietoteknisiä ratkaisuja, joilla voidaan ehkäistä päällekkäisiä tutkimuksia ja hoitoja sekä turvata kaikkien ammattilaisten ja asiakkaiden pääsy saman ja oikean tiedon äärelle.

Linjaukset:

- Hoitopäätösten ja kuntoutusratkaisujen tulee perustua siihen, auttavatko ne potilasta pärjäämään arjessa
- Tietoteknisillä ratkaisuilla on turvattava potilastietojen oikea-aikainen saatavuus niitä tarvitseville
- Jokaiselle pitkäaikaissairaalle potilaalle nimetään hoitokokonaisuudesta vastaava taho ja henkilö
- Päällekkäisiä tutkimuksia ja tarpeettomia hoitoja ja käyntejä ei tehdä
- Pirkanmaalle rakennetaan yhteinen, systemaattinen asiakaspalautejärjestelmä
- Otetaan käyttöön mittareita, jotka kertovat hoidon vaikuttavuudesta (esim. 15D)

3.3 Yhteistyö

Sote-uudistuksen keskeisimpiä tavoitteita on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Tähän tulee pyrkiä jo uudistusta edeltävästi. Huomioiden kuitenkin järjestämissuunnitelman kevyen päivittämisen vaateen sekä suunnitelman lakisäätöluonteen lähinnä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmana, laajamittaista päivitystä integraationäkökulmasta ei ole tähän suunnitelmaan tehty.

Avohoito on sekä kustannuksia säästävää, että useimmiten potilaalle inhimillisin vaihtoehto. Erikoissairaanhoidosta potilaiden jatkohoitoa on siirretty perusterveydenhuoltoon tai osa hoidoista on toteutettu yliopistollisen keskussairaalan sijaan Hatanpäällä, terveyskeskuksissa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimesta. Myös yliopistosairaalan vaativan erikoissairaanhoidon kysyntään tulee pyrkiä yhteistyössä vaikuttamaan sitä laskevasti.

Alueen tarpeisiin mukautettu hoidon porrastus ja hoitavien tahojen yhteistyö tukevat oikea-aikaista ja riittävää hoitoa tarkoitukseen nähden oikeassa paikassa. On tarkoituksenmukaista ottaa käyttöön kaikki sairaanhoitopiirin alueella olevat voimavarat yksityinen ja kolmas sektori mukaan lukien. Ei-vaativaa erikoissairaanhoitoa voidaan usein toteuttaa mahdollisimman lähellä potilaan omaa asuinympäristöä. Lisäksi kontrollikäyntien tarpeellisuus tulee aina tarkkaan harkita. Osa lähetteisistä voidaan korvata sähköisillä konsultaatioilla.

Terveyskeskusten keskinäisen yhteistyön lisääminen mahdollistaa hyvien käytäntöjen leviämisen ja voimavarojen yhdistämisen, mikä säästää aikaa ja rahaa. Koko terveydenhuollon sisällä on tärkeää lisätä yhteistyötä ja sitä kautta luottamusta eri toimijoiden välillä. Yhteistyö terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja muiden toimijoiden kanssa lisää toisen työn ymmärrystä ja arvostusta ja sitä kautta yhteisen asiakkaan hoidon sujuvuutta. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen sekä järjestösektorin välillä tarvitaan nykyisten tapaamisten lisäksi uusia yhteistyöfoorumeja, jossa voidaan keskustella terveyspalveluiden tarjonnasta, hankinnasta ja uusista tuotteista. Erityisesti asukkaiden ja asiakkaiden osallisuudesta yhteistyöfoorumeille huolehditaan. Kaikkea tätä yhteistyötä tukemaan tarvitaan digitaalisia ratkaisuja.

Kunnissa terveydenhuollon yhteistyön järjestäminen perustuu verkostomaiseen toimintatapaan, jonka perustana ovat säännölliset tapaamiset. Terveydenhuollon tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat sosiaalihoito, sivistyspalvelut ja elinvoimapaalvelut. Integraatioon sosiaalihuollon kanssa tulee kiinnittää erityistä huomiota etenkin ikäihmisten palveluiden ja vammaispalveluiden osalta sekä kaikissa palveluissa, joiden kohteena ovat syrjäytymisuhan alla olevat asukkaat. Näiden toimintojen osalta on tärkeää tehdä työtä yhdessä ja luoda yhteiset toimintatavat hallinnollisista rajoista riippumatta. Saumaton yhteistyö on aidon asiakaslähtöisen työskentelyn välttämätön edellytys.

Kunnissa on yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita, jotka hoitavat esimerkiksi ikäihmisiä tai mielenterveyskuntoutujia. Ne ovat sekä kuntien sopimustoimijoita, että tärkeitä yhteistyökumppaneita. Monet näistä ovat pieniä ja toimivat yksin. Pienten toimijoiden voi olla vaikea huolehtia usein kunnille suunnattujen uusien ohjeiden seuraamisesta, jos niitä ei ole kirjattu sopimukseen eikä asioita tarkenneta vuosittain. Tarvitaan yhteistapaamisia, joissa vaihdetaan tietoja ja sovitaan yhteisesti kehittämissasioista. Hyviä kokemuksia vastaanlaisesta yhteistyöstä on apteekkien ja poliisin kanssa. Kunnan hyvinvointikertomus on foorumi, jonka laatimiseen pitäisi kaikkien kunnassa toimivien järjestöjen ja koko kolmannen sektorin osallistua. Samalla se on keino kartoittaa alueen toimijat ja heidän yhteystietonsa.

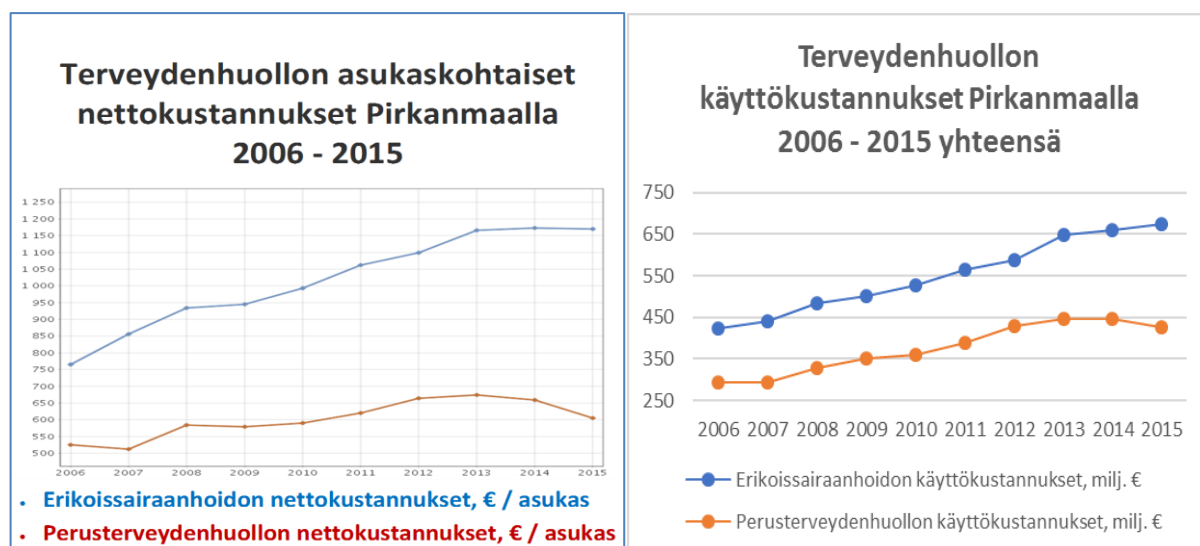
Terveydenhuoltolaki velvoitti kaikki terveydenhuollon toimintayksiköt laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Yksikkökohtainen suunnitelma tarkoittaa uudenlaista suhtautumista myös potilastietojärjestelmiin, jolloin ne luokitellaan tietyiltä osin lääkinnällisiksi laitteiksi, mikä edellyttää organisaatiolta uudenlaista vastuuta ja koulutusresursointia. Tarkoituksenmukaista on, että suunnitelman laatimisessa kaikki tahot käyttävät yhdessä määriteltyä suunnitelmarunkoa (THL). Suunnitelman lisäksi kaikkien toimijoiden tulee seurata ja laatia ohjelma haittatapahtumien ja läheltä piti tilanteiden välttämiseksi.

Linjaukset:

- Osoptimoinnin vähentäminen esimerkiksi niin, että hoidon määrännyt taho vastaa myös kustannuksista (esim. laboratoriotutkimukset, kalliit lääkkeet, terapiat ym.)
- Asiakkaiden sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden osallistamisesta Pirkanmaan yhteisille sosiaali- ja terveydenhuollon foorumeille huolehditaan
- Terveyshyötymallin ja uuden lainsäädännön mukainen asiakkaan kokonaissuunnitelma otetaan eri organisaatioiden yhteiseen käyttöön
- Kaikissa Pirkanmaan terveydenhuollon toimintayksiköissä laaditaan suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta käyttäen samaa runkoa ja käytetään HaiPro -ohjelmaa
- Kaikki kunnan toimialat osallistuvat hyvinvointikertomuksen laatimiseen, osallistaen mukaan kunnan alueella toimivat yritykset ja kolmannen sektorin toimijat

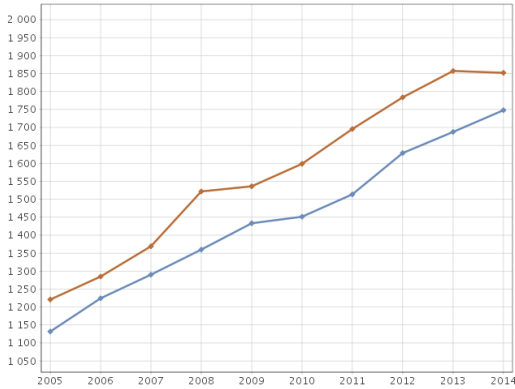
3.4 Rahoitus

Kuntien terveydenhuollon menot muodostuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menoista. Erikoissairaanhoidon osuus näistä menoista on kasvanut huomattavasti viime vuosina. Perusterveydenhuollon osuus Pirkanmaan kuntien terveydenhuoltomenoista on laskenut lähes 1/3:an (34,1 % vuonna 2016) kaikista terveydenhuollon nettokustannuksista, kun se vielä edellisen järjestämissuunnitelman laatimisen aikaan vuonna 2012 oli n. 40 % ja kansanterveyslain astuessa voimaan vuonna 1972 noin 50 %. Ongelmaa pahentaa se, että kuntien verotulot ja valtionosuudet eivät ole kasvaneet samassa suhteessa, jolloin kunnan budjetista entistä suurempi osa menee erikoissairaanhoidon. Pitkään jatkunut tilanne on johtanut kunnissa perusterveydenhuollon ohentumiseen. Terveyskeskusten lääkäreiden määrä on pysynyt lähes muuttumattomana ja uudet lääkärin virat on perustettu ensisijaisesti erikoissairaanhoidon. Monessa kunnassa on jouduttu leikkaamaan lyhytnäköisesti sekä ennaltaehkäisystä, että perusterveydenhuollon palveluista, joilla olisi ollut mahdollista vähentää potilaiden erikoissairaanhoidon tarvetta.



Kuva 1. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokustannukset ja yhteenlasketut käyttökustannukset vuosina 2006 – 2015 Pirkanmaalla (Lähde: THL). Perusterveydenhuollon sisällä kustannuskehitys johtuu pääasiassa terveystieteiden vuodeosastohoidon vähenemisestä, vaikka avohoitopalvelut ovatkin jonkin verran lisääntyneet.

Sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset nettokustannukset Pirkanmaalla 2005 - 2014

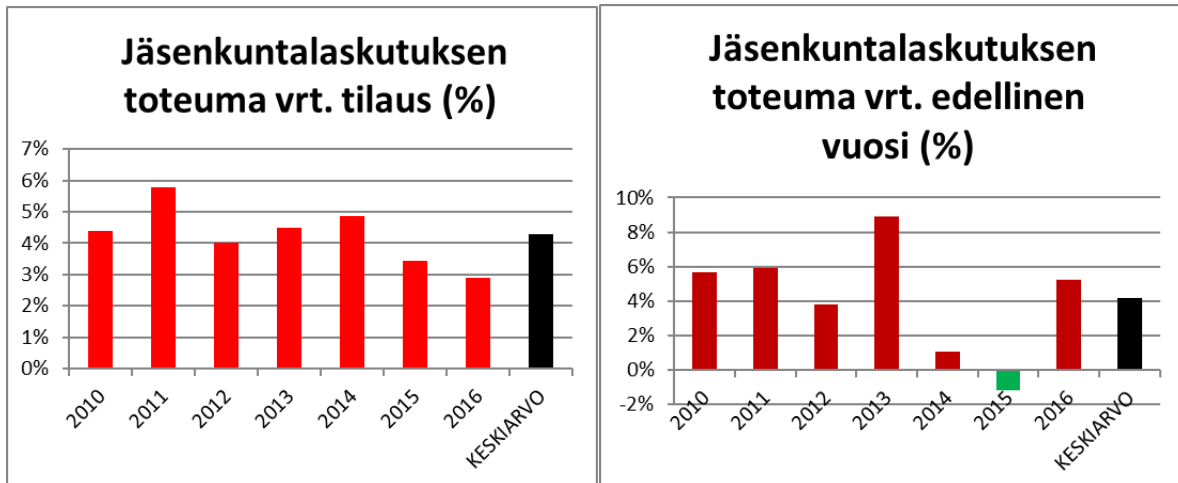


- Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa / asukas
- Terveystoimen nettokustannukset, euroa / asukas

Kuva 2. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset (Lähde: THL)

Kun laennetaan tarkastelua myös sosiaalihuoltoon, voidaan todeta, että kuntien sosiaalitoimen asukaskohtaiset nettokustannukset ovat kasvaneet 10 vuodessa (+ 54 %) suunnilleen saman verran, kuin koko terveystoimen nettokustannukset (+ 52 %). Kun terveystoimen kustannuskasvua selittää erikoissairaanhoito, vastaavasti sosiaalitoimen suurimman erän muodostavat ikääntyneiden laitoshoidon, ympärivuorokautisen hoivan ja kotihoidon palvelut. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito on vähentynyt ja sosiaalitoimen alaiset kotona asumista tukevat palvelumuodot ovat lisääntyneet.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon menot ovat ylittäneet jäsenkuntien kokonaistilauksen jokaisena vuonna 2010-luvulla ja yhtenä vuonna seitsemästä kokonaistoteuma on alittanut edellisen vuoden toteuman. Yhteensä vuosina 2010 – 2016 jäsenkuntien sairaanhoitopiiriltä ostaman erikoissairaanhoidon laskutus on noussut yli 127 milj. euroa (+33 %) verrattuna vuoden 2009 lähtötilanteeseen ja ylittänyt yhteensä 133 milj. eurolla kuntien vuosittaiset tilaukset.



Kuva 3. PSHP:n jäsenkuntalaskutuksen toteuma Pirkanmaalla vuosittain verrattuna tilaukseen ja edellisen vuoden toteumaan. (Lähde: PSHP tietopalvelu)

Sairaanhoitopiirin välisessä vertailussa PSHP:n tuottavuus on kuitenkin kehittynyt myönteisesti ollen yliopistosairaalavertailussa paras viidestä ja keskiarvon yläpuolella kaikkien sairaanhoitopiirien vertailussa. PSHP:n tuottavuus on parantunut edellisen järjestämisuunnitelmakauden aikana.

**Sairaanhoitopiirien sairaaloiden tuottavuus
2015, sairaanhoitopiirien keskimääräinen
tuottavuusluku = 100**



**Episodituottavuuden kehitys yliopistosairaaloissa
2011–2015, indeksi 2011 = 100**

Sairaala	Episodituottavuus				
	2011	2012	2013	2014	2015
HYKS	100	99	99	97	98
KYS	100	97	94	91	89
OYS	100	102	101	101	103
TAYS	100	111	110	111	115
TYKS	100	97	92	103	101
Yhteensä	100	101	99	100	101

Kuva 4. Sairaanhoitopiirien ja yliopistosairaaloiden tuottavuus (Lähde [THL](#)).

Kuntalaki kieltää alibudjetoinnin. Pirkanmaalla erikoissairaanhoidon sopimusohjauskäytäntö on ollut yritysrahoituksen hallintaan. Edellisen järjestämisuunnitelmakauden aikana uudistettu sopimusohjausjärjestelmä on ollut täysimääräisesti käytössä vuodesta 2016 alkaen. Sopimusohjausjärjestelmästä huolimatta erikoissairaanhoidon kustannukset ovat jatkaneet kohoamista. Väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen heikentyminen tuovat edelleen kustannuspaineita. Järjestäjällä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa siihen, paljonko erikoissairaanhoidon palveluista joutuu kokonaisuudessaan maksamaan. Julkisen erikoissairaanhoidon palveluiden tuottajat puolestaan pyrkivät löytämään keinoja kustannusten kasvun hillitsemiseen tekemällä vuorovaikutteista yhteistyötä tilaajien kanssa.

Linjaukset:

- Hoitoketjuissa ja kiireettömän hoidon perusteissa määriteltyä hoidon porrastusta ja laatuksiteerejä noudatetaan niin hoidossa kuin palvelusopimuksissakin
- Kaikkien toimijoiden tietoisuutta kokonaiskustannuksista lisätään
- Kuntatalouden kestävyys edellyttää, että erikoissairaanhoidon kustannusten muutos sidotaan palveluiden järjestäjän tulojen muutokseen
- Kuntalaskutuksen yhteissumma ei saa ylittää vuosittaisessa tilaussopimuksessa sovittua summaa: Kuntaloudessa ei ole sijaa jälkilaskutukselle järjestämisuunnitelman loppuvuosina
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tuottavuuden tulee pysyä yliopistosairaaloiden vertailussa parhaana ja sairaanhoitopiirien keskiarvon yläpuolella (vrt. [Sairaaloiden tuottavuus 2015](#)) ja sairaanhoitopiirin tulee edelleen kehittää ja hyödyntää hoidon vaikuttavuuteen perustuvia mittareita tuotetun erikoissairaanhoidon terveyshyödyn toteamiseksi
- Kunnat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri selvittävät yhteistyössä Pirkanmaan erikoissairaanhoidon palvelujen kysynnän ja pyrkivät aktiivisesti ehkäisemään palvelutarpeesta poikkeavaa kysynnän kasvua

3.5 Ikääntyvän väestön hoiva

Suomalainen väestö ikääntyy nopeasti ja sen seurauksena aktiiviväestön ja ei-aktiivisen väestön suhde (huoltosuhte) tulee nopeasti muuttumaan. Muutos tulee näkymään hoivapalveluissa, mutta tuo tullessaan myös kokonaan uusia palvelukonsepteja.

Kallein yhteiskunnan maksama hoitomuoto on ympärivuorokautinen hoiva, joka edellyttää koulutetun henkilöstön paikalla oloa 24/7. Ympärivuorokautinen hoiva ei ole terveydenhuoltoa, mutta tarvitsee tuekseen riittävää terveydenhuollon osaamista. Kotihoidon ja hoivayksiköiden työntekijöiden helppo ja riittävä konsultaatiotuki tukee hoitoa ja auttaa työntekijöitä, sekä estää asiakkaiden tarpeettoman lähettämisen yksiköstä toiseen.

Hoiva-asiakkaiden oman tahdon kuuntelu ja kirjaaminen ovat hoivan perusta. Asiakkaiden hoitotahto on tämän kirjaamisen väline. Hyvää terveydenhoitoa on se, että kun potilas kirjataan sisään laitokseen, kysytään, onko hänellä olemassa kirjallinen hoitotahdon ilmaisu. Tämän kysyminen on yhtä helppoa kuin sen, kenelle potilaan tietoja saa luovuttaa.

Linjaukset:

- Asiakassuunnitelman tekemiseen osallistuvat potilaan lisäksi kaikki hoitavat tahot ja se tulee olla kaikkien yhteistyötahojen käytössä
- Kotihoitoon ja hoivapalveluyksiköihin järjestetään helposti toteutettavia lääketieteellisiä konsultaatioita
- Varaudutaan hoivayksiköiden kasvavaan päivityksen tarpeeseen luomalla päivitysratkaisuja, joiden avulla asiakkaan ei tarvitse lähteä kotoaan
- Hoitotahdon kysyminen otetaan osaksi normaalia toimintaa
- Kunnat jatkavat kotisairaaloiminnan kehittämistä

4. HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN SEKÄ ENNALTAEHKÄISEVÄ TOIMINTA

Vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kunnilla. Työssäkäyvän väestön terveyden edistämisen vastuu on sen lisäksi työnantajalla, työterveyshuollolla ja työntekijällä yhteistoimin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei ole yksin kansansairauksien ehkäisemistä, vaan laaja-alaista hyvinvointia edistävää, ennaltaehkäisevää, voimavaroja lisäävää ja sairastunutta tukevaa toimintaa. Terveyspalvelut vaikuttavat vain osaltaan väestön terveyteen. Terveyteen vaikuttavat perintötekijät, elintavat ja terveyskäyttäytyminen. Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on ensiarvoisen tärkeää, kun ihmiset kohtaavat äkillisiä kriisitilanteita tai toisaalta sairastavat pitkäaikaissairauksia, jotka vaikuttavat aina ihmisten elämäntilanteisiin ja hyvinvointiin monella tapaa. Kunnalla on lisäksi vastuu esimerkiksi kaavoittamisesta, elinympäristöstä, kunnallistekniikasta, elinkeinoelämästä ja lasten- ja nuorten koulutuksesta, jotka kaikki ovat merkittäviä hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia asioita. Siten se koskee kaikkia kunnan toimialoja, mutta myös alueella toimivia yrityksiä ja muita toimijoita. Terve ja hyvinvoiva väestö on edellytys elinvoimaiselle kunnalle ja maakunnalle.

Suomalainen terveydenhuolto on OECD:n arvion mukaan laadukasta, mutta lisäksi yksi epätasavertaisimmista. Kun mitataan ns. kovia mittareita sairastavuutta tai kuolleisuutta, on ero parhaiten koulutetun ja parhaiten ansaitsevan ryhmän ja toisaalta heikoimmassa asemassa olevien välillä huomattava ja edelleen kasvussa. Syitä kehitykseen on monia. Osa eroista johtuu terveydenhuollon toiminnasta, jossa hyvin koulutetut ihmiset saavat enemmän palveluita, kuin vähemmän koulutusta saaneet. Terveysterojen taustasyitä ovat erot kouluttautumisessa ja valikoitumisessa eri ammatteihin. Päihteiden ja tupakoinnin terveysvaikutukset näkyvät selvästi alimmissa tuloryhmissä. Terveydenhuollon ammattihenkilöstö ei voi ottaa tavoitetta yksin omalle vastuulleen. Ongelman taustalla on paljon rakenteellisia asioita, joihin koko kunnan ja maakunnan alueen tulee tarttua.

Pirkanmaan terveyden edistämisen neuvottelukunta on linjannut alueellisen terveyden edistämisen koordinaation painopisteet vuosille 2017 – 2020 ovat 1) Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, 2) Ikäihmisten elämänhallinnan edistäminen, 3) Päihteettömän elämäntavan tukeminen ja 4) Savuttomuudesta terveyttä. Lisätietoja Pirkanmaan terveydenedistämisuunnitelmasta ja hyvinvointikertomustyöstä on kuntien ja [PSHP:n sivuilla](#). Kuntien hyvinvointikertomustyötä koordinoivat PSHP:n terveyden edistämisen ylilääkäri ja kunnissa nimetyt hyvinvointikoordinaattorit.

Linjaukset:

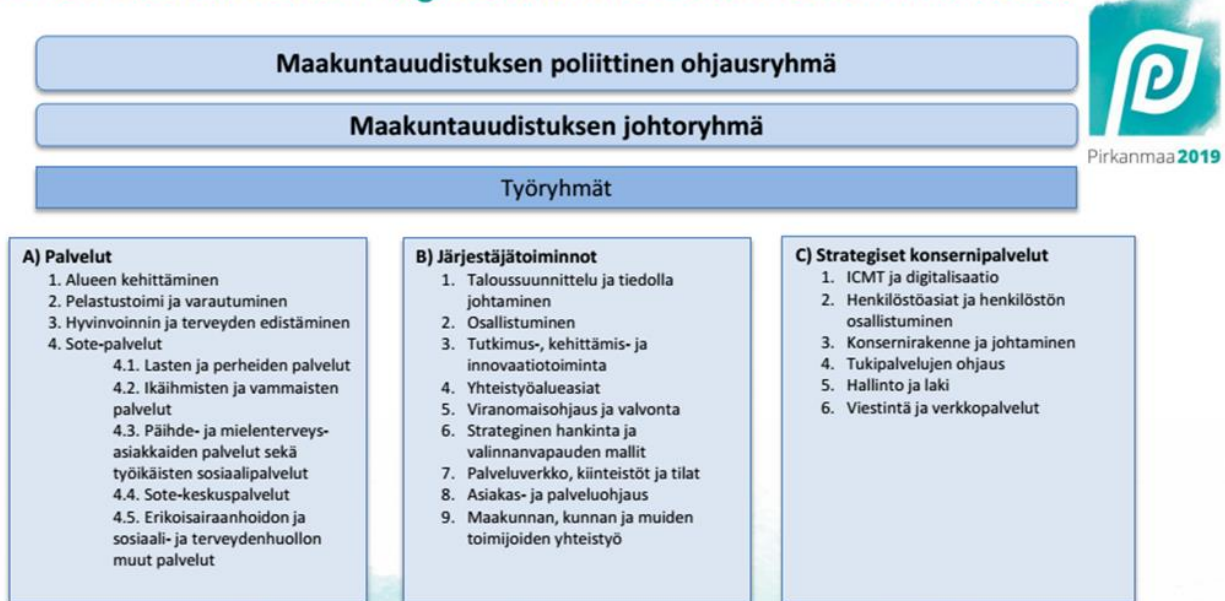
- Kuntien ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin päätöksenteossa on otettava huomioon laadittujen alueellisen terveyden edistämisen ja hyvinvointistrategian linjaukset ml. alueellinen terveysliikuntasuunnitelma, ravitsemussuunnitelma ja kulttuurihyvinvointisuunnitelma
- Kunnat ja sairaanhoitopiiri ottavat käyttöön päätösten ennakoarviointimenettelyn (EVA-menettely) ja päätöksenteossa otetaan huomioon niiden vaikutukset eri väestöryhmien terveyteen ja hyvinvointiin
- Jokaisessa kunnassa tulee olla tehtävään nimetty hyvinvointikoordinaattori tai vastaava henkilö
- Kunnat ja sairaanhoitopiiri hyödyntävät Pirkanmaa2019 esivalmistelussa syntynyttä [Hyvien käytäntöjen materiaalipankkia](#) ja hyödyntävät ainakin viittä parhaaksi katsottua käytäntöä
- Kuntien on välttämätöntä luoda poikkihallinnolliset rakenteet ja yhteistyömallit hyvinvointistrategian toimeenpanoa varten (esim. ns. [Yhdyspintasopimus ja kannustinmalli](#), ss. 14, 24-27 ja 33-34)

5. TUOTETTAVAT PALVELUT JA TYÖNJAKO

Pirkanmaan terveydenhuollossa tuotettavat palvelut ja työnjako on kuvattu [Kevään 2016 nykytilan kuvauksessa](#). Vuodet 2017 – 2019 ovat Pirkanmaalla runsaasti toimijoiden välistä yhteistyötä vaativaa maakuntauudistukseen valmistautumista – tavoitteena on tehdä yhdessä Suomen paras ja Euroopan kiinnostavin uudistus. Maakuntauudistusta valmisteleviin työnjakomuutoksiin ottavat kantaa uudistuksen esivalmistelussa laaditut projektiryhmien loppuraportit sekä 13.10.2017 Pirkanmaan maakuntauudistuksen johtoryhmässä hyväksytty [Toimeenpanosuunnitelma 2017 - 2019](#). Laajan [Pirkanmaa2019](#) -valmistelun lisäksi jatkuvaa yhteistyötä ja työnjaon päivittämistä tehdään maakunnan terveydenhuolto-organisaatioiden kesken verkostomaisesti, säännöllisinä kokouksina ja monella eri tasolla, kuten kuntajohtajat, kuntien sote-johtajat, terveyskeskusten johtavat ylilääkärit, terveyden edistämisen neuvottelukunta ja työryhmä, kuntien hyvinvointikoordinaattorit, PSHP:n pääneuvottelijat, PSHP:n tilaajarenkaat, kaupunkiseudun kuntien terveyskeskusten johtajat, perusterveydenhuollon kehittämistyön ohjausryhmä ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelman toimeenpanon seurantar ryhmä.

Terveydenhuoltolaki edellyttää järjestämissuunnitelmassa otettavan kantaa miten terveydenhuollon toiminnot (mm. päivystys, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, jne. sekä tukipalvelut) yhteistyössä järjestetään. Pirkanmaa2019 maakuntauudistuksen esivalmistelu sen sijaan on organisoitu laajemmin ja koko maakunnalle siirtyvien palvelujen tehtäväkenttää ajatellen ja palvelut, järjestäjätoiminnot ja strategiset konsernipalvelut erottaen.

Pirkanmaan valmistelun organisoituminen esivalmistelun II vaiheessa



Kuva 4. Pirkanmaa2019 maakuntauudistuksen esivalmistelun II-vaiheen organisoituminen.

Maakuntauudistuksen lainsäädäntö ei ole tätä kirjoitettaessa vielä valmis, joten tuotettavien palvelujen työnjakoa ei ole mahdollista yksityiskohtaisesti sopia vuosille 2017 – 2019. Pääperiaatteena työnjakoa ohjaavat kuitenkin tämän järjestämissuunnitelman kehittämisen päätavoitteet, panostukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä ennaltaehkäisyyn ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen, jäljempänä listatut erityiset kehitettävät toimintakokonaisuudet sekä Pirkanmaan maakuntauudistuksen tehtävä luoda edellytykset häiriöttömälle palvelujen siirtämiselle maakunnalle.

Linjaukset:

- Kunnat, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja muut toimijat sitoutuvat järjestämissuunnitelman tavoitteisiin ja kehittämiskohteisiin ja edesauttavat toimillaan häiriötöntä palvelujen siirtämistä maakunnalle

5.1 Päivystys, kiireellinen hoito ja ensihoito

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain mukaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Uusi [valtioneuvoston päivystysasetus](#) astuu voimaan 1.1.2018. Olennaisten päivystyspalveluiden järjestäminen Pirkanmaalla on kuvattu alla olevassa taulukossa.

Toimija	Ympäri vuorokautinen päivystys (24/7)	Viikonloppu ja iltapäivystys	Yksiköiden muu päivystys
Apteekkipäivystys	Yliopiston apteekki/ Tampere Terveystieteiden päivystyspisteessä annetaan 1vrk lääkitys	Isojen terveyskeskusten toiminta-alueella on ainakin yksi apteekki auki osan lauantai- sunnuntaita.	Apteekkipäivystys noudattaa terveyskeskuksen aukioloaikaa.
Ensihoito	puh. 112	puh.112	puh.112
Yhteispäivystys	Tays Acuta ja Tays Valkeakoski		Jokilaakson sairaala / Jämsä edellyttäen, että STM myöntää erityisluvan PTH päivystykseen
Kiireellisen hoidon vastaanotto toiminta	Kts. yhteispäivystys. Lisäksi terveyskeskukset järjestävät alueellaan päivä-, ilta-, yö- ja viikonloppuvastaanottoja väestön tarpeiden mukaisesti ja väestöä informoiden.	Kts. 24/7. Työterveyshuollot ja yksit. lääkäri vastaanotot täydentävät.	Kts. viikonloppu- ja iltapäivystys.
Psykiatrinen päivystys	Tays Acuta, Tays Pitkämäki		Tays Sastamala, Tays Pitkämäki ja kuntien MTT:t ja vastaavat yksiköt
Päihtyneiden päivystys/selviämisasema	Tampere		Terveystieteiden keskukset
Sairaala- ja tk vuodeosastopäivystykset (erikois-sh, perus-th)	Yksiköiden omat järjestelyt	Yksiköiden omat järjestelyt	Yksiköiden omat järjestelyt
Sosiaalipäivystys	Tampere ja Tays Acuta, Jämsän ja Kuhmoisten osalta Jyväskylässä		kuntien oma päivystys
Suun terveydenhuollon päivystys	Acuta	Kunnat ja Tampereen kaupunki	Oman kunnan hammashoitolat

Taulukko 2. Päivystyspalveluiden järjestäminen suunnitelmakaudella 2017 – 2019

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu on Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä. Ensihoitopalvelua tuottavat ambulanssien osalta Pirkanmaan pelastuslaitos sekä yksityiset palveluntuottajat. Ensivastetoiminnan tuottaa Pirkanmaan Pelastuslaitos joko itse, tai käyttämällä alihankkijaa, esim. sopimuspalokuntaa. Sairaanhoitopiiri tuottaa itse kenttäjohtajatoiminnot, sekä lääkäriyksikön lääkärihenkilöstön.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri hallinnoi TAYS erityisvastuualueen yhteistä ensihoitokeskusta. Lääkäriyksikön toiminta-alueen laajuus ja yhteistoiminta toisten erityisvastuualueiden lääkäriyksiköiden kanssa sovitaan yhteistyössä toimintaa hallinnoivan FinnHEMS Oy:n kanssa.

Ensihoitopalvelun ambulanssit huolehtivat hätäkeskuksen välittämistä kansalaistehtävistä, sekä hätäkeskuksen välittämistä hoitolaitossiirtotehtävistä. Erilliset siirtokuljetusyksiköt huolehtivat oman järjestelmänsä kautta tilatuista kiireettömistä hoitolaitossiirroista.

Linjaukset:

- Yhteispäivystys keskitettynä Taysiin ja Valkeakoskelle. Jokilaakson sairaalan päivystys perusterveydenhuollon osalta, edellyttäen että Sosiaali- ja Terveysministeriö myöntää tätä varten luvan.
- Päivystystä ja ensihoitoa järjestettäessä ja kehitettäessä on huomioitava, että tietojärjestelmiin kirjattujen tietojen tulee olla hoitavien yksiköiden käytettävissä oikea-aikaisesti

5.2 Ei-kiireelliset terveyspalvelut ja tukipalvelut

Vaativa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoitoa koskee oma lainsäädäntönsä. Erikoissairaanhoidon keskittämistä linjaava asetus astuu voimaan 1.1.2018. Vaativan erikoissairaanhoidon toiminta on pitkälti organisoitunut lääketieteen eri erikoisalojen mukaan ja jakaantunut edelleen pienemmiksi osaamisalueiksi. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on kehittää erityisesti vaativaa sairaanhoitoa ja koulutusta. Sen lisäksi sillä on vastuu koko alueen terveysterveysten kehittämistä ja koordinoinnista. Yhteistyö ja koordinoititehtävä edellyttävät hyvää kumppanuutta alueen terveydenhuollon eri toimijoiden kanssa. Yhteistyötä on toteutettu pääosin koulutuksella, hallinnollisilla kokouksilla, sopimusohjausneuvotteluilla ja hoitoketjujen avulla.

Erikoissairaanhoidon erikoistuttua yhä pienemmiksi erikoisaloiksi on käytäntö johtanut siihen, että potilasta tutkii ja arvioi monta eri erikoisalan lääkäriä peräkkäisillä käynneillä. Tilastojen mukaan vuosittain n. 71 % erikoissairaanhoidon kustannuksista kertyy 10 % vaativinta hoitoa saaneen asiakkaan palveluista (Lähde: PSHP). Hoidosta tulee kallista ja potilaille raskasta ja aikaa vievää. Samalla erikoissairaanhoidon palveluja tilaavat kunnat ovat menettäneet mahdollisuuden arvioida, mitä palveluja potilaat tarvitsevat tai saavat.

Linjaukset:

- Vaativasta erikoissairaanhoidosta vastaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Vastaanottava erikoisala huomioi sovitut kiireettömän hoidon kriteerit, hoitosuositukset ja yhteisesti laaditut hoitoketjut - menettely turvaa asiakkaiden yhdenvertaisen pääsyn hoitoon
- Luodaan tietojärjestelmiin pohjautuva läheteiden käsittely ja toimintamalli, joka mahdollistaa moniongelmaisten ja monen klinikan hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon koordinoinnin PSHP:ssä
- Toimintatapojen kehittämistä asiakaslähtöisiksi jatketaan yhdessä potilaiden ja sosiaali- ja perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa
- PSHP mahdollistaa avoimen datan hyödyntämisen potilaiden tietosuoja huomioiden

Perustason erikoissairaanhoito. Kun puhutaan lähellä asuinpaikkaa terveyskeskuksissa tarjottavasta erikoissairaanhoidosta, on siitä käytetty termiä peruserikoissairaanhoito. Se voidaan määrittää palveluna, jonka erikoissairaanhoidon erikoislääkäri tuottaa perusterveydenhuollon ohjauksessa ja hoitovastuu säilyy perusterveydenhuollon lääkärillä. Siihen kuuluvat tavallisimmat, paljon käytetyt erikoissairaanhoidon palvelut ja toisaalta ne, mitä terveydenhuoltolain mukaan tulee tarjota terveyskeskuksissa lähellä asiakkaan kotia ja arkea nopeasti ja joustavasti.

Erikoissairaanhoidon uusien toimintojen kehittäminen on kallista ja edellyttää usein uutta kallista teknologiaa. Mahdollisuudet tähän on erityisesti yliopistollisissa keskussairaaloissa. Kun uusi toimintatapa on vakiintunut, se voidaan siirtää joustavaksi prosessiksi muuhun ympäristöön. Samanaikaisesti usein myös tarvittava teknologia on halventunut. Nämä toiminnot voidaan tuottaa, hinnoitella ja kilpailuttaa. Eri arvioiden mukaan nykyisten erikoissairaanhoidon sairaaloiden palveluista on n. 10-20 % tilattavissa tuotteina. Toimenpiteitä, joita aikaisemmin on tehty vain erikoissairaanhoidon sairaaloissa, toteutetaan nykyään perusterveydenhuollossa, lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla sekä yksityisissä lääkärikeskuksissa.

Perusterveydenhuollon tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut voidaan toteuttaa ja niitä voidaan kehittää terveyskeskusten keskinäisenä yhteistyönä, terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin tiiviinä, terveyskeskuksiin lähi- tai etäpalveluna tuotavana yhteistyönä tai hankkia yksityisiltä markkinoilta. Kehyskuntien hyviä kokemuksia palvelusetelihankinnoista tulee hyödyntää Pirkanmaan alueen erikoissairaanhoidossa (Kehyskuntien laajan tilajaarenkaan kokous 29.4.2015 / Palveluseteliselvitys).

Linjaukset:

- Pirkanmaan terveyskeskukset laativat luettelon kuntien erikoissairaanhoitona toteutettavista palveluista ja niistä erikoissairaanhoidon palveluista, jotka ehdottomasti vaativat keskittämistä
- Yhtenäistetään ei-vaativan erikoissairaanhoidon tuotteistusta ja tuotteiden kuvausta vertailtavuuden ja kilpailullisten toimintatapojen helpottamiseksi
- Terveyskeskukset monipuolistavat ei-vaativan erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaa itse tuottamalla, etäkonsultaatioin, hankkimalla osaamista ostopalveluin, palvelusetelin ja maksusitoumuksen keinoin sekä uusin yhteistyömallein sairaanhoitopiirin kanssa
- Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki ja laki asiakkaan valinnanvapaudesta tulevat vaikuttamaan palveluiden järjestämiseen ja organisaatioiden asemaan tavalla, jota ei vielä tiedetä

Perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat samalla, kun ne ovat vastuussa muistakin asukkaiden hyvinvointiin vaikuttavista palveluista. Perusterveydenhuollon tehtävät on määritetty kansanterveyslaissa ja muussa lainsäädännössä, minkä takia kuntien liikkumavara on perustehtävien osalta vähäinen. Palveluiden kehittäminen edellyttää, että terveyskeskukset ovat riittävän suuria ja niiden toiminta-alueella on riittävä määrä asukkaita. Silloin turvataan perusterveydenhuollon kehittämismahdollisuudet ja mahdollisuudet kilpailla työntekijöistä. On kuitenkin lukuisia erityispalveluita, joita on järkevää tarjota lähellä asukkaita, mutta joiden järjestämiseen tarvitaan suuruudeltaan 20 000 – 50 000 asukkaan tai koko maakunnan laajuinen väestöpohja. Näiden järjestämiseksi tulee löytää kuntien välisiä yhteistyöratkaisuja.

Perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää osaamista ja koulutusta, jotta se voi kantaa vastuun potilaista, jotka ovat monisairaita tai siirtyvät erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon hoidettavaksi.

Monisairaiden ja paljon palveluja käyttävien kohdalla ei monestikaan riitä yhden palvelusektorin osaaminen ja sen tarjoamat ratkaisut. Tarvitaan monialaista yhteistyötä ja monesti myös sosiaali- ja terveydenhuollon haaste. Väestön nopea ikääntyminen ja ikäihmisten määrän lisääntyminen ovat erityinen sosiaali- ja terveydenhuollon haaste. Henkilöstön oikea työnjako on edellytys, jotta terveyskeskukset pystyvät toimimaan asiakaslähtöisesti, kustannuksia säästävasti ja terveyshyötyä tuottaen. Kehittämisen- ja tutkimusresursseja tulee suunnata perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Linjaukset:

- Palvelujen ja osaamisen turvaamiseksi terveyskeskukset tekevät yhteistyötä palvelujen järjestämisessä ja henkilöstön koulutuksessa
- Terveyskeskuksen väestöpohjan pitää olla riittävän suuri
- Vaativimpien palveluiden turvaamiseksi jatketaan nykyistä laajempien väestöpohjien yhteistyöverkostojen muodostamista

Päihde- ja mielenterveyspalvelut. Kuntien avohoidon mielenterveyspalvelut on järjestetty hyvin eri tavoin riippuen olemassa olevista palveluista ja aikaisemmasta historiasta. Mielenterveystoimistojen palveluja tuottavat terveyskeskukset itse sekä joissain kunnissa vastuu on sairaanhoitopiirillä.

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen integroimista kunnan muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin tulee edistää. Jokaisessa kunnassa pitää löytyä työntekijä, jolla on koordinaatiovastuu alueen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaisuudesta ja voi niistä raportoida päättäjille ja eri toimijoille. Vaativan psykiatrisen sairaalahoidon toteuttamiseen Pirkanmaalla riittää yksi sairaala.

Linjaukset:

- Päihde- ja mielenterveyspalveluita tulee kunnissa tarjota tiiviissä yhteydessä muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa
- Laaditaan yhdessä monialainen päihdehoitoketju
- Vaativaa psykiatrista sairaalahoidoa toteutetaan Pirkanmaalla yhdessä sairaalassa
- Matalan kynnyksen päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta lisätään. Kussakin terveyskeskuksessa on nimetty työntekijä, jonka tehtäväkuvaan kuuluvat päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden hallinta ja niistä tiedottaminen.
- Kehitetään eri henkilöstöryhmien tarvitsemää alueellista päihdekoulutusta yhdessä koulutusorganisaatioiden kanssa

Lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelut toimivat Pirkanmaalla sairaanhoitopiirissä uuden lastensairaalan valmistumiseen v. 2020 saakka eri yksiköissä, mikä aiheuttaa ajoittain sekaannusta. Aikuisten mielenterveyspalvelujen tapaan lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat edelleen pirstaleiset. Pirkanmaan Lapsi- ja perhepalveluiden (LAPE) Pippuri -hankkeeseen ovat sitoutuneet alueen kaikki kunnat ja sairaanhoitopiiri, sekä joukko muita toimijoita. Palvelujen kehittämisen pääkohde on perhekeskustoimintamalli, josta odotetaan tukea myös lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämiseen. Järjestämisessä tulee lähteä asiakkaiden tarpeista, ei ikärajoista tai tuottavista organisaatioista.

Linjaukset:

- Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tueksi kehitetään erilaisia, helposti ja nopeasti saatavia konsultaatiotyyppejä palveluita
- Pirkanmaan kunnat, sairaanhoitopiiri ja alan muut toimijat sitoutuvat LAPE-hanke Pippuriin
- Lasten mielenterveystyön hoitoketjua tulee hyödyntää kaikissa jäsenkunnissa

Ikäihmisten palvelut. Suomessa ihmisten odotettavissa oleva elinaika on nopeasti noussut ja terveydenhuollon potilaat ovat entistä iäkkäämpiä. Ikäihmisten palvelukokonaisuus vaatii entistä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon välistä integraatiota. Lääketieteessä geriatrian erikoisala vastaa ikäihmisten sairaanhoidon erityisosaamisesta. Iäkkäiden ihmisten hoidossa korostuu lisäksi omaisten mukaantulo hoitoprosesseihin. Osana sote- ja maakuntauudistusta Pirkanmaalla kehitetään yhteisiä toimintamalleja mm. koskien ikääntyneiden neuvontaa ja asiakasohjausta. Tavoitteena on luoda yhteiset kriteerit palveluille, varmistaa osaaminen ikäihmisten palveluissa sekä kehittää kuntoutusta ja omaishoidontukea Pirkanmaalla.

Linjaukset:

- Helposti tavoitettavia geriatrisen konsultaation mahdollisuuksia tulee järjestää kaikkiin terveydenhuollon palveluita tarjoaviin yksikköihin
- Ikäihmisten palveluja kehitetään koko Pirkanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä
- Ikäihmisten akuuttihoitoketjua hyödynnetään Pirkanmaalla jokaisessa sote-organisaatiossa

Palliatiivinen hoito on henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä oireita lievittävää ja elämänlaatua vaalivaa kokonaisvaltaista hoitoa.

Palliatiivista hoitoa tarvitsevat parantumattomia syöpää ja muita pitkälle edenneitä sairauksia sairastavat potilaat. Palliatiivinen hoito saattaa kestää jopa vuosia, kun taas saattohoito ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen, viimeisille elinviikoille.

Palliatiivinen hoito toteutetaan Pirkanmaalla yhteistyössä kuntien kanssa sovitun palveluverkon mukaisesti. TAYS:n palliatiivinen yksikkö huolehtii palliatiivisesta hoidosta erikoissairaanhoidossa ja toimii konsultoivana tahona koko Pirkanmaalla. Päivittäisen tuen, esimerkiksi kotihoidon, ja saattohoitovaiheen toteuttavat kunnat tai Pirkanmaan hoitokoti. Palliatiivinen hoito kuuluu 1.1.2018 voimaantulevan keskittämisasiäsetuksen piiriin. Alueellinen suunnittelu toteutetaan valtakunnallisten ohjeiden mukaan.

Linjaukset:

- Hoitolinjausten käyttöä ja kirjaamista yhdenmukaistetaan
- Saattohoitopotilaalla on hoitava yksikkö, johon saa yhteyden 24/7-periaatteella, sekä pääsy suoraan tukiosastolle (terveyskeskus tai saattohoitokoti) ilman päivystyskäyntiä
- Palliatiivinen hoito toteutetaan asiakkaan tarpeista lähtien yhdenvertaisesti asuin- tai hoitopaikasta riippumatta. Kuntarajat ylittäviä yhteistyömalleja etsitään
- TAYS:n palliatiivinen yksikkö johtaa ja koordinoi palveluverkkoa sekä tarjoaa palliatiivisen hoidon konsultaatiota koko sairaanhoitopiirissä (erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto)

Lääkinnällinen kuntoutus. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kuntien lääkinällisen kuntoutuksen tehtäviä ovat: kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, potilaan kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, toimintakyvyn parantamiseen tähtäävät terapiat ja toimenpiteet, apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus. Pirkanmaalla lääkinällinen kuntoutus on hajautettu, jossa kuntoutus on erikoissairaanhoidossa eri klinikoilla ja toisaalta perusterveydenhuollossa jokaisessa kunnassa. Vaativat apuvälineet on kilpailutettu sairaanhoitopiirin toimesta ja tavallisten apuvälineiden kilpailutuksen ovat terveyskeskukset järjestäneet yhdessä. Hyvin hajallaan oleva toimintatapa ei tue riittävää osaamista, oikea-aikaista kuntoutusta eikä turvaa eri kuntien asukkaille yhdenvertaisia palveluita. Kuntoutuksen yhteisellä alueellisella linjaamisella turvataan palveluiden oikeudenmukaisuus koko Pirkanmaalla. Kuntoutusosaamista tarvitaan lisää sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Kuntoutukseen tarvitaan jalkautuvaa yhteistyötä, jossa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalityön toimivat integroidusti. Apuvälinepalveluiden osalta maakunnan yhteinen apuvälineiden hallintajärjestelmä (Effector) tukee kuntoutuksen alueellista koordinaatiota ja kehittämistä. Kunnat ovat sitoutuneet maakunnallisen apuvälinepalvelun jatko kehittämiseen. Pirkanmaalla tarvitaan asukkaiden yhdenvertaisuuden takaamiseksi myös yhtenäiset kuntoutus- ja terapiapalvelujen myöntämisen kriteerit.

Linjaukset:

- Sairaanhoitopiirin kuntoutuksen asiantuntijajyksikön tehtävänä on koordinoita ja kehittää vaativan erikoissairaanhoidon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutusta
- Kuntoutuksen työote niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa tulee olla moniammatillinen ja asiakkaat osallistava
- Terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin yhteisen kuntoutuksen kehittämistyöryhmän toimintaa jatketaan
- Sovitaan yhdessä, miten kolmannen sektorin osaamista hyödynnetään Pirkanmaalla

Suun terveydenhuollon henkilöstön saatavuudessa Pirkanmaalla näkyy hammaslääkäreiden perustutkinto-opetuksen puuttuminen Tampereen yliopistosta verrattuna muihin lääketieteen koulutusta antaviin yliopistoihin Helsingissä, Turussa, Kuopiossa ja Oulussa. Suun terveydenhuollon palveluntuotanto on jakautunut laajasti julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Nukutusta vaativia lasten suun terveydenhuollon toimenpiteitä toteutetaan perusterveydenhuollossa keskitetysti PSHP:n ja Tampereen kaupungin järjestämänä. [Pirkanmaan nykytilan kuvauksessa](#) on tarkemmat tiedot myös suun terveydenhuollon palvelukentästä.

Linjaukset:

- Vahvistetaan Pirkanmaan kuntien suun terveydenhuollon alueellista yhteistyötä
- Suun terveydenhuollon seurantaan on sovittava yhteiset maakunnalliset mittarit
- Yksityiset hammaslääkärit vastaavat edelleen huomattavasta osasta aikuisten suun terveydenhuoltoa

Työterveyspalveluita tuottavat Pirkanmaalla Tampereen kaupungin ja PSHP:n yhdessä omistama Tullinkulman työterveys Oy, yritysten omistama Finla Oy sekä yksityiset terveyspalveluyritykset. Aiemmat kuntien työterveysliikelaitokset ja terveyskeskusten työterveyshuollot yhtiöitettiin tai ulkoistettiin vuosien 2016 – 2017 aikana.

Työterveyshuoltopalvelujen sisältö vaihtelee työnantajittain. Työterveyshuollon palveluita käyttävät ovat oikeutettuja myös terveyskeskuksen palveluihin. Työterveyshuollon yhteensovittaminen muuhun terveydenhuoltoon vaatii valtakunnallisia ratkaisuja ainakin tietojärjestelmien ja tilastoinnin osalta.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi työterveyshuollon palveluntuottajien yhteisiä työkokouksia. Ne antavat mahdollisuuden sopia joistakin yhteisistä käytännöistä ja luoda alueellisia toimintatapoja ja siten helpottaa asiakkaan asiointia. Hoitopolkuja laadittaessa ja otettaessa käyttöön tulee huomioida työterveyshuollon erityispiirteet ja työterveyshuollon rooli työkykyasioiden koordinoijana.

Linjaukset:

- Pirkanmaalle riittää yksi vahva julkisomisteinen työterveyshuoltoyhtiö
- Perusterveydenhuollon yksikkö tukee hyvää työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja luo sille valmiuksia sekä kehittää yhteisiä toimijaverkostoja
- Työkyvyn koordinaatio keskittyy työterveyshuoltoon, mikä edellyttää yhteistyötä ja uusia toimintatapoja

ICMT (ICT+lääkintäteknikka), digitalisaatio ja tiedolla johtaminen. Suomessa terveydenhuollon tietojärjestelmät ja digitaaliset palvelut eivät ole kehittyneet läheskään samassa tahdissa kuin väestön digi-osaaminen. Syitä tähän on monia: (1) terveydenhuollon toimijoiden hajanaisuus, (2) ohjauksen puute hallinnossa, (3) ICT-osaamisen puute terveydenhuollossa ja terveydenhuollon osaamisen puute toimittajien puolella, (4) historialliset syyt: uusia järjestelmiä on hankittu ja rakennettu vanhojen järjestelmien päälle, (5) kilpailun puute pienillä markkinoilla, (6) tietosuojasäädösten tulkinta. Järjestelmät, joissa tieto ei siirry reaaliaikaisesti ja joihin ei ole mahdollista liittää asiakaskohtaisia palveluita, eivät ole nykyaikaa. Terveyskeskukset ovat olleet liian pieniä yksin kehittämään tietoteknisiä palveluja ja sairaanhoitopiirin tietojärjestelmät ovat vuosien saatossa useista erillisistä järjestelmistä rakennettuja kokonaisuuksia, joiden integraatiokyvykyys on huono.

Terveydenhuollon palveluiden menestyminen on yhä enemmän riippuvaista siitä, kuinka hyvin tietotekniset ratkaisut ja palvelut toimivat asiakaspalveluiden mahdollistajina. ICMT on olennainen kehittämisalue sen ratkaisujen kalleuden vuoksi sekä siksi, että onnistuneella palvelujen digitalisoinnilla voidaan nähdä olevan ratkaiseva vaikutus myös koko sote-uudistuksen toteutumiselle. Pirkanmaa2019 esivalmistelun puitteissa on linjattu ICMT:n, digitalisaation ja tiedolla johtamisen jo vuosien 2017-2019 aikana valmisteltavia kokonaisuuksia: Potilastietojärjestelmien konsolidointiin pyritään UNA-ekosysteemihankkeen myötä, Pirkanmaan alueellinen ICMT-muutosprosessi edellyttää kymmeniä miljoonia valtion rahoitusta, palvelujen digitalisaatio edellyttää toimintamallien rakentamista osin puhtaalta pöydältä ja maakunnan johtamiselle tarvitaan tiedolla johtamiseen perustuva mittaristo. Myös maakunnan ns. tietoallasratkaisu tulee tehdä nopeasti, ennen maakuntahallinnon aloitusta. Kansalliset [Kanta-arkisto](#) ja [Suomi.fi](#) kokoavat asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuoltotietoja ja kansalaisille suunnattuja julkisia palveluja ja ohjeita ja valtakunnallisen ICT-palvelukeskuksen kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä. Pirkanmaan erikoissairaanhoidon tietojärjestelmien osalta saavutetaan merkittävää konsolidaatiota vuodenvaihteessa 2017 – 2018, kun Tampereen Hatanpään sairaala on yhdistymässä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Yhdistymisen myötä odotetaan saatavan merkittävää lisätietoa työstä, jota joudutaan sote-uudistuksen myötä koko maakunnassa ja koko maassa tekemään.

Linjaukset:

- Sähköisten palveluiden kehittämistä vahvistetaan Pirkanmaalla ja yhteistyössä koko erityisvastuualueella
- Varmistetaan sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakastietojen yhteiskäyttöisyys (mm. UNA-hanke)
- Kehitetään asukkaiden terveyden edistämistä ja omahoitoa tukevia ICT-ratkaisuja (mm. [ODA-palvelut](#), [Terveyskylä](#) ja [Virtuaalisairaala](#))

Kuvantamis- ja lääkehuollon palvelut on järjestetty pääsääntöisesti keskitetysti PSHP:n Kuvantamiskeskus- ja apteekkiliikelaitoksen kautta. **Laboratoriopalveluista** vastaa Pirkanmaalla pääsääntöisesti Fimlab Oy, joka tuottaa palveluja myös muiden maakuntien alueella.

Lääkehuolto hyötyy keskitetyistä lääkehankinnoista. Kuvantamisen ja laboratoriopalvelujen osalta on kuitenkin kustannustehokkaan terveydenhuoltojärjestelmän etu, että alueella toimii myös muita tuottajia kirittämässä julkisomisteisia toimijoita. Turhat kustannukset samoista peräkkäisistä tutkimuksista ja potilaan diagnoosiin tai hoitoon vaikuttamattomista turhista tutkimuksista ovat merkittävät.

Pirkanmaalla **hankintapalvelut** on keskitetty Tampereen ja PSHP:n osalta niiden omistamalle Tuomi Logistiikka Oy:lle, Kehyskuntien osalta omistamalleen Kuntien hankintapalvelut Oy:lle ja reuna-alueen kunnat hyödyntävät osin kansallista KL Kuntahankinnat Oy:tä tai toimivat hankinnoissaan itsenäisesti tai tapauskohtaisesti hankintarenkaina. Edellisen järjestämissuunnitelman laatimisen aikaan hankinnat toteutettiin tätä huomattavasti hajanaisemmin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa merkittävimpiä hankintoja ovat erilaiset laajatkin terveydenhuollon palvelut, lääkkeet, sairaanhoitotarvikkeet, laitteet, ohjelmat ja apuvälineet. Kilpailutuksesta on tullut vaativaa ja monissa yksiköissä ei ole tähän riittävästi osaamista. Pirkanmaan hankintaosaaminen tulisi keskittää, jopa useamman maakunnan yhteiseen, erityisvastuualueeseen hankintayksikköön.

Logistiikkapalvelut Materiaalihankinnoissa on siirrytty pitkälti varastoinnista ja säilytyksestä kuljetukseen. Tavarat kuljetetaan tilauksesta suoraan toimijoille. Sairaankuljetus siirtyy ensihoidon myötä pääosin sairaanhoitopiirin vastuulle, mutta edelleen terveydenhuollon yksiköille jää kuljetettavaa ainakin lääkkeitä, tarvikkeita, näytteitä, potilaita ja vainajia.

Välinehuolto on kussakin terveyskeskuksessa ja sairaalassa hoidettu pääosin omana toimintana. Välinehuollon keskittäminen suurempiin yksiköihin tuo mukanaan lisää kuljetettavaa. Ensin on siis ratkaistava kuljetuslogistiikka, jonka jälkeen on mahdollista selvittää välinehuollon keskittämisen hyödyt. Perusterveydenhuollossa suurin välinehuoltoa tarvitseva toiminto on suun terveydenhuolto.

Linjaukset:

- Sairaanhoitopiirin alueella on vain yksi yhteinen kuva-arkisto
- Sairaanhoitopiirin kaikki terveydenhuollon laitokset hankkivat lääkkeensä yhteisen kilpailutuksen perusteella
- Laboratoriotuotoimintaan kehitetään muistute-järjestelmä, jolla estetään samojen tutkimusten tarpeeton ottaminen
- Jatketaan hankintapalvelujen keskittämistä kuntien erityispiirteet huomioiden
- Selvitetään, missä kuljetuspalveluissa kannattaa tehdä nykyistä enemmän yhteistyötä
- Perustetaan nykyistä suurempia välinehuollon yksiköitä vain, jos kuljetusetäisyydet ovat kohtuullisia

6. PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN

Jo vuoden 2011 Terveydenhuoltolaissa nostettiin esiin perusterveydenhuollon vahvistaminen kuvaamatta sen tarkempaa sisältöä. Myös sote- ja maakuntaudistuksen tavoitteiden toteuttamisen tärkeimpänä keinona nähdään peruspalvelujen vahvistaminen. Vahvalla perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kattavia peruspalveluita koko väestölle. Maissa, joissa on painotettu perusterveydenhuollon toimintamahdollisuuksia ja resursointia, on väestön terveys parempi ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset alhaisempia. Terveydenhuoltoon osoitettujen voimavarojen käytön parantamiseksi ja niistä saatavan terveyshyödyn lisäämiseksi tarvitaan perusterveydenhuollon vahvistamista ja sen myötä nykyistä asiakaslähtoisempää ja yhtenäisempää toimintatapaa, kokonaisvaltaisempaa hoitoa, palvelujen koordinaatiota ja laajempaa yhteistyötä.

Lääketieteen tutkimus ja koulutus sekä resurssien ja rahoituksen erikoissairaanhoidon painotteisuus ovat johtaneet palveluiden epätasapainoon: kalliit, erityispalvelut tuotetaan osalle väestöä ja tarpeelliset peruspalvelut tulisi tuottaa kaikille. Tärkeintä on kääntää painopiste peruspalveluiden suuntaan ja varmistaa jatkossa **perusterveydenhuollon rahoitus**. Mikäli erikoissairaanhoidon kustannuskehitystä ei saada pysäytettyä ja leikattua, kaatuu ensin julkinen sosiaali- ja perusterveydenhuolto ja sen myötä seuraavaksi julkinen, vaativa ja kansalaisille yhdenvertainen erikoissairaanhoido.

Erikoissairaanhoidon järjestelmä on viritetty ensisijaisesti äkillisten ja lyhytaikaisten sairauksien tehokkaaseen ja nopeaan hoitamiseen. Tällöin perusterveydenhuollon pitäisi pystyä huolehtimaan **koko väestöstä, sairauksien kokonaisuuksista ja pitkäaikaissairauksista**. Se, miten hyvin se onnistuu tukemaan ja auttamaan asiakkaita pärjäämään sairauksiensa kanssa, on tulevaisuuden terveydenhuollon avainkysymys. Perusterveydenhuollon osittainen rapautuminen johtaa potilaat epätarkoituksenmukaisiin ja kalliimpiin erikoissairaanhoidon palveluihin. Julkisen terveydenhuollon uutena tavoitteena on asiakkaan pärjäämisen vahvistaminen, jolloin huomio kohdistuu aidosti hoidon vaikuttavuuteen. Lähestymistapa edellyttää koordinaatiota sekä eri erikoissairaalat ja organisaatiot ylittävää palvelua kohdata asiakas kokonaisvaltaisesti. Pitkäaikaissairauksien uudet taloudelliset ja toimivat **asiakkuusstrategiat ja koordinaatiovastuun kantaminen** tarvitsevat kehittämistä ennen kuin suuret nyt eläkkeelle jäävät ikäluokat näitä todella tarvitsevat. Tämä tarkoittaa myös potilaiden omahoidon vahvistamista ja uudenlaisten vertaistukiryhmien luomista.

Toimintakäytännöt eivät kehity yksittäisten ammatinharjoittajien osaamista parantamalla. Muutos työyhteisössä voi tapahtua vain, jos kaikki siihen osallistuvat. Kehittämisen tulee kuulua kaikkien työntekijöiden työhön. Perusterveydenhuollon vahvistamiseksi tarvitaan **terveyskeskusten moniammatillisen kehittämisen ja tutkimustoiminnan** edellytysten ja rakenteiden vahvistamista ja kehittämiskulttuurin muutosta. Tämä tarkoittaa työkäytäntöjen, -menetelmien ja sisältöjen kehittämistä, osaamisen ja muutoksen johtamista mittaamisen ja tiedon avulla sekä perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimustoiminnan aktivoitumista. Sote-uudistuksen edetessä tulee erityisesti huolehtia myös palvelujärjestelmän kehittämisosaamisesta ja palvelujärjestelmätutkimuksesta.

Kuntien tiukka talous on johtanut siihen, että perusterveydenhuolto pystyy jotenkin selviämään lakisääteisistä tehtävistään, mutta toiminnassa ei ole liikkumavaraa. Yksiköissä ei ole riittävää kehittämispotentiaalia ja henkilöstö on tiukkaan mitoitettuna kuormittunut. Vastavalmistuneet nuoret lääkärit tulevat terveyskeskukseen sairaalalääkärin identiteetillä. Jos työ terveyskeskuksessa on pakkotahtista ja nuoret lääkärit eivät saa tukea ja ohjausta, he eivät sinne jää. **Yleislääkäri-identiteetti**

tarvitsee vahvistamista. Tavoitteellinen ja laadukas lääkärin jatkokoulutus voi tapahtua vain hyvässä tiimissä ja ohjauksessa terveyskeskuksissa.

Perusterveydenhuollon väestöpohjavoite on noin 20 000 asukasta. Se turvaa perusterveydenhuoltoon riittävän kokoiset yksiköt, joissa on tarpeelliset kliiniset tutkimusmahdollisuudet ja jotka pystyvät kilpailemaan esimerkiksi henkilöstöstä. Sen lisäksi tarvitaan nykyistä **enemmän uusia yhteistyökeinoja ja yhteistyörakenteita**, jotka mahdollistavat vielä laajemman väestöpohjan edellyttämät palvelut. Hyvä esimerkki kuntien uudesta verkostomaisesta yhteistyöstä Pirkanmaalla on kehyskuntien toimintatapa. Ne toimivat yhdessä ilman hallinnollisia rakenteita, koska ovat päättelleet yhteistyön olevan järkevää ja taloudellista. Terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttää nykyistä enemmän kunnissa poikkihallinnollista yhteistyötä ja kunnallisessa päätöksenteossa **terveyden ja ihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämisen arvostamista**. Säästämällä esimerkiksi kouluissa lasten ja nuorten hyvinvoinnista, lisätään paljon kalliimpien palveluiden tarvetta esimerkiksi erikoissairaanhoidossa.

Perusterveydenhuollon tuottamiin lähipalveluihin tarvitaan nykyistä enemmän **osaamista**. Osaaminen voidaan turvata erilaisilla erikoissairaanhoidon konsultaatiopalveluilla, joissa potilaan hoito pysyy perusterveydenhuollossa, mutta hoidon tueksi saadaan erikoislääkärin näkemys tai tutkimus. Monissa terveyskeskuksissa on jo nyt ostettu näitä palveluita. Konsultaatioissa tulee voida hyödyntää helppokäyttöisiä sähköisiä kanavia. Tämän lisäksi on tärkeää, että perusterveydenhuollossa pysyvät työntekijät saavat tukea ja koulutusta joihinkin keskeisiin erityisalueisiin. Osaamista tarvitaan esimerkiksi geriatriasta, kehitysvammaisten terveydenhuollosta sekä päihde-, huume- ja mielenterveysasioista. Yhteistyö sosiaalihuoltoon ja konsultaatiokäytännöt sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tulisi juurruttaa peruskäytäntöihin.

Perusterveydenhuollon yksikkö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toimivan Perusterveydenhuollon yksikön tehtävänä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön laaja-alainen tukeminen ja kehittäminen. Työ edellyttää kunnilta tukea, ohjausta, toimintavaltuuksia ja yksikön hyödyntämistä. Yksikkö tuo perusterveydenhuollon näkökulman ja näkemykset erikoissairaanhoidon. Samalla sen tehtävänä on toimia perusterveydenhuollon vahvistajana ja kehittäjänä. Näköalapaikaltaan se on yhteistyön edistäjä ja alueellinen koordinaattori. Voidakseen toimia edellä kuvatulla tavalla on sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon oltava sitoutuneita yksikön hyödyntämiseen ja yksikön on oltava mukana erikoissairaanhoidon eri johtamisfoorumeissa ja alueen terveyskeskusten hallinnollisissa kokouksissa. Perusterveydenhuollon yksikkö saa toimeksiantonsa toimintakentän käytännön ongelmista samalla, kun se koordinoi kentän tukitoimia.

Perusterveydenhuollon yksikön keinot toimia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ovat erilaisia riippuen kehitettävästä asiasta. Kaikkiaan yksikkö luo uusia toimintatapoja yhteistyön ja verkostojen kehittämiseen. Se tekee kuntien kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tarvittavaa poikkihallinnollista yhteistyötä. Yksikkö on jatkuvassa yhteydessä terveyskeskuksiin ja erikoissairaanhoidon toimijoihin ja ylläpitää erilaisia johtajien, asiantuntijoiden ja yhdyshenkilöiden verkostoja. Perusterveydenhuollon yksiköllä on tärkeä rooli toimia kentän viestien viejänä edelleen Sosiaali- ja terveysministeriöön. Tärkeä perusterveydenhuollon yhteistyökumppani on Pirkanmaan sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos. Se koordinoi ja kehittää Pirkanmaalla alueellista sosiaalityötä. Yksikköjen yhteistyö tukee osaltaan kunnissa tapahtuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhdentymistä.

Perusterveydenhuollon yksikkö on mallintanut Pirkanmaalla tavan, jolla erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyönä laaditaan alueelliset hoitoketjut ja niiden juurruttamisen. Hoitoketjujen juurruttaminen talon tavoiksi on osa terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon toiminnan kehittämistä. Jatkossa hoitoketjut kytketään tehokkaammin lähetekäytäntöihin, sopimusohjausneuvotteluihin ja järjestämissuunnitelman toimeenpanoon.

Linjaukset:

- Varmistetaan ennaltaehkäisevien palvelujen, peruspalvelujen ja matalan kynnyksen palvelujen riittävä rahoitus suhteessa vaativiin palveluihin myös sote-uudistuksessa
- Kehitetään toimintatapoja terveyshyötymallin mukaan asiakaslähtöisiksi ja luodaan terveyskeskuksiin moniammatilliset kehittämisen rakenteet ja kulttuuri
- Vahvistetaan perusterveydenhuollon osaamista yleislääkärin jatkokoulutusta, erikoissairaanhoidon konsultaatioita ja alueellista koulutusta kehittämällä
- Hyödynnetään perusterveydenhuollon yksikköä perusterveydenhuollon ja yhteistyön vahvistamisessa, ja turvataan sen toimintaedellytykset
- Perusterveydenhuollon yksikön ja Sosiaalialan osaamiskeskuksen (Pikassoksen) yhteistyötä vahvistetaan
- Kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisille uusia toimintatapoja potilaiden hoitoon (esimerkiksi sähköiset konsultaatiot molempiin suuntiin, ajanvaraus- ja yhteystietolistat, lähetekäytännöt palvelemaan yhteisiä asiakkaita sekä riittävän terveys- ja elintapaneuvonnan mahdollistaminen, esim. kts. [VESOTE-hanke](#))
- Vahvistetaan perusterveydenhuollossa tehtävää tieteellistä väestö- ja toimintatutkimusta

7. KEHITETTÄVÄT TOIMINTAKOKONAISUUDET

7.1 Perusterveydenhuollon vahvistaminen

Vaikutukset: *Perusterveydenhuolto vastaa lähipalveluiden tuottamisesta, siksi sen toimivuudella on asukkaiden hyvinvoinnille tärkeä merkitys. Laadultaan hyvät lähipalvelut turvaavat kansalaisten yhdenvertaisuuden. Jotta palveluita pysytään kehittämään, tarvitaan nykyistä suurempi järjestämisyksikkö. Sen lisäksi perusterveydenhuolto tarvitsee hyvän ja laadukkaan toimintaympäristön, jossa on riittävät kliiniset tutkimusmahdollisuudet. Perustasolla tulee saada tavallisimpia erikoissairaanhoidon konsultaatioita ja tutkimuksia.*

Perusterveydenhuollon vahvistaminen edellyttää investointia siellä toimivaan henkilöstöön sekä henkilöstön koulutukseen, jotta perustasolla pystytään vastaamaan muiden tehtävien lisäksi entistä paremmin ikääntyvän väestön hoidosta. Perusterveydenhuollon vastuulla ovat edelleen mm. alkoholi- ja huumeongelmaiset sekä kehitysvammaisten avohoito. Nykyinen tiukalle mitoitettu henkilöstöresurssi ei anna mahdollisuutta toimintojen kehittämiseen.

Kuntien todelliset säästöt tulevat siitä, että perusterveydenhuollossa on riittävää osaamista tutkia ja hoitaa sinne kuuluvat potilaat ja että vaativasta erikoissairaanhoidosta potilaat voidaan siirtää suunnitellusti ja oikea-aikaisesti perusterveydenhuollon vastuulle.

7.2 Ei-vaativan erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen

Vaikutukset: Terveysthuollon kehittyminen ja uudet hoitomenetelmät ovat muuttaneet terveydenhuoltohenkilöstön työtä. Enää ei terveyskeskuksessa riitä pelkästään se, että lääkäri on saatavilla. Usein tarvitaan tutkimuksia ja muiden ammattihenkilöiden tai asiantuntijoiden näkemys tilanteesta. Yliopistollisen keskussairaalan palvelut ovat tarkoitukseen kalliita ja ne saattavat olla pitkän jonotuksen takana. Tähän tarpeeseen monet kunnat ovat ostaneet palveluita yksityissektorilta ja muista sairaaloista. Näiden erikoissairaanhoidon palveluiden luonne on konsultaatio, jolloin hoitovastuu pysyy koko ajan perusterveydenhuollossa. Jotta palvelu toimii odotetulla tavalla, on niitä saatava nopeasti ja riittävän läheltä asuinpaikkaa. Erikoissairaanhoidon palvelusetelitoiminnasta, etäkonsultaatioista, jalkautuvista lähipalveluista ja erikoissairaanhoidon ostopalveluista on hyviä kokemuksia. Erikoissairaanhoidon konsultaatio ei tule korvaamaan varsinaista erikoissairaanhoidon lähetettä. Potilas lähetetään yliopistolliseen keskussairaalaan aina silloin, kun hän tarvitsee vaativaa erikoissairaanhoidoa.

Erikoissairaanhoidon konsultaatiokäytäntö perusterveydenhuollossa voi vähentää lähettämistä keskussairaalaan ja sitä kautta alentaa kustannuksia. Yhtenä tavoitteena on lyhentää keskussairaalan jonoja. Erityisesti konsultaatiot voivat parantaa perustason hoidon laatua ja lisätä asiakkaiden luottamusta julkisiin peruspalveluihin. Ketterillä konsultaatioilla on suuri merkitys terveyskeskuslääkäreille, jotka tätä kautta saavat tukea omaan työhönsä. On arvioitu, että nykyisistä erikoissairaanhoidon tuotteista on mahdollista kilpailuttaa tai tuottaa konsultaatioina n. 10-20 %. Kilpailullisten ja muiden em. uusien toimintatapojen hyödyntäminen voi onnistuessaan tuoda säästöjä n. 10-30 % verrattuna nykyisiin hintoihin. (Lähteet: Kehyskuntien palveluseteliselvitys 2015, [Yrittäjien palveluseteliselvitys v. 2015](#) sekä Korkeamäki, J. Asiakkaan ja perusterveydenhuollon roolin vahvistaminen työnjaossa erikoissairaanhoidon kanssa, EMBA-tutkielma TaY ja TTY 2017). Peruserikoissairaanhoidon lisäämisen tulee kuitenkin olla yhdessä suunniteltua ja hallittua, jotta sairaanhoitopiirin muiden tuotteiden kustannukset eivät puolestaan nouse.

7.3 Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Vaikutukset: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämällä tavoitellaan kansalaisten yhdenvertaisuutta ja syrjäytymisen ehkäisyä. Tavoitteeseen päästään varhaista puuttumista ja avohoitoa kehittämällä. Palveluita järjestetään matalan kynnyksen periaatteella (osin ilman lähetettä). Laitospaikkojen purku (Kaivanto) toteutui jo edellisellä suunnitelmakaudella. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mielenterveystaitoja ja -osaamista tulee lisätä. Tarjolla olevia digitaalisia ja etämielenterveyspalveluja ja kokemusasiantuntijoita hyödyntämällä on mahdollista tuottaa kustannustehokkaammat päihde- ja mielenterveyspalvelut Pirkanmaalla.

Nykyinen päihde- ja mielenterveyspalveluiden pirstaleinen hoitokokonaisuus on epätasa-arvoinen ja tuhlaa voimavaroja. Mm. päihdekuntoutukseen pääseminen kestää liian kauan ja vaatii monesti liikaa byrokratiaa. Asiakkaiden ongelmiin päästään kiinni liian myöhään ja silloin tapahtumat voivat olla arvaamattomia ja kustannukset korkeita. Päihde- ja mielenterveyspalveluita tulee tarjota samassa organisaatiossa. Myös mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita ja sairaalahoitoa pitää arvioida

samanaikaisesti. Mielenterveyspotilaiden päivätoiminta puuttuu monesta Pirkanmaan kunnasta. Päihdekuntoutukseen tarvitaan verkostomaista työtettä, jota tulee toteuttaa koko Pirkanmaalla.

Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla ovat päihde- ja mielenterveyspalveluiden matalan kynnyksen palvelut, puheeksi otto, palveluverkon tuntemus ja avohoito. Mielenterveystoimistojen lisäksi tarvitaan perusterveydenhuoltoon mielenterveystyöhön erikoistuneita sairaanhoitajia, jotka yhdessä terveyskeskuslääkäreiden kanssa pystyvät hoitamaan lievempiä mielenterveyden ongelmia. Jos avohoito ja ei-vaativa psykiatrinen sairaalahoido olisivat molemmat perustason hallinnassa, olisi mahdollista siirtää painopistettä ja resursseja laitoshoidosta avohoitoon ja edelleen ennaltaehkäiseviin palveluihin. Etenkin psykiatriresurssin ollessa Pirkanmaalla rajallinen, tulisi sen yhteiskäyttöä ja psykiatrisen hoidon kokonaisuutta suunnitella yhteistyössä.

7.4 Erikoissairaanhoidon sopimusohjausjärjestelmän jatkuva kehittäminen

Vaikutukset: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin liikevaihto on kasvanut vuodesta toiseen. PSHP:n ulkokuntamyynä on kasvanut viime vuosina eniten, mutta myös jäsenkunnille kasvu on näkynyt vaikeasti hallittavana kustannusten kasvuna. Kasvulla sairaanhoitopiiri tavoittelee riittävää ja laadukasta palvelua. Kasvaminen on luonnollista alalla, jossa palvelun käyttäjien (s.o. potilaiden) maksut ovat alhaiset ja kysynnällä ei ole rajaa. Sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon ohjaukseen ei ole saatu luotua ohjausjärjestelmää, jolla palvelut sopeutetaan käytettävissä oleviin voimavaroihin. Koska kunnat ovat maksajia, on luonnollista, että rahoituksen tulee seurata kuntien maksukykyä.

Kuntien arvion mukaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaus ei edelleenkään täytä sille asetettuja odotuksia. Uusi sopimusohjausmalli on lisännyt osapuolten yhteisymmärrystä ja molemminpuolista luottamusta ja yhteistyötä, mutta taloudellisia tavoitteita erikoissairaanhoidon menokehityksen leikkaamiseksi se ei ole onnistunut täyttämään. Kunnat ja niiden perusterveydenhuolto eivät ole pystyneet riittävästi vaikuttamaan erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumiseen. Monet erikoissairaanhoidon palvelutuotteet ovat sellaisia, että kunnat eivät niitä aidosti pysty tilaamaan niiden runsauden, yksityiskohtaisuuden tai vaikeaselkoisuuden takia.

Sopimusohjausjärjestelmä on uusittu edellisen järjestämisuunnitelma-kauden aikana vuosina 2013-2016. Uuden sopimusohjausjärjestelmän ensimmäinen kokonainen toimintavuosi oli vuosi 2016. Uusikaan sopimusohjausmalli ei pystynyt toteuttamaan sille asetettuja taloudellisia tavoitteita. Sote-uudistuksen myötä vuonna 2020 palveluiden järjestämistä vastuu todennäköisesti siirtyessä maakunnalle vaativan erikoissairaanhoidon tuottajana ja sairaanhoitopiirin työn jatkajana toimii maakunnan omistama liikelaitos, osakeyhtiö tai vastaava tuotantovastuinen järjestämisestä eriytetty toimija. Uudistuksen todellisena uhkana voidaan pitää sitä, että perustason palvelut ”kilpailevat itsensä hengiltä” samanaikaisesti kun vaativan erikoissairaanhoidon palveluissa ei pystytä toteuttamaan priorisointia ja hyödyntämään kilpailullisia toimintatapoja ja sen kustannukset jatkavat aiemmalla kasvu-uralla.

Pirkanmaalla tarvitaan laajapohjainen arvio tulevaisuuden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon resurssien oikeasta allokaatiosta. Mallin kehittämisessä tulee huomioida asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus, terveyshyöty ja palveluiden rahoitusmahdollisuudet.

7.5 Terveydenhuollon ICMT, digitalisaatio ja tiedolla johtaminen

Vaikutukset: Asiakaslähtöisten, kustannustehokkaiden ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen edellytyksenä on potilaiden ja ammattilaisten pääsy oikea-aikaisesti ja oikean tiedon äärelle. Ajantasaisen ja oikean tiedon saatavuus hyödyttää asiakasta vähentyneenä huolena sekä parempana pärjäämisenä, ammattilaista oikeina hoitoratkaisuina ja johtoa taloudellisten ja asiakkaille yhdenvertaisten päätösten tekemisessä.

Suomessa käytössä olevat terveydenhuollon perustietojärjestelmät eivät ole kehittyneet terveydenhuollon kehityksen ja tarpeiden kanssa samaa tahtia. Terveydenhuollon työntekijöiden odotukset palveluiden yhteiskäytölle ja kansalaisten sähköisille palveluille ovat suuret. Nykyään asiakkaiden liikkumisen, hoitopaikan vapaan valinnan, laajemman palveluiden käytön ja toiminnan tehostamisen johdosta on järjestelmien alueellinen ja kansallinen yhteen toimivuus noussut tärkeäksi. Yhteisiin tavoitteisiin päästään varmimmin ottamalla kaikkeen terveydenhuollon suunnitteluun ja kehittämiseen substanssiosaamisen lisäksi mukaan ICMT-asiiantuntemus ja tietohallinnon näkökulma.

8. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN TOTEUTUS JA SEURANTA

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on sopimus, joka ulottuu moniin toimijoihin ja monelle eri tasolle. Siinä esitetään linjauksia ja ehdotuksia, jotka ovat hyvin eritasoisia. Laadittu suunnitelma on yksi keinoista, jonka tavoitteena on hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallitsematonta kasvua, vaikka samanaikaisesti tavoitellaan palveluiden hyvää laatua ja asiakkaiden terveyshyötyä. Suunnitelma on kokonaisuus, jonka eri osat täydentävät toisiaan. Sen vaikutus jää vähäiseksi, jos siitä poimitaan joitakin erillisiä paloja. Periaatteessa suunnitelma on strategia-asiakirja. Siinä esitetyt linjaukset ja tavoitteet eri toimijoiden tulisi huomioida omissa toimintastrategioissaan. Suunnitelman toteutuminen vaatii erillistä sopimista ja sitä, että esitetyt asiat viedään yksiköiden omiin talousarvioihin.

Suunnitelman toteutuminen edellyttää yhteistyön ja yhdessä tekemisen vahvistamista eri toimijoiden ja erityisesti vaativan erikoissairaanhoidon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ulottuen edelleen kuntien sosiaalitoimeen. Perusterveydenhuollon yksikön koordinoiva työ on tässä ensiarvoisen tärkeä. Yksityinen ja kolmas sektori tulee nähdä yhteistyökumppaneina suunnitelman toimeenpanossa. Suunnitelma tarjoaa kaikille osapuolille uuden työnjaon ja kehittämisen mahdollisuuden.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on laadittu kuntalähtöisesti. Suunnitelman toteutumisesta suurin vastuu on Pirkanmaan kunnilla. Sovittujen linjausten pitäisi näkyä terveyskeskusten lisäksi kuntien talousarvioissa, poikkihallinnollisessa työssä, hyvinvointikertomuksissa ja sote- ja maakuntauudistuksen valmistelussa. Erityisesti suunnitelman toteutus lisää asukkaiden terveyshyötyä ja oikein kohdennettuja palveluita. Järjestämissuunnitelman toimeenpanon seuranta toteutetaan vuosina 2013 – 2016 vakiintuneen tavan mukaisesti ohjausryhmän toimesta ja aiempaa vastaavin seurantamittarein.

Linjaus: Vastuu suunnitelman seurannasta on Pirkanmaan kunnilla.

8.1 Seurantamittarit suunnitelmakaudelle 2017 – 2019

Tavoite tai kehittämiskohde	Yksilöity tavoite	Mittari/Seurantatapa	Vastuutaho	Toteutuminen
3.1 Asiakaslähtöisyys	Otetaan asiakkaat mukaan tasavertaisiksi toimijoiksi	1. Toimivien asiakasfoorumien lukumäärä (kasvu) 2. Asiakkaiden osuus, joille nimetty hoidosta vastaava työntekijä 3. Tehtyjen Suuntimien lukumäärä (kasvu)	Tk-johto ja PSHP:n johto Tk-johto ja PSHP:n johto Tk-johto ja PSHP johto, PETE	2017-2019 2017-2019 2017-2019
3.2 Terveysyhyty	Parannetaan palveluiden vaikuttavuutta	1. Kontrollikäyntien määrä / kunnan asukas tk:ssa ja PSHP:ssa (väheneminen) 2. 15D vaikuttavuusmittari käytössä laajasti PSHP:n toimialueilla	Tk:n johto, PSHP johto PSHP:n johto	2017-2019 2018
3.3 Yhteistyö	Tehdään asiakkaiden palvelut sujuviksi yhteistyöllä	1. PSHP:n extranet kaikkien kuntien käytössä 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä tehtyjen sote-asiakassuunnitelmien lukumäärä (kasvu)	PSHP tietopalvelu Kuntien sote-johtajat	2018 2018-2019
3.4 Rahoitus	Varmistetaan kestävä rahoitus	1. PSHP:n jäsenkuntien kuntalaskutuksen yhteissumma ei ylitä tilauksen yhteissumma	PSHP, kunnat	2017-2019
3.5 Ikääntyvän väestön hoiva	Vahvistetaan vanhustenhuollon osaamista ja tuetaan kotona pärjäämistä	1. Kaikissa terveyskeskuksissa on mahd. geriatriseen konsultaatioon 2. 85-vuotta täyttäneiden asukkaiden päivystys-käynnit % ikäryhmästä	Kunnat Kunnat ja Tays Acuta	2017 2017-2019
4. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	Vahvistetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä	1. Perusterveydenhuollon TEA-viisarin tulos (paraneminen)	Tk:n johto	2017-2019
6. ja 7.1 Perusterveydenhuolto	Vahvistetaan perusterveydenhuoltoa	1. Terveysyhytymallin mukaisesti laadittujen hoitosuunnitelmien määrä/tk:n väestö	Terveyskeskusten johto	2017-2019

		2. Perusterveydenhuollon osuus terveydenhuolto-menoista (kasvu) 3. Terveyskeskusten vastaanottotyössä toimivien päihde- ja mielenterveystyöhön koulutettujen työntekijöiden määrä/ kunnan asukasluku	Kunnan johto, PSHP:n johto Kunnan ja tk:n johto	2016-2018 2017-2019
6. ja 7.1 Perusterveydenhuolto	Turvataan oikea-aikainen pääsy hoitoon	1. Terveyskeskuksessa löytyy vapaita kiireaikoja 3vrk sisällä 2. Terveyskeskuksen kiireetöntä aikaa ei tarvitse odottaa yli kahta viikkoa	kunnat ja terveyskeskukset kunnat ja terveyskeskukset	2017-2019 2017-2019
7.2 Erikoissairaanhoidon palvelut	Lisätään erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuutta ja joustavuutta	1. Palautettujen, muutettujen ja täydennettyjen läheteiden osuus kaikista PSHP:n läheteistä 2. Sähköisten konsultaatioiden osuus läheteistä 3. Kaikissa kunnissa on järjestetty yhtäläinen mahdollisuus erikoislääkärikonsultaatioihin	PSHP ja tk johtavat ylilääkärit PSHP ja tk johtavat ylilääkärit Tk johtavat ylilääkärit	2017-2019 2017-2019 2017-2019
7.3 Päihde- ja mielenterveystyö	Parannetaan avohoitoa ja lisätään palveluiden saatavuutta	1. Psykiatristen sairaanosuuden käyttö/1000as (pysyy tai vähenee) 2. Psykiatrisen avohoidon henkilöstö/1000as (lisääntyy)	PSHP ja kunnat PSHP ja kunnat	2017-2019 2017-2019
7.4 Sopimusohjaus	Parannetaan rahoitusmallia, joka perustuu yhteiseen näkemykseen ja luottamukseen	1. Sopimusohjauksen seuranta toteutetaan kuukausittain ja kunnat hyödyntävät seuranta päätöksenteossaan	PSHP:n ja kuntien johto	2018-2019
7.5 Tietojärjestelmäyhteistyö	Kehitetään toimivat sähköiset palvelut asiakkaille ja ammattilaisille	1. ICT:n yhteinen alueellinen koordinaatioryhmä toimii 2. Sähköisten konsultaatioiden määrä (kasvu)	Pirkanmaa2019 esivalmistelu Tk johtavat ylilääkärit	2017-2019 2017-2019

Taulukko 3. Seurantamittarit suunnitelmakaudelle 2017 – 2019

9. LIITTEET

1. Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vuosille 2013 – 2016

http://www.pshp.fi/fi-Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteistyö/Pirkanmaan_terveydenhuollon_jarjestamissuunnitelma

2. Sote- ja maakuntauudistus Pirkanmaalla – Nykytilan kuvaus – kevät 2016

http://www.pirkanmaa.fi/pirkanmaa2019/nykytilan_kuvaus/

3. Järjestämissuunnitelman seurantaraportit vuosilta 2013 – 2016

http://www.pshp.fi/fi-Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteistyö/Pirkanmaan_terveydenhuollon_jarjestamissuunnitelma

4. Pirkanmaan sote- ja maakuntauudistuksen esivalmistelun loppuraportit 6/2017

http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/Teemaryhmien-loppuraportit_SOTEprory.pdf

ja

http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/Yhteiset-asiat_teemaryhmien-loppuraportit-1.pdf

5. Pirkanmaa2019 maakuntauudistuksen esivalmistelun Toimeenpanosuunnitelma 2017 – 2019

http://pirkanmaajulkaisu.ktweb.fi/ktwebbin/dbisa.dll/ktwebscr/epjattn_tweb.htm?77621