
Pirkanmaan Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma

Vuosille 2013-2016

Koonnut lääkintöneuvos Ulla Mattelmäki

- 1. päivitys 9.12.2014
 - 2. päivitys 12.5.2015
 - 3. päivitys 22.9.2015
 - 4. päivitys 9.12.2015
-

SISÄLLYSLUETTELO

SISÄLLYSLUETTELO	2
1. JOHDANTO	3
2. TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS TILASTOJEN NÄKÖKULMASTA	4
2.1 PIRKANMAAN VÄESTÖ	4
2.2 VÄESTÖN TERVEYS JA HYVINVOINTI	4
2.3 TERVEYSPALVELUT	5
2.4 HENKILÖSTÖ	6
3. PALVELUJEN KEHITTÄMISEN TAVOITTEET	7
3.1 ASIAKASLÄHTÖISYYS	7
3.2 TERVEYSHYÖTY	8
3.3 YHTEISTYÖ.....	9
3.4 RAHOITUS	10
3.5 IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN HOIVA.....	11
4. TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TOIMINTA	12
5. TUOTETTAVAT PALVELUT JA TYÖNJAKO	13
5.1 PÄIVYSTYS, KIIREELLINEN HOITO JA ENSIHOITO	13
5.2 EI-KIIREELLISET TERVEYS- JA TUKIPALVELUT	16
6. PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN	25
7. KEHITETTÄVÄT TOIMINTAKOKONAISUUDET	28
7.1 PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN	28
7.2 KUNTIEN EI VAATIVAN ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN	28
7.3 PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT	29
7.4 SOPIMUSOHJAUSJÄRJESTELMÄN UUDISTAMINEN	29
7.5 TIETOJÄRJESTELMÄYHTEISTYÖ	30
8. JÄRJESTÄMISSUUNNITELMAN TOTEUTUS JA SEURANTA	31
9. LIITTEET	35

1. JOHDANTO

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu terveydenhuollon järjestämissuunnitelma kahdesti vuosina 2006 ja 2010. Perustana silloin oli 1.3.2005 annettu Valtioneuvoston asetus. Suunnitelmat laadittiin valtuustokausiksi ja niiden toteutumista oli tarkoitus arvioida vuosittain ja tehdä niihin tarvittavat muutokset. Terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka tuli voimaan 1.5.2011, edellytti, että sairaanhoitopiirin kunnat laativat terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman. Tarkemmin suunnitelmasta on määrätty valtioneuvoston asetuksella 337/2011 sekä Kuntaliiton yleiskirjeellä 21/80/2011.

Uuden lainsäädännön mukaan järjestämissuunnitelma tulee hyväksyä sairaanhoitopiirin valtuustossa. Hyväksymisen edellytyksenä on, että sitä kannattaa 2/3 kunnista ja sen takana on vähintään puolet sairaanhoitopiirin väestöstä. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiirin kanssa. Suunnitelma tehdään valtuustokaudeksi ja sen toteutumista seurataan vuosittain ja siihen tehdään tarvittavat muutokset.

Tampereen kaupunki Pirkanmaan suurimpana kuntana otti vastuun järjestämissuunnitelman laatimisesta. Muut alueen kunnat osallistuvat sitovin hallinnollisin päätösin hankkeesta aiheutuviin palkka- ja toimintakustannuksiin. Suunnitelmaa laatimaan pyydettiin lääkintöneuvos Ulla Mattelmäki. Asiantuntijoina ovat olleet dosentti Kaija Nojonen sekä PSHP:n perusterveydenhuollon yksikön vastualuejohtaja Doris Holmberg-Marttila. Tilaajarekoiden pääneuvottelijat edellyttivät sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön vahvaa roolia suunnitelman laatimisen ja toimeenpanemisen tukemisessa. Yksikön osaaminen, verkostot ja kehitetyt toimintatavat on hyödynnetty järjestämissuunnitelman laatimisessa. Tampereen kaupunki nimesi projektille ohjausryhmän, johon ovat kuuluneet: Erkki Lehtomäki tilaajapäällikkö Tampere pj. (Jari Ahvenainen ylilääkäri Tampere), Antero Alenius kunnanjohtaja. Hämeenkyrö (Esa Sirviö kunnanjohtaja Mänttä-Vilppula), Kari-Matti Hiltunen johtajaylilääkäri PSHP (Erkki Kujansuu hallintoylilääkäri PSHP), Doris Holmberg-Marttila ylilääkäri PSHP (Pirjo Aalto hallintoylihoitaja PSHP), Tarja Marjamäki ylilääkäri Lempäälä varapj. (Kari Virta perusturvajohtaja Ylöjärvi), Sari Mäkinen ylilääkäri Kangasala (Jorma Vaalto ylilääkäri Valkeakoski), Leena Niittymäki sosiaali- ja terveysjohtaja Valkeakoski (Kari Rannanautio sosiaalijohtaja Orivesi), Jussi Saarnisto ylilääkäri (Kirsti Ristilä ylilääkäri Virrat), Kari Varkila toimitusjohtaja Koskiklinikka (Toni Siiskonen toimitusjohtaja Terveystalo), Miisa Visakorpi ylilääkäri Työterveyspalvelu Viisari (Seppo Nikkari ylilääkäri Tullinkulman työterveys), Kristiina Laiho toimitusjohtaja Pikassos ja Eeva Torppa-Saarinen ylihampaslääkäri Tampere.

Nyt valmisteilla olevassa suunnitelmassa halutaan painottaa erityisesti sen laatimisprosessia, jonka avulla eri osapuolet saadaan osallistumaan, sitoutumaan ja tuomaan omat näkökulmansa asiakirjaan. Mallinnettu prosessi auttaa suunnitelman laatimista seuraavilla kerroilla ja turvaa eri osapuolten sitoutumisen prosessiin. Ohjausryhmä katsoi tarpeelliseksi, että suunnitelmaan otetaan selvät kehitettävät painopisteet, eikä kuvata uudelleen nykytilaa, joka on esitetty yksityiskohtaisesti vuoden 2010 suunnitelmassa. Suunnitelman taustaksi on tehty kuntakysely, jossa selvitettiin kuntien nykyistä palvelurakennetta ja tulevaisuuden näkymiä.

Nyt valmisteilla olevassa suunnitelmassa ei oteta kantaa kuntajakoon, eikä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulakiin, jonka linjauksia ei vielä ole käytössä. Suunnitelmassa todetaan, että toimivat terveydenhuollon peruspalvelut edellyttävät riittävän suurta kuntakokoa. Järjestämissuunnitelmaa on

tarkasteltava periaatteellisena linjauksena, joka ei sellaisenaan ole toimenpidesuunnitelmaksi tarkoitettu, vaan edellyttää erillistä sopimista ja priorisointia. Suunnitelma on toimijoille ”reittiopas” ja kertoo, mihin suuntaan palveluita olisi järkevää ohjata yhteistyössä. Suunnitelman toteutumista seurataan vuosittain. Erityisesti korostetaan alueen eri toimijoiden mahdollisimman saumatonta yhteistyötä sekä kokonaisuutena toimivia asiakkaan hoitoprosesseja unohtamatta talouden tiukkoja reunaehtoja.

2. TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS TILASTOJEN NÄKÖKULMASTA

2.1 Pirkanmaan väestö

Verotulot/asukas kertovat jotakin kunnan kantokyvystä ja mahdollisuudesta vastata kertyneillä verotuloilla itsenäisesti velvoitteista. Vuoden 2009 tilastoissa valtakunnallinen keskiarvo on vähän alle 25 000 €/vuosi. Tämän keskiarvon paremmalla puolella ovat Pirkanmaalla Tampere ja sitä ympäröivät kunnat; Ylöjärvi, Nokia, Kangasala Lempäälä ja Pirkkala. Kauimmaksi maan keskiarvosta jäävät Pirkanmaan reuna-alueiden kunnat; Kiikoinen, Kihniö, Punkalaidun, Virrat ja Urjala. Kuva säilyy lähes samanlaisena, jos katsotaan kuntien väestön koulutusastetta. Pirkkalassa asuu ylivoimaisesti eniten korkea-asteen tutkinnon suorittaneita, vähiten heitä on Kihniössä. Koko maan kuntien asukkaista 65 vuotta täyttäneitä on n. 17 %. Tämän keskiarvon alapuolella Pirkanmaalla on Tampere, ja välittömästi sen ympärillä olevat kunnat. Punkalaitumen väestöstä yli 65-vuotiaita on n. 28 %. Lähelle tätä pääsevät Ruovesi ja ikätilastossa kolmantena oleva Virrat. Huoltosuhteen mukaan, kun katsotaan eityössä käyviä ja työssä käyviä, maan keskiarvon alapuolelle pääsevät vain Tampere, Ylöjärvi, Kangasala, Lempäälä ja Pirkkala. Huoltosuhteen osalta huonoimmassa asemassa Pirkanmaalla ovat vanhusvoittoiset kunnat; Kiikoinen, Virrat, Punkalaidun, Kihniö ja Urjala.

Väestön demografisten muuttujien tarkastelu näyttää, että Pirkanmaan keskuseudulla Tampereella ja sen ympärillä asuu Pirkanmaan hyvin toimeentuleva, koulutettu ja työssäkäyvä väestö. Mitä etäämmäksi mennään keskuseudusta sen vanhempaa, vähemmän koulutettua ja tulotasoltaan alhaisempaa väestö on.

2.2 Väestön terveys ja hyvinvointi

Valtakunnallisista tilastoista kaikkein käytetyin mittari on sairastavuusindeksi, joka alun alkaen on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien maksuun. Indeksillä muodostuu väestön kansansairauksista, kuolleisuudesta ja sairauseläkkeistä. Kun indeksi ikävakioidaan, eli väestön ikärakenne ei vaikuta siihen, saadaan jonkinlainen kuva kuntien sairastavuudesta. Vuoden 2010 sairastavuusindeksillä mitattuna Pirkanmaan tervein väestö asuu Pirkkalassa ja muissakin lähellä Tamperetta olevissa kunnissa. Pirkanmaan korkein sairastavuusindeksi on Parkanossa, jonka perässä tulevat; Mänttä-Vilppula, Ruovesi, Hämeenkyrö, Kiikoinen ja Virrat.

Toinen sairastavuutta kuvaava indeksi on Kelan kansanterveyssairauksien indeksi. Tämä perustuu Kelan kansansairauksien perusteella myöntämiin etuuksiin. Indeksiin vaikuttavat väestön ikä, sairastavuus ja se, miten paikkakunnalla on ollut lääkäreitä kirjoittamassa Kelan edellyttämiä todistuksia. Kansanterveysindeksin mukaan tervein väestö on Kiikoisissa ja Tampereella ja sairain Ruovedellä ja Kihniöllä.

Työttömyysluvut ovat alueella kaikkein korkeimmat niissä kunnissa, joissa aiemmin on ollut vahvaa teollista tuotantoa kuten Mäntässä, Jämsässä ja Nokiolla. Teollisen rakennemuutoksen jälkeen näiden kuntien työttömyysluvut ovat muuta Pirkanmaata korkeammat.

Terveydenhuollon tavoitteena on ehkäistä sairauksien syntyminen ja estää niiden paheneminen. Terveyden edistämiseen ei ole kaikkia kuntia koskevaa mittaristoa. THL:n TEAviisari mittari mittaa kunnan terveyden edistämisen hallinnollista aktiivisuutta. Mittarin tulosta ei ole saatavissa Pirkanmaan kaikista kunnista. TEA-viisarin mukaan terveyden edistämisen aktiivisuus on korkeaa Tampereella. Monet Pirkanmaan kunnat ovat tällä mittarilla arvioituna maan keskiarvon alapuolella.

Kuntakohtaisia luotettavia mittareita koko väestön terveydestä ja hyvinvoinnista ei ole, mutta eri tavoin arvioituna väestö on terveintä Tampereella ja sitä ympäröivissä kehyskunnissa, joissa myös työllisyysaste on korkeampi kuin alueen reunoilla.

2.3 Terveyspalvelut

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden vastaanotot ovat terveydenhuollon perinteisin tapa reagoida palvelutarpeeseen. Lääkäri- ja hoitajapalveluiden määrät vaihtelevat kunnittain, ei niinkään sairauden perusteella, vaan tarjonnasta ja korvaavista palveluista riippuen. Kunnallisen peruspalvelun käytien kattavuus on suurin Parkanossa, seuraavaksi Hämeenkyrössä ja Virroilla. Heikoin kattavuus on Juupajoella ja toiseksi huonoin Tampereella. Suun terveydenhuollon palveluita saadaan eniten Punkalaitumella 1,4 käyntiä /1000asukasta, kun vastaava luku Tampereella on 0,8. Erikoissairaanhoidon käytössä näkyy palveluiden alueellinen tarjonta. Korkeimmat terveydenhuollon kustannukset ovat Ruovedellä ja Mänttä-Vilppulassa, joissa sairastavuus, aluesairaala ja järjestämistapa vaikuttavat kaikki samaan suuntaan kustannuksia nostaen. Pirkanmaalla terveydenhuollon kustannuksista 60 % aiheutuu erikoissairaanhoidosta.

Seuraavaan taulukkoon on koottu Pirkanmaan kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menot. Taulukko on terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen(THL) laatima ja siinä on käytetty tarvevakiointia. Palvelutarpeeseen nähden halvimmalla hoidetaan kuntalaiset Hämeenkyrössä. Puolet Pirkanmaan kunnista hoitaa terveyden ja vanhustenhuollon halvemmalla kuin maassa keskimäärin (indeksi 100).

TERVEYDEN- JA VANHUSTENHUOLLON TARVEVAKIOIDUT MENOT PIRKANMAALLA V. 2010

Kunta	€/asukas	Tarvekerroin	Tarvevakioitu indeksi	Valtakunnallinen sijaluku
Hämeenkyrö	1729	1.03	84	29
Orivesi	2043	1.14	90	62
Kihniö	2418	1.33	91	66

Virrat	2332	1.29	91	67
Jämsä	2210	1.21	91	74
Valkeakoski	2020	1.08	93	94
Kangasala	1708	0.90	95	115
Akaa	1934	1.01	95	127
Lempäälä	1547	0.81	96	133
Ikaalinen	2290	1.19	96	137
Pälkäne	2267	1.17	97	145
Parkano	2381	1.21	99	169
Valtakunnallinen keskiarvo		1.00	100	
Urjala	2552	1.27	100	197
Sastamala	2332	1.16	100	199
Kiikoinen	2495	1.24	101	201
Vesilahti	1882	0.93	101	205
Ylöjärvi	1746	0.84	104	235
Juupajoki	2386	1.15	104	239
Tampere	1992	0.95	104	244
Nokia	1913	0.91	105	248
Pirkkala	1648	0.78	106	258
Mänttä-Vilppula	2693	1.27	106	262
Punkalaidun	2951	1.38	107	266
Ruovesi	2909	1.34	108	274

Työterveyshuolto vastaa merkittävästä osasta työikäisen väestön terveystalvasta. Sairaanhoidon laajuus kuitenkin vaihtelee riippuen työterveyshuoltosopimuksista.

Terveystalvavien käyttö ei ole yhteydessä suoraan kuntien sairastavuuteen. Käyttöön vaikuttavat esimerkiksi palveluiden saatavuus, paikallinen toimintakulttuuri, kunnan ikärakenne ja sen lisäksi palveluiden tarjonta. Esimerkiksi kunnilla, jotka käyttävät Kaivannon sairaalaa, on runsaasti psykiatrisia hoitopäiviä ja Vammalan aluesairaalan käyttäjillä puolestaan paljon psykiatrisia avohoitokäyntejä. Alueellinen erikoissairaanhoidon yksikkö näkyy tilastoissa usein lisääntyneenä erikoissairaanhoidon palveluiden käyttönä.

Kuntakohtaisissa terveyden- ja vanhustenhuollon kustannuksissa on suuria eroja. Niitä eivät selitä yksinomaan kuntien ikärakenne tai sairastavuus.

2.4 Henkilöstö

Terveydenhuollossa on näkyvässä henkilöstöpula, jonka takia kunnat, sairaanhoitopiiri ja laajeneva yksityissektori kilpailevat samasta vähenevästä resurssista. Viimeisen kymmenen vuoden aikana terveydenhuoltoon on rekrytoitu erityisesti sairaanhoitajia. Kaikki valmistuvat sairaanhoitajat ovat saaneet vakituisen työpaikan. Eläköitymisen takia on pulaa esimerkiksi bioanalyytikoista ja röntgenhoitajista. Suurin pula Pirkanmaalla on hammaslääkäreistä. Koulutuksen käynnistyminen Turussa ja Kuopiossa ei auta Pirkanmaata vielä tällä suunnitelmakaudella. Terveydenhoitajia ja fysioterapeutteja valmistuu sen sijaan enemmän kuin työmarkkinat tällä hetkellä tarvitsevat. Työvoimapula on erityisen vaikeaa loma-aikoina. Vuonna 2010 erityisesti Pirkanmaan reuna-alueet

joutuivat käyttämään henkilöstöpulan takia vuokratyövoimaa. Eniten sitä oli suun terveydenhuollossa, mutta myös vastaanotoilla ja vuodeosastolla. Koko maassa lääkäreistä työskenteli sairaaloissa 46 % ja terveyskeskuksissa 22 %. Työterveyslääkäreistä oli yksityissektorin palveluksessa 70 % ja julkisella puolella 30 %. Pirkanmaan naispuolisesta väestöstä joka neljäs työskentelee tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon alalla.

Henkilöstöpulan perussyyt ovat henkilöstön ikääntyminen ja siirtyminen eläkkeelle, sekä aikaisempaa pienemmät ikäluokat. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon ei tulevaisuudessa saada poislähtevien sijalle riittävästi hoitajia. Tilanteen helpottamiseksi tarvitaan monenlaisia, usein pieniäkin toimenpiteitä; kesäaikaisia sulkua on syytä porrastaa ja tarjolla olevaa avustavaa henkilöstöä kannattaa hyödyntää. Huolellisen kirjaamisen vaatimus on siirtänyt hoitajia potilaan viereltä kanslioihin. Uusien teknisten apuvälineiden käyttö on mahdollisuus, joka antaa mahdollisuuden käyttää enemmän aikaa potilastyöhön.

-Terveydenhuollon työnjakoa tulee kehittää entistä monipuolisemmaksi ja käyttää hyväksi saatavilla olevaa avustavaa työvoimaa. Porrastettu sulku ja useamman kunnan yhteiset sijaispankit voivat auttaa loma-aikojen sijaispulaa.
- Kaikki tekniikka, joka vapauttaa henkilöstön potilastyöhön, tulee ottaa käyttöön (esim. mobiili teknologia, puheentunnistus, valmiit tallennusfraasit).

3. PALVELUJEN KEHITTÄMISEN TAVOITTEET

3.1 Asiakslähtöisyys

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

Aito asiakslähtöisyys 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. Asiakslähtöisessä 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. Asiakslähtöinen palvelu on ihmistä arvostava oppimisprosessi.

Hoitajärjestelmän tavoitteena on ollut tarjota palveluita kaikille tasapuolisesti samanlaisina huomioimatta asiakkaiden omia kykyjä tai osaamista. Asiakslähtöisyys on ensisijaisesti tahdon asia, joka ei tuo lisäkustannuksia. Potilaiden ottaminen mukaan terveystalouden kehittämiseen ja palvelujärjestelmän muuttaminen asiakslähtöiseksi parantaa terveydenhuollon vaikuttavuutta, asiakastyytyväisyyttä ja työssä jaksamista. Se takaa julkisen terveydenhuollon olemassaolon oikeutuksen ja vahvistaa mahdollisuuksia pärjätä kiristyvässä kilpailussa.

Terveydenhuoltolaki toi asiakkaille mahdollisuuden valita haluamansa hoitopaikan. Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta tulee voimaan vuoden 2014 alusta. Valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan että valitun kunnan terveyskeskukselle. Lisäksi henkilö voi valita yhdessä lähetteen antavan lääkärin kanssa hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön. Tämän perusteella tarvitaan uudenlaista ja laajempaa näkökulmaa alueellisten terveyspalvelujen kehittämiseksi. Painopistettä on siirrettävä organisaatioista asiakkaisiin. Valinnan vapautta ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista kannustaa tavoilla, jotka lisäävät kuntien kustannuksia. Uudistus haastaa palveluntuottajat uudella tavalla huomioimaan asiakkaat, jotta nämä eivät ”äänestä jaloillaan”. Eri toimijoiden tulee sopia joustavista yhteisistä toimintatavoista.

Linjaukset:

- Asiakkaiden oikea-aikainen hoitoon pääsy on turvattava
- Asiakkaat otetaan mukaan suunnitteluun (hoitoketjut, palvelut, strategiat)
- Palvelun tuottajat valmistautuvat asiakkaiden hoitopaikan vapaaseen valintaan vuodesta 2014 alkaen
- Toimintaan kehitetään ”yhden luukun”-periaatteella toimivaksi
- Tietotekniikkaa tarvitaan erityisesti omahoitosovellusten ja sähköisten asiointipalveluiden kehittämiseen
- Palveluiden järjestämisessä huomioidaan erilaiset asiakkuudet (asiakkuussegmentointi)
- Palveluiden saatavuutta parannetaan uusilla palveluilla (sähköiset palvelut, ryhmätoiminnat)

3.2 Terveysyöty

Tuotettavien palveluiden pitää tuottaa käyttäjilleen terveysyötyä. Palvelut kohdennetaan asiakastarpeiden mukaisesti asiakkaiden kokemuksiin hyödyntämällä. Ammatilliset eivät useinkaan kuuntele ja hyödynnä sairastuneiden aikaisempia elämäkokemuksia ja sairastuneilla itsellään jo olemassa olevaa tietoa terveydestä ja sairaudesta. Tämän seurauksena tehdään tarpeettomia tutkimuksia tai toimia, jotka eivät tuota potilaalle terveysyötyä. Jokaisen asiakas kohtaamisen sisältöä pitäisi arvioida auttaako tutkimus tai hoito ihmisten tervehtymistä ja pärjäämistä arjessa ja vaikuttaako se mahdollisesti hänen elinajan odotteeseensa.

Terveysyödyn perusteena on esimerkiksi se, että tutkimuksissa on voitu osoittaa toimenpiteen olevan vaikuttava ja mahdollisesti lisäävän hoidettavan terveyttä. Terveysyötyajattelua on toteutettu jo yhtenäisen hoidon perusteissa vuodelta 2005, jolloin kirjattiin valtakunnallisesti syyt erikoissairaanhoidon lähettämiseksi samalla, kun otettiin käyttöön hoitotakuu. Näiden lisäksi ammattilaisten apuna ovat hoitosuosituksen ja Pirkanmaalla laaditut hoitoketjut.

Haaste terveysyödyn toteutumiselle on asiakkaiden vapaa hoidon valinta ja potilastietojen saatavuus vuoden 2014 jälkeen. Terveysyödyssä ollaan siirtymässä entistä enemmän monituottajamalleihin, jolloin tarvitaan tietoteknisiä ratkaisuja, joilla voidaan ehkäistä päällekkäisiä tutkimuksia ja hoitoja sekä turvata tietojen siirtyminen eri toimijoiden välillä.

Linjaukset:

- Hoitopäätöksien ja apuvälineratkaisujen tulee perustua siihen, auttavatko ne potilasta pärjäämään arjessa.

- Tietoteknisillä ratkaisuilla on turvattava potilastietojen siirtyminen niitä tarvitseville
- Jokaiselle pitkäaikaissairaalle potilaalle nimetään hoitokokonaisuudesta vastaava taho ja henkilö.
- Päällekkäisiä tutkimuksia ja tarpeettomia hoitoja ja käyntejä ei enää tehdä.
- Pirkanmaalle rakennetaan yhteinen, systemaattinen asiakaspalautejärjestelmä
- Otetaan käyttöön mittareita, jotka kertovat hoidon vaikuttavuudesta (esim. 15D).

3.3 Yhteistyö

Avohoito on sekä kustannuksia säästävää että useimmiten potilaalle inhimillisin vaihtoehto. Erikoissairaanhoidosta potilaiden jatkohoitoa on jo siirretty terveyskeskuksiin tai osa hoidoista on toteutettu keskussairaalan sijasta Hatanpäällä, aluesairaaloissa, yksityissektorilla tai terveyskeskuksissa.

Alueen tarpeisiin mukautettu hoidon porrastus ja hoitavien tahojen yhteistyö tukee oikea-aikaista ja riittävää hoitoa tarkoitukseen nähden oikeassa paikassa. On tarkoituksenmukaista ottaa käyttöön kaikki sairaanhoitopiirin alueella olevat voimavarat yksityissektori mukaan lukien. Ei-vaativa erikoissairaanhoido voidaan toteuttaa mahdollisimman lähellä potilaan omaa asuinympäristöä. Lisäksi tulee vähentää tarpeettomia kontrollikäyntejä. Osa lähetteisistä voidaan korvata sähköisillä konsultaatioilla. Ja videovälitteiset neuvottelut ovat Pirkanmaalla pitkälti hyödyntämättä.

Terveydenhuollon sisällä on tärkeää lisätä yhteistyötä ja sitä kautta luottamusta eri toimijoiden välillä. Yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden kanssa lisää toisen työn ymmärrystä ja arvostusta ja sitä kautta yhteisen asiakkaan hoidon sujuvuutta. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityissektorin välillä tarvitaan nykyisten tapaamisten lisäksi uusi yhteistyöfoorumi, jossa voidaan keskustella terveystalouden tarjonnasta, hankinnasta ja uusista tuotteista ennen kuin yksiköt aloittavat talousarvioiden laadinnan. Uusi foorumi voi olla messutapahtuman luonteinen, jossa tarjotaan muutama keskeinen luento ja työpaja. Tärkein osuus on eri erikoisalojen ”osastoilla”, joissa toimijat pääsevät keskustelemaan. Asiakkaita kutsutaan mukaan. Terveystalouden keskinäisen yhteistyön lisääminen mahdollistaa muiden kokemusten hyödyntämisen ja voimavarojen yhdistämisen, mikä säästää aikaa ja rahaa.

Työterveyshuolto palvelee suurinta osaa työssäkäyvistä. Sen ydintehtäviksi ovat nousseet työkyvyn tukeminen ja koordinaatio, jota uudet lakimuutokset vahvistavat. Ne edellyttävät yhteistyön, työnjaon ja tiedonkulun tehostamista työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen välillä. Tätä yhteistyötä tukemaan tarvitaan tietoteknisiä ratkaisuja.

Kunnissa terveydenhuollon yhteistyön järjestäminen perustuu verkostomaiseen toimintatapaan, jonka perustana ovat säännölliset tapaamiset. Terveydenhuollon tärkein yhteistyökumppani on sosiaali- ja sivistystoimi. Sosiaalitoimen kanssa keskeiset yhteistyöalueet ovat vanhustenhuolto, vammaispalvelut ja kaikki palvelut, joiden kohteena ovat syrjäytymisuhan alla olevat kuntalaiset. Näiden toimintojen osalta on tärkeää tehdä työtä yhdessä ja luoda yhteiset toimintatavat hallinnollisista rajoista riippumatta. Saumaton yhteistyö on aidon asiakaslähtöisen työskentelyn välttämätön edellytys. Lakisääteinen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä on yksi tärkeä foorumi yhteistyössä.

Kunnan alueella toimii yksityisiä laitoksia, jotka hoitavat esimerkiksi vanhuksia tai mielenterveyskuntoutujia. Ne ovat sekä kuntien sopijaosapuolia että tärkeitä yhteistyökumppaneita. Monet näistä ovat pieniä ja toimivat yksin. Ajoittain niiden 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 kehittämisasioista. Ne antavat tukea yhteistyöhön. Hyviä kokemuksia vastaavanlaisesta 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 organisaatiot laatimaan potilasturvallisuussuunnitelman. Turvallisuussuunnitelma tarkoittaa uudenlaista suhtautumista myös potilastietojärjestelmiin, jolloin ne luokitellaan tietyiltä osin lääkinnällisiksi laitteiksi, mikä edellyttää organisaatiolta uudenlaista vastuuta ja koulutusresurssointia. 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:

- Osa-optimoinnin vähentäminen esimerkiksi niin, että hoidon määrännyt taho vastaa myös kustannuksista (esim. laboratoriotutkimukset, kalliit lääkkeet, terapiat ym.)
- Vuosittain ennen talousarvion laadintaa järjestetään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisten palveluntuottajien yhteinen messutapahtuma- eri tahojen avoin keskustelufoorumi.
- Kunnissa luodaan yhteiset toimintatavat hallinnollisista rajoista riippumatta eri hallintokuntien välille, erityisesti terveydenhuoltoon, sosiaalitoimen vanhustenhuoltoon ja vammaispalveluihin.
- Terveysyhötymallin mukainen terveys- ja hoitosuunnitelma otetaan eri organisaatioiden yhteiseen käyttöön.
- Kunnissa terveydenhuollon ja yksityisten hoitolaitosten kesken toimintatavoista sovitaan palvelusopimuksin ja yhteistyökokouksin.
- Kaikissa Pirkanmaan terveydenhuoltoyksiköissä laaditaan potilasturvallisuussuunnitelma käyttäen samaa runkoa ja käytetään HaiPro -ohjelmaa, joka on terveyskeskuksille maksuton
- Kaikki kunnan toimialat, järjestöt ja kolmas sektori osallistuvat hyvinvointikertomuksen laatimiseen.

3.4 Rahoitus

Kansanterveyslain voimaan tultua jakoivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto lähes puoliksi kuntien terveydenhuollon budjetin. Valtion resurssiohjauksen päätyttyä ja uuden teknologian myötä ovat erikoissairaanhoidon kustannukset nousseet niin, että suhde on nyt karkeasti 60/40. Ongelmaa pahentaa se, että kuntien verotulot ja valtionosuudet ovat pienentyneet, jolloin kunnan budjetista entistä suurempi osa menee erikoissairaanhoidon. Pitkään jatkunut tilanne on johtanut kunnissa perusterveydenhuollon ohentumiseen. Terveyskeskusten lääkäreiden virkamäärät ovat pysyneet muuttumattomina. Uudet lääkärin virat on perustettu ensisijaisesti erikoissairaanhoidon ja työterveyshuoltoon. Monessa kunnassa on jouduttu leikkaamaan lyhytnäköisesti sekä ennalta ehkäisystä että perusterveydenhuollon palveluista, joilla olisi voitu vähentää potilaiden ohjautumista erikoissairaanhoidon.

Pirkanmaalla sopimusohjauskäytäntö on ollut yritys rahoituksen hallintaan. Rahoituskäytännöllä tavoiteltiin sekä sopimista että ohjausta. Vuosittaisista neuvotteluista ja sopimisesta huolimatta erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet omassa tahdissaan. Väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen heikentyminen tuovat edelleen kustannuspaineita. Jos terveydenhuollon kustannuksissa ei pystytä nyt saamaan säästöjä, joudutaan tulevaisuudessa leikkaamaan menoja vieläkin rajummin. Tästä syystä terveydenhuollon rahoitusmallia on mietittävä uudelleen. Kunnilla pitäisi olla mahdollisuus vaikuttaa siihen, paljonko ne joutuvat erikoissairaanhoidon palveluista maksamaan.

Linjaukset:

- Hoitoketjuissa ja kiireettömän hoidon perusteissa määriteltyä hoidon porrastusta ja laatukriteerejä noudatetaan niin hoidossa kuin palvelusopimuksissakin.
- Kaikkien toimijoiden tietoisuutta kokonaiskustannuksista lisätään
- Kuntatalouden nopea heikkeneminen edellyttää, että erikoissairaanhoidon kustannusten nousu sidotaan kuntien tulojen kasvuun.
- Kuntalaskutuksen yhteissumma ei saa ylittää vuosittaisessa tilaussopimuksessa sovittua summaa.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tuottavuuden tulee parantua vähintään 2%/toimintavuosi. Tavoitteena on, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tuottavuus on vähintään yliopistosairaaloiden keskitasolla.
- Sairaanhoitopiirin ja kuntien yhteistyönä valmistellaan toiminta- ja rahoitusmalli, jossa huomioidaan tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulain linjaukset.

3.5 Ikääntyvän väestön hoiva

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

Kallein yhteiskunnan maksama hoitomuoto on ympärivuorokautinen hoiva, joka edellyttää koulutetun henkilöstön paikalla oloa 24 tuntia vuorokaudessa joka päivä. Ympärivuorokautinen hoiva ei ole terveydenhuoltoa, mutta tarvitsee tuekseen riittävää terveyden- ja vanhustenhuollon 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 hoitotahton ilmaisu. Tämän kysyminen on yhtä helppoa kuin sen, kenelle potilaan tietoja saa luovuttaa.

Linjaukset:

- Terveystieteiden mukaisen hoitosuunnitelman 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 päivystyksen tarpeeseen luomalla päivystysratkaisuja, joiden avulla asiakkaan ei tarvitse lähteä kotoaan
- Hoitotahdon kysyminen otetaan osaksi normaalia toimintaa.

4. TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ TOIMINTA

Vastuu väestön terveyden edistämisestä on kunnilla. Työssäkäyvän väestön terveyden edistämisen vastuu on sen lisäksi työterveyshuollolla. Terveyspalvelut vaikuttavat vain osaltaan väestön terveyteen. Terveyteen vaikuttavat perintötekijät, elintavat ja terveyskäyttäytyminen. Kunnalla on vastuu esimerkiksi alueen kaavoittamisesta, elinympäristöstä, kunnallistekniikasta, elinkeinoelämästä ja lasten- ja nuorten koulutuksesta, jotka kaikki ovat merkittäviä terveyteen vaikuttavia asioita. Terveyden edistäminen ei ole yksin kansansairauksien ehkäisemistä, vaan väestön hyvinvoinnin edistämistä. Siten se koskee kaikkia kunnan toimialoja, mutta myös alueella toimivia yrityksiä ja muita toimijoita.

Väestön terveyserojen kaventaminen on ollut valtiovallan ja sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena jo pitkään. Tästä tavoitteesta huolimatta suunta on ollut toinen. Suomalainen terveydenhuolto on OECD:n arvion mukaan Portugalin ja USA:n lisäksi yksi epätasa-arvoisimmista. 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. Terveyserojen 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 laajemmankin alueen tulisi tarttua.

Terveydenhuoltolain mukaan kuntien tulee laatia erillinen hyvinvointikertomus, minkä takia siihen kirjattaviin asioihin ei oteta yksityiskohtaisesti kantaa tässä suunnitelmassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kuntien hyvinvointikertomustyötä koordinoi PSHP:n terveyden edistämisen ylilääkäri ja hänen tuekseen on kuntiin nimetyt hyvinvointikoordinaattorit tai vastaavat.

Linjaukset:

- Nostetaan terveyden edistämisen arvostus kunnallisessa päätöksenteossa.
- Jokaisessa kunnassa tulee olla tehtävään nimetty hyvinvointikoordinaattori tai vastaava henkilö
- Kunnat ja sairaanhoitopiiri ottavat käyttöön päätösten ennakoarviointimenettelyn päätöksenteossa otetaan huomioon niiden vaikutukset ihmisiin.
- Kuntien päätöksenteossa on otettava huomioon laadittujen alueellisen terveyden edistämisen ja hyvinvointistrategian linjaukset.
- Kuntien on välttämätöntä luoda poikkihallinnolliset rakenteet ja yhteistyömallit hyvinvointistrategian toimeenpanoa varten

- Terveyden edistäminen nostetaan kansansairauksien ehkäisystä alueiden vetovoimaisuutta ja hyvinvointia edistävälle tasolle ottamalla kaikki tahot elinkeinoelämä mukaan lukien mukaan suunnitteluun ja toimeenpanoon.

5. TUOTETTAVAT PALVELUT JA TYÖNJAKO

5.1 Päivystys, kiireellinen hoito ja ensihoito

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 50§ 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. Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohteisista edellytyksistä on edelleen määrätty ns. päivystysasetuksella, joka astui voimaan 1.1.2015.

Päivystys voidaan siis määritellä niin, että se on lääkärijohtoista terveystalveta, jota väestön terveyden turvaamiseksi on tarjottava vuorokauden ympäri kaikkina päivinä. Päivystysasetuksen mukaan päivystysyksikön käytössä on oltava moniammatillinen henkilökunta, jolla on riittävä koulutus ja työkokemus ja joka tuntee alueen olosuhteet, sekä riittävät kuvantamis- ja laboratoriotalvelut potilaan tutkimusta, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa varten. Lisäksi päivystysyksikössä on oltava saatavilla virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään oleva laillistettu lääkäri niiden päätösten tekemistä varten, jotka edellyttävät virkavastuulla toimimista. Päivystysyksikössä on oltava kaikkina vuorokauden aikoina laillistettu lääkäri.

Ympärivuorokautinen päivystys on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella keskitetty kolmeen päivystyspisteeseen: Acutaan, Valkeakosken aluesairaalaan sekä Jokilaakson sairaalaan. Näistä kahden ensimmäisen toiminnasta vastaa PSHP ja jälkimmäisen toiminnasta Jokilaakson Terveys Oy. Kaikkein vaativinta hoitoa sekä päivystysasetuksen määrittelemiä päivystysaikaisia erikoisalakonsultaatiota vaativat tapaukset on keskitetty Acutaan. Päivystysasetuksen voimaantulon myötä psykiatrian päivystys on koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella keskitetty Pitkäniemen sairaalaan.

Päivystysasetuksessa määritellään vain päivystysyksiköiksi määriteltyjen toimipisteiden toimintaa. Varsinaisten päivystyspalveluiden lisäksi kunnat voivat järjestää kiireellistä lääkäriinvastaanottoa. Virka-aikaan jäsenkunnat järjestävät kiireellisen sairaanhoidon palveluita omissa terveyskeskuksissaan. Edellä mainittujen kolmen ympärivuorokautisesti toimivan päivystyspisteen lisäksi useilla jäsenkunnilla on kiireellisiä lääkärin vastaanottoja arki-iltaisin, viikonloppuisin ja Parkanossa ja Mänttä-Vilppulassa myös öisin. Eri toimipisteiden tarkemmat toiminta-ajat ovat jäsenkuntakohtaisesti löydettävissä PSHP:n ylläpitämässä listauksessa osoitteessa <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17290&contentlan=1>.

Isojen terveyskeskusten toiminta-alueella on ainakin yksi apteekki auki myös viikonloppuisin. Kiireellistä hoitoa antavista yksiköistä annetaan tarvittaessa mukaan seuraavaan lähimmän apteekin aukioloon asti riittävä lääkitys.

Suun terveydenhuollon päivystys on virka-ajan ulkopuolella koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella on keskitetty Acutan tiloissa toimivaan suupäivystykseen. Virka-aikaisista kiireellistä hoitoa vaativista tapauksista vastaavat jäsenkunnat omilla hammaslääkäripalveluillaan.

PÄIVYSTYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN SUUNNITELMAKAUDELLE 2013-2016

Toimija	Ympäri vuorokautinen päivystys (24/7)	Viikonloppu ja iltapäivystys	Yksiköiden oma ”päivystys”
Apteekkipäivystys	Yliopiston apteekki/ Tampere 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
Erikoissairaanhoito	Acuta, Valkeakoski als, Jokilaakson sairaala/Jämsä Lastentautien päivystys Pshp, Naistentautien ja synnytyspäivystys Pshp	Ks. päivystys 24/7	
Perusterveydenhuolto	Acuta, Valkeakoski als Jokilaakson sairaala/Jämsä	Ks päivystys 24/7 lisäksi Vammalan as, Parkano tk, Virrat tk Lääkärikeskukset Tre	Terveyskeskukset järjestävät alueellaan ilta- ja viikonloppu vastaanottoja erikseen sovittavalla tavalla. Lääkärikeskukset Tampere
Psykiatrinen päivystys	Pitkäniemen sairaala	Pitkäniemen sairaala Kaivannon sairaala	Vammalan as, Pitkäniemen sairaala ja MTT:t
Päihtyneiden päivystys/selviämisasema	Tampere		Terveyskeskukset
Sairaalapäivystykset (eriksh, perusth)	Kukin sairaala ja terveyskeskuksen vuodeosasto sopivat omista päivystysjärjestelyistään	Yksiköiden omat järjestelyt	Yksiköiden omat järjestelyt
Sosiaalipäivystys	Tampere		Kuntien omat palvelut
Suun terveydenhuollon päivystys	PSHP	Kunnat ja Tampereen kaupunki	Oman kunnan hammashoitolat

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirtyi terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) säätämisen myötä viimeistään 1.1.2013 alkaen kunnilta sairaanhoitopiirille. Laissa määriteltiin ensihoitopalvelun järjestämisestä (39§) ja sisällöstä (40§), sekä erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävistä (46§). Lakia tarkennettiin Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011).

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on vastannut jäsenkuntiensa sekä Punkalaitumen ensihoitopalvelun järjestämisestä 1.1.2013 lähtien. Vallitseva sairaanhoitopiirin valtuuston tekemä ensihoidon palvelutasopäätös on voimassa 1.1.2015 - 31.12.2016. Palvelutasopäätöksen mukaan kiireellisen

ensihoidon bruttokustannukset jaetaan 30 % asukasluvun ja 70 % tehtäviin käytetyn ajan mukaan. Ensihoitokeskuksen kulut jaetaan asukasluvun mukaisesti ja kiireettömien kuljetusten ja ensivastetehtävien kustannukset veloitetaan suoritepohjalta. Kela-korvaukset huomioidaan siten, että ne hyvitetään kunnille kiireellisen ensihoitopalvelun kuntakohtaisten bruttokustannusten maksuosuuksien suhteessa. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa ja eri riskialuealuokille tavoitteelliset saatavuusosuudet määritellyssä ajassa kiireellisyydeltään erilaisille ensihoitopalvelun tehtäville. Asetuksen mukaisesti, saman riskialuealuokan väestön tulee saada yhdenvertainen palvelu koko sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta.

Ensihoitopalvelun tuottavat ambulanssien osalta yksityiset palveluntuottajat kilpailutuksen perusteella muissa kunnissa, paitsi Pirkanmaan Pelastuslaitos yhteistoimintasopimuksella Tampereella, Nokialla, Pirkkalassa, Valkeakoskella ja toisen yksikön osalta Lempäälässä. 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. Keskus vastaa alueellaan mm. ympärivuorokautisesta ensihoitolääkäripäivystyksestä sekä sosiaali- ja terveystoimen viranomaisverkon aluepääkäyttötoiminnoista. Lääkäripäivystykseen sisältyy korkeariskisiin ensihoitotehtäviin osallistumisen ohella erikoissairaanhoitotasoinen puhelinkonsultaatio. Lääkäriyksikön toiminta-alueen laajuus ja yhteistoiminta toisten erityisvastuualueiden lääkäriyksiköiden kanssa sovitaan yhteistyössä toimintaa hallinnoivan FinnHEMS Oy:n kanssa. Päivystävä ensihoitolääkäri johtaa toiminta-alueensa lääketieteellistä toimintaa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri johtaa operatiivisella tasolla sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelua ja sen toimintaa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen ja palvelutasopäätöksen mukaisesti, sekä erityisvastuualueen ensihoitokeskusta.

Kenttäjohtajat vastaavat ensihoitopalvelun operatiivisesta johtamisesta, määräävät tarvittaessa valmiussiirot, tukevat hätäkeskusta poikkeustilanteissa sekä osallistuvat tarpeen mukaan ensihoitotehtäville normaalia hoitotason ambulanssia laajemmalla lääkintävarustuksella ei-kuljettavana yksikkönä. Ensihoitotehtävien osallistumisessa prioriteettina ovat monipotilas- ja moniviranomaistehtävät. Operatiivisen toiminnan ohella kenttäjohtajat osallistuvat oman päätehtävänsä ylläpitoon, suunnitteluun ja kehittämiseen.

Ensihoitopalvelun ambulanssit huolehtivat hätäkeskuksen välittämistä kansalaistehtävistä, sekä hätäkeskuksen välittämistä hoitolaitossiirtotehtävistä. Erilliset siirtokuljetusyksiköt huolehtivat oman järjestelmänsä kautta tilatuista kiireettömistä hoitolaitossiirroista. Yhteistyömahdollisuuksia selvitetään ja kehitetään kiireettömän ja kiireisen ambulanssitoiminnan välillä; asetuksen mukaisesti kiireettömän puolen ambulanssien käyttöä entistä tehokkaammin kiireisen puolen tukena (esim. toimiminen tarvittaessa ensivasteyksikkönä ja kuljettavana yksikkönä monipotilas- ja moniviranomaistehtävissä) ja toisaalta kiireisen puolen yksiköiden käyttöä kiireettömissä hoitolaitossiirroissa.

Vallitsevan sopimuksen mukaisesti, yksityisten ensihoidon palveluntuottajien ensihoitajat osallistuvat operatiivisen tilanteen salliessa myös paikalliset perusterveydenhuollon toimipisteen toimintaan avustavissa terveydenhuollon tehtävissä. Avustavien tehtävien tarkempi luonne ja laajuus sovitaan tarkemmin paikallistasolla kunnan ja hoitolaitoksen tarpeiden mukaan, kuitenkin siten että ensihoidon

tehtävien suorittaminen ja ensihoitovalmius eivät saa vaarantua. TAYS ensihoitokeskus tukee ja ohjaa tarpeen mukaan palveluntuottajaa ja kuntaa yhteistyön kehittämisessä.

Ensihoitopalvelun laadunvalvontaa toteutetaan 1) palvelutasopäätöksen mukaisia tavoittamisaiaryhmien tavoittamisosuuksia mittaamalla, 2) potilaiden, hoitolaitosten ja toisten viranomaisten tuottaman palautteen perusteella, 3) lääkäriyksikön konsultaatioiden ja yhteistehtävien havaintojen perusteella. Uusia laatumittareita otetaan jatkossa käyttöön, STM:n ohjeistuksiin tukeutuen, pyrkien koko erityisvastuualueella laajuudella yhtenäisiin mittareihin.

Seuraava palvelutasokausi alkaa 1.1.2016. Haasteita nyt ja tulevalle kaudelle aiheuttavat mm.

- 1) Ensihoidon tehtävämäärien yleinen ja jatkuva kasvu
- 2) Päivystyspisteiden keskittyminen. Tämä kasvattaa kuljetusmatkoja ja siten yksikön tehtävisidonnaisuutta myös perusterveydenhuoltotasoisten potilaiden kuljetuksen osalta, ja heikentää siten ensihoitovalmiutta erityisesti sairaanhoitopiirin reuna-alueiden kunnissa. Omat terveyskeskuspäivystyksen siirtyminen kauemmaksi tulee oletettavasti myös vähentämään potilaiden omatoimista hakeutumista päivystykseen ja mahdollisesti aiempaa herkempään ensihoitopalvelun käyttöön 112:n kautta päivystykseen siirtymiseksi.
- 3) Kotihoidon lisääntyminen. Potilaiden kotihoidon lisääntyminen laitoshoidon kustannuksella on sinällään tavoiteltavaa ja inhimillistä, mutta tulee kuormittamaan ensihoitopalvelua entistä enemmän mm. terveydentilan arviointeina potilaan kotona. Kotisairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja ensihoitopalvelun paikallisen yksikön esteettömän tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen on keskeisen tärkeää.
- 4) Väestön ja siten myös ensihoitotehtävien painottuminen kasvukeskuksiin, Pirkanmaan osalta Tampereelle, mikä johtaa asteittaiseen palvelutason laskuun, mikäli resurssien lisäyksellä tai toiminnan ohjauksella muilla keinoin tätä kuormaa saada kompensoitua.
- 5) Hätäkeskusyhteistyön kehittäminen. Ensihoidon tehtävänkäsittelyä hätäkeskuksessa kehittämällä pyritään nykyisten resurssien entistä tarkoituksenmukaisempaan ja tehokkaampaan hyödyntämiseen.

TAYS ensihoitokeskus pyrkii aktiivisesti seuraamaan ensihoitokentän kehittymistä, reagoimaan uusiin tilanteisiin ja ennakoimaan ja varautumaan tuleviin muutoksiin, niin palvelutasopäätöksen valmistelussa kuin palvelutasokauden aikana.

Linjaukset:

- Yöpäivystyksessä oltava moniammatillinen henkilöstö ja virkasuhteinen lääkäri käytössä (asetus)
- Yöpäivystys keskitetään Acutaan, Valkeakosken aluesairaalaan ja Jokilaakson sairaalaan Jämsässä.
- Päivystystä ja Ensihoitoa ja kehitettäessä on huomioitava, että tietojärjestelmiin kirjattujen tietojen tulee välittyä hoitaville yksiköille

5.2 Ei-kiireelliset terveys- ja tukipalvelut

Vaativa erikoissairaanhoito Sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoitoa koskee oma lainsäädäntönsä.

Toiminta on pitkälti organisoitunut lääketieteen eri erikoisalojen mukaan ja jakaantunut edelleen pienemmiksi osaamisalueiksi. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on kehittää erityisesti vaativaa sairaanhoitoa ja koulutusta. Sen lisäksi sillä on vastuu koko alueen terveyspalveluiden kehittämisestä ja

koordinoinnista. Yhteistyö ja koordinoititehtävä edellyttävät hyvää kumppanuutta alueen terveydenhuollon eri toimijoiden kanssa. Yhteistyötä on toteutettu pääosin koulutuksella, hallinnollisilla kokouksilla, sopimusohjausneuvotteluilla ja hoitoketjujen avulla. Yhteistyön uskotaan parantuvan, kun toimijoiden yhteinen extranet-verkko saadaan käyttöön.

Erikoissairaanhoidon pirstaloiduttua yhä pienemmiksi erikoisaloiksi on käytäntö johtanut siihen, että potilasta tutkii ja arvioi monta eri erikoisalan lääkäriä peräkkäisillä käynneillä. Hoidosta tulee kallista ja potilaille raskasta ja aikaa vievää. Samalla kunnat, jotka tilaavat erikoissairaanhoidon palveluita, ovat menettäneet mahdollisuuden arvioida, mitä tuotteita potilaat tarvitsevat tai saavat.

Linjaukset:

- Vaativasta erikoissairaanhoidosta vastaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Uudistetaan lähetekäytännöt niin, että vastaanottava erikoisala aina huomioi sovitut kiireettömän hoidon kriteerit, hoitosuositukset ja yhteisesti laaditut hoitoketjut, menettely turvaa asiakkaiden yhtäläisen pääsyn hoitoon. Lähetekäytännön uudistamisesta laaditaan prosessi-kaavio.
- Luodaan tietojärjestelmiin pohjautuva lähetteen käsittely ja toimintamalli, joka mahdollistaa moniongelmaisten ja monen klinikan hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon koordinoinnin PSHP:ssä (max 5 % lähetetyistä).
- Synnytykset keskitetään Tampereelle
- Toimintatapoja kehitetään asiakaslähtöisiksi yhdessä potilaiden ja sosiaali- ja perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa
- Sote-ammattilaisverkko (extranet) ja muut ammattilaisten yhteistyötä edistävät menetelmät otetaan käyttöön.
- Erikoissairaanhoidon tuotteista entistä suurempi osa laaditaan DRG-pohjaisena vertailun luotettavuuden parantamiseksi.

Erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollossa Kun puhutaan lähellä asuinpaikkaa terveyskeskuksissa tarjottavasta erikoissairaanhoidosta, on siitä käytetty nimikettä peruserikoissairaanhoido. Se voidaan määrittää palveluna, jonka erikoislääkäri tuottaa perusterveydenhuollon ohjauksessa. Siihen kuuluvat tavallisimmat, paljon käytetyt erikoissairaanhoidon palvelut ja toisaalta ne, mitä terveydenhuoltolain mukaan tulee tarjota terveyskeskuksissa lähellä asiakkaan kotia ja arkea nopeasti ja joustavasti hoitovastuun säilyessä perustasolla. Tätä palvelua kutsutaan tässä suunnitelmassa erikoissairaanhoidoksi erotuksena yliopistollisten sairaaloiden tuottamasta vaativasta erikoissairaanhoidosta.

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 tuotteistaa, hinnoitella ja kilpailuttaa. Eri arvioiden mukaan nykyisten erikoissairaanhoidon sairaaloiden palveluista on n. 10-20 % tilattavissa tuotteina. Tämän tyyppisten palveluiden tarjonnan jatkaminen vaativan erikoissairaanhoidon yksikössä on kallista ja ehkäisee toiminnan suuntaamisen uusille kehitettäville alueille. Toimenpiteitä, joita aikaisemmin on tehty vain erikoissairaanhoidossa, toteutetaan nykyään perusterveydenhuollossa, lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla sekä yksityisissä lääkärikeskuksissa.

Perusterveydenhuollon tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut voidaan toteuttaa perustamalla erikoislääkäriin virkoja terveyskeskuksiin joko yksin tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa, tai ne on

mahdollista hankkia kilpailuttamalla. Tampereen ympärillä kunnat hankkivat jo nyt erittäin monipuolisesti näitä palveluita. Tarjoajina ovat yksityiset lääkäriasemat tai palveluita voivat tarjota Hatanpään sairaala ja aluesairaalat.

Linjaukset:

- Laaditaan luettelo kuntien erikoissairaanhoidon toteutettavista palveluista ja niistä erikoissairaanhoidon palveluista, jotka ehdottomasti vaativat keskittämistä.
- Yhtenäistetään tuotteistusta ja tuotteiden kuvausta vertailtavuuden ja kilpailutuksen helpottamiseksi
- Kunnat hankkivat edellä määriteltyjä erikoissairaanhoidon palveluita tuottamalla niitä itse tai kilpailuttamalla. Kilpailutuksissa käytetään sairaanhoitopiirin asiantuntija-apua tarvittaessa.
- Sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelulaki tulee vaikuttamaan palveluiden järjestämiseen ja organisaatioiden asemaan tavalla, jota ei vielä tiedetä

Perusterveydenhuolto Perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat samalla, kun ne ovat vastuussa muistakin kuntalaisten 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 vähenevistä työntekijöistä. On kuitenkin lukuisia erityispalveluita, joita on järkevää tarjota lähellä kuntalaisia, mutta joiden järjestämiseen tarvitaan suuruudeltaan 20 000 – 50 000 asukkaan 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. Väestön nopea ikääntyminen ja ikäihmisten määrän lisääntyminen on erityinen perusterveydenhuollon haaste. Henkilöstön uusi työnjako on edellytys, jotta terveyskeskukset pystyvät toimimaan näkyvissä olevasta henkilöstöpulasta huolimatta. Kehittämisen- ja tutkimusresurssit 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 muodostetaan yhteistyöverkostoja, joiden väestöpohja on 50 000 – 100 000 tehtävästä riippuen.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut Kuntien avohoidon mielenterveyspalvelut on järjestetty hyvin eri tavoin riippuen olemassa olevista palveluista ja aikaisemmasta historiasta. Vammalan aluesairaalan alueella sairaanhoitopiiri vastaa mielenterveystoimistoista. Toisissa kunnissa mielenterveystoimistot on kunnallistettu. Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö vaihtelee kunnittain 0.4-1.0/1000 asukasta riippuen alueen palvelutarjonnasta psykiatristen potilaiden asumispalveluista, kuntoutuksesta ja päivätoiminnasta vastaavat usein kunnan eri toimijat yhdessä kolmannen sektorin kanssa.

Päihdepotilaiden katkaisuhuolto on yleensä terveyskeskuksessa. Valikko on kirjava ja kokonaisvastuu ei edes peruskunnassa ole aina hallinnassa.

Nykyinen hyvin sekava päihde- ja mielenterveyspalveluiden kenttä tarvitsee selkeyttämistä. Avohoidon päihde- ja mielenterveyden peruspalvelut tulee siirtää peruskuntien toiminnaksi, jolloin avohoidon palvelukokonaisuus on yhden johdon alaisuudessa ja on mahdollista välttää tuottamattomat ja päällekkäiset toiminnot ja asiakkaiden ”pallottelu”. Mielenterveystoimistot tuottavat peruspalveluita, mikä tukee niiden toimintaa peruskuntien osana. Sen lisäksi terveyskeskuksissa tulisi olla sekä lasten että aikuisten mielenterveystyöhön perehtyneitä sairaanhoitajia. Mielenterveystyöhön perehtyneitä sairaanhoitajia tarvitaan vähintään kaksi/terveyskeskus, jos terveyskeskuksen väestöpohja on n. 20 000. Jokaisessa kunnassa pitää löytyä työntekijä, jolla on koordinaatiovastuu alueen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaisuudesta ja voi niistä raportoida päättäjille ja eri toimijoille. Vaativan psykiatrisen sairaalahoidon tuottamiseen Pirkanmaalla riittää Pitkäniemen sairaala. Muun psykiatrisen sairaalahoidon hallinnollinen asema määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulain perusteella. Liitteessä on kuvattu yksityiskohtaisesti päihde- ja mielenterveystyön palveluvalikoima.

Linjaukset:

- Päihde- ja mielenterveyspalveluita tulee kunnissa tarjota samassa hallinnollisessa yksikössä.
- Psykiatrisia sairaansijoja vähennetään Pirkanmaalla niin, että niitä on 0.5 sairaansijaa/1000asukasta
- Vaativaa psykiatrista sairaalahoitoa tarjotaan Pirkanmaalla Pitkäniemen sairaalassa
- Kaivannon sairaala ja Vammalan aluesairaala tarjoavat muuta psykiatrista sairaalahoitoa
- Kuhunkin kuntaan nimetään työntekijä, jonka tehtäväkuvaan kuuluvat päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden hallinta ja niistä tiedottaminen.
- Kehitetään eri henkilöstöryhmien tarvitsemaa alueellista päihdekoulutusta yhdessä koulutusorganisaatioiden kanssa.

Lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelut Pirkanmaalla lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelut toimivat sairaanhoitopiirissä eri yksiköissä, mikä aiheuttaa usein sekaannusta. Kaikkiaan lasten- ja nuorten palvelut ovat pirstaloituneet moniin pieniin tiimeihin tai yksiköihin. Kunnat toivovat saavansa lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin nykyistä enemmän tukea. Lasten huostaanotot ovat lisääntyneet ja kouluissa koetaan, että ei enää pärjätä nuorten vaikeiden ongelmien kanssa. Osassa kuntia on perhe-neuvoloita, mutta monesta niistä puuttuu lääkäripanostus, jota niihin kaivattaisiin. Lasten mielenterveyspalveluista on laadittu hoitoketju, jota on osattu hyödyntää vain osittain. Erikoissairaanhoito on tarjonnut myös jalkautuvia palveluita, mutta nekin ovat jääneet vieraiksi ja etäälle koetusta tarpeesta.

Linjaukset:

- Kuntien tueksi kehitetään erilaisia, helposti ja nopeasti saatavia konsultaatiotyyppejä palveluita.
- Lasten- ja nuortenpsykiatrisen perustetaan yhteinen jalkautuva konsultaatioryhmä, jonka tehtävänä on ensisijaisesti tukea ja kouluttaa kuntien työntekijöitä.
- Lasten, nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyspalvelujen kehittäminen edellyttää kokonaisuudistusta, jossa lähdetään asiakkaiden tarpeista eikä ikärajoista tai organisaatioista.
- Lasten mielenterveystyön hoitoketju tulee juurruttaa ja ottaa käyttöön kaikissa kunnissa.

Geriatría Suomessa ihmisten odotettavissa oleva elinaika on nopeasti noussut ja terveydenhuollon potilaat ovat entistä iäkkäämpiä. Aineenvaihdunnan hidastuessa ja elimistön haurastuessa tarvitaan hoitamiseen uudenlainen näkökulma. Geriatrian erikoisala vastaa tästä osaamisesta. Iäkkäiden ihmisten hoidossa korostuu lisäksi omaisten mukaantulo hoitoprosesseihin. Geriatrian tarve on nykyään lähes kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ei ole omaa geriatriasta osaamista, mutta tätä ollaan valmistelemaan. Terveyskeskuksissa geriatreja on vaihtelevasti.

Linjaukset:

- Laaditaan geriatrian potilaan akuuttihoitoa hoitoketju.
- Helposti tavoitettavia geriatrian konsultaation mahdollisuus tulee järjestää kaikkiin terveydenhuollon palveluita tarjoaviin yksikköihin.
- Kuntiin perustetaan yhden tai useamman kunnan yhteisiä geriatrian virkoja.
- Vastuu geriatriasta kuntoutuksesta on peruskunnilla.

Palliativinen hoito. Palliativinen hoito on pitkälle edenneestä parantumattomasta sairaudesta kärsivän potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista ja oirekeskeistä hoitoa, jonka loppuvaihe on saattohoito. Pirkanmaalla kuolee n. 4500-5000 ihmistä vuodessa, joista arviolta n. 1500 tarvitsee erityistä saattohoitoa. Koko palliativisen hoidon tarve on selvästi suurempi (n. 20 000 potilasta vuodessa) ja sen arvioidaan kasvavan n. 20 % seuraavan 10-15 vuoden aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset vastaavat saattohoidon yhdenvertaisesta toteuttamisesta.

Pirkanmaalla saattohoitoa toteutetaan kotisairaanhoidoissa, kotisairaaloissa, terveyskeskussairaaloissa, hoivakodeissa sekä Pirkanmaan hoitokodissa. Myös erikoissairaanhoidossa hoidetaan kuolevia potilaita, sillä siirto saattohoitoyksikköön ei aina ehdi tapahtua. Saattohoidon osaaminen ja resurssit riippuvat asuinkunnasta ja hoitopaikasta eikä hoidon taso ole yhdenvertaista. Saattohoitopalvelu tuotetaan aina jossakin, mutta ilman sovittua yhteistyötä hoito toteutuu lähinnä päivystysjärjestelmän kautta, mikä ei ole asiakaslähtöistä eikä kustannustehokasta. Näihin haasteisiin vastaa Pirkanmaan saattohoitopotilaan palveluverkko (http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01126). Tämän hoitoketjun toiminta edellyttää Pirkanmaan toimijoiden sitouttamista palveluverkon periaatteisiin sekä riittävää koulutusta ja resursointia palliativiseen hoitoon.

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.
- Palliativinen hoito toteutetaan asiakkaan tarpeista lähtien yhdenvertaisesti asuin- tai hoitopaikasta riippumatta. Kuntarajat ylittäviä yhteistyömalleja etsitään.
- TAYS:n palliativinen yksikkö johtaa ja koordinoi palveluverkkoa sekä tarjoaa palliativisen hoidon konsultaatiota koko sairaanhoitopiirissä (erikoissairaanhoidoissa ja perusterveydenhuoltoon). Yksikön resurssit tarkistetaan tätä tehtävää vastaaviksi.

Tietojärjestelmät ja tietohuolto Suomessa terveydenhuollon tietojärjestelmät eivät ole kehittyneet läheskään samassa tahdissa kuin väestön ATK-osaaminen. Syitä tähän monia, (1) terveydenhoidon toimijoiden hajanaisuus, (2) ohjauksen puute hallinnossa, (3) ATK-osaajien puute terveydenhuollossa ja terveydenhuollon osaamisen puute toimittajien puolella, (4) historialliset syyt: ajaututaan hankkimaan uusia järjestelmiä pikku hiljaa ”unohtaen” että systeemien pitäisi toimia yhteen, (5) liiallinen hyväuskoisuus toimittajiin, (6) kilpailun puute (pienet markkinat), (7) tietosuojasäädösten tulkinta. Järjestelmä, jossa potilastiedot eivät keskustele keskenään ja joihin ei ole mahdollista liittää asiakaskohtaisia palveluita, eivät ole nykyaikaa. Terveyskeskukset ovat liian pieniä yksin kehittämään tietotekniikkaa ja sairaanhoitopiirin omat tietojärjestelmät ovat massiivisen suuria ja jäykkiä. Kanta-arkisto, jota odotetaan, ratkaisee vain menneen tiedon saamisen näkyviin, mutta se on potilaan hoidossa vain pieni osa. Valitettavasti näyttää siltä, että järjestelmätoimittajiin ei ilman vahvaa painostusta pystytä vaikuttamaan. Tällä sektorilla pitäisi luoda uusi toimintakulttuuri, joka ylittää kuntien ja koko Erva-alueen hallintorajat.

Terveydenhuollon ja tietohallinnon kiinteä yhteistyö työprosessien suunnittelusta toteutukseen on paras keino taata terveydenhuollon tuotantoa optimaalisesti palvelevat ICT-ratkaisut. Tietohuoltoa ei tulisi nähdä terveydenhuollon ulkopuolisena tukitoimintona vaan palveluprosessien olennaisena osana. Pirkanmaalla on kuvattu nykyinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri ja sen jälkeen voidaan suunnitella koko sairaanhoitopiiriä koskeva uusi tavoitetila. Arkkitehtuurikuvauksen jälkeen joudutaan päättämään kehittämisvaihtoehdoista; joko kehitystyössä lähdetään nykyisistä järjestelmistä tai toisena vaihtoehtona se, että alueelle tulee vain yksi yhteinen potilastietojärjestelmä. Nämä ovat kalliita ratkaisuja, minkä takia tietojärjestelmäyhteistyö on nostettu yhdeksi kehittämisalueeksi.

Linjaukset:

- Sähköisten palveluiden kehittämistä vahvistetaan Pirkanmaalla ja koko erityisvastuualueella.
- Varmistetaan sosiaali- ja terveystietojen yhteiskäyttöisyys
- Kehitetään kuntalaisten terveyden edistämistä ja omahoitoa tukevat ICT-ratkaisut
- Alueelle tarvitaan vahva painostuselin, joka pitää yhteyttä ohjelmistotoimittajiin ja ohjaavaan keskushallintoon.

Lääkinnällinen kuntoutus Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) luetellaan kuntien lääkinällisen kuntoutuksen tehtäviksi: 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. Työssä käyvien osalta vastuuta kuntoutuksesta on ehdotettu työterveyshuollolle. Erikoissairaanhoidon organisaatiossa kuntoutus pitäisi olla helposti rajapinnalta ”löydettävissä”. Kuntoutukseen tarvitaan jalkautuvaa yhteistyötä, jossa erikoissairaanhoito toimii perusterveydenhuollon kumppanina. Alueellista kehittämistä varten on luotava riittävän laaja koordinaatioryhmä, jossa sovitaan esimerkiksi

apuvälinepalveluiden työnjako ja kehittäminen ja kuntoutuksen muiden avopalveluiden linjaukset (terapiat sekä lapset että aikuiset).

Linjaukset:

- Sairaanhoidopiirin kuntoutuksen asiantuntijayksikön tehtävänä on koordinoita ja kehittää vaativan erikoissairaanhoidon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuntoutusta.
- Perustetaan terveyskeskusten ja sairaanhoidopiirin yhteinen kuntoutuksen kehittämistyöryhmä.
- Kuntoutuksen työote niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa tulee olla moniammatillinen ja asiakkaat mukaan ottava.
- Sovitaan yhdessä, miten kolmannen sektorin osaamista hyödynnetään Pirkanmaalla.

Suun terveydenhuolto Pirkanmaan kaikki kunnat kärsivät hammaslääkäripulasta. Lähimmät hammaslääkäreiden koulutusyksiköt ovat Turussa ja Helsingissä. Se on yksi syy, minkä takia Pirkanmaan virkoihin löytyy huonosti hammaslääkäreitä. Kunnat ovat joutuneet ostamaan kalliita vuokrahammaslääkäreitä tai ulkoistamaan kokonaisia toimintayksiköitä. Hammaslääkäreiden lisäksi alueella tarvittaisiin suuhygienistejä. Näihinkään avoimiin virkoihin ei ole saatu riittävästi hakijoita. Hammaslääkäreiden vastaanotoille on pitkät jonot ja kunnat joutuvat elämään ”kädestä suuhun”. Tässä tilanteessa Pirkanmaan alueen yhteinen hammaslääkäripäivystys on pystynyt onneksi hoitamaan tämän asian lainmukaiselle tasolle.

Suun terveydenhuollossa on hyötyä nykyistä paljon suuremmista yksiköistä, joissa syntyy riittävä palveluiden kehittämispotentiaalia. Tampereen alueelle suunnitellaan perusterveydenhuollon yhteistä isoa suun terveydenhuollon kokonaisuutta. Siitä saadut kokemukset on tarkoitus tämän jälkeen käyttää palveluiden kehittämiseen muualla Pirkanmaalla.

Linjaukset:

- Vahvistetaan Pirkanmaan kuntien suun terveydenhuollon alueellista yhteistyötä.
- Suun terveydenhuollon seurantaan sovitaan yhteiset alueelliset mittarit.
- Yksityiset hammaslääkärit vastaavat edelleen huomattavasta osasta aikuisten suun terveydenhuoltoa

Työterveyshuollon palvelut Työterveyshuollon palveluita tuottavat isot teollisuusyritykset yksin tai yhdessä muiden yritysten kanssa, yksityiset lääkärikeskukset, kunnalliset liikelaitokset ja yksittäiset terveyskeskukset. Työikäisestä väestöstä 92 % kuuluu työterveyshuollon piiriin. Sille on luotu oma rahoitusmallinsa, kustannuksista vastaavat työpaikat ja työntekijät. Työnantaja maksaa työterveyshuollon palvelut tuottavalle yksikölle ja saa niistä Kelalta korvausta. Kelan korvaus puolestaan maksetaan työtulovakuutuksesta, jota työntekijät ja työnantaja maksavat yhdessä. Työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia.

Se, mitä palveluita työterveyshuoltoon kuuluu, vaihtelee työnantajittain. Työterveyshuollon palveluita käyttävät ovat oikeutettuja myös terveyskeskuksen palveluihin. Yhteishoitoa vaikeuttaa se, että eri tietojärjestelmät eivät mahdollista potilastietojen näkemistä terveyskeskuksen, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välillä edes potilaan luvalla. Toisaalta työnantajan tai palveluntuottajan vaihtuessa vaihtuu usein tietojärjestelmä, jolloin tiedot aikaisemmista sairauksista jäävät potilaiden varaan.

Työterveyshuollon valtakunnallinen tilastointi kuuluu Kelalla, eikä tietoja ole kerätty työntekijöiden asuinkunnan mukaan. Nykyisin ei saa tietoja esimerkiksi siitä, miten moni kunnan asukkaista kuuluu työterveyshuollon piiriin ja monellako heistä on sairaanhoitosopimus. Työterveyshuollon yhteensovittaminen muuhun terveydenhuoltoon vaatii valtakunnallisia ratkaisuja ainakin tietojärjestelmien ja tilastoinnin osalta.

Pirkanmaalla on käynnistetty Perusterveydenhuollon yksikön toimesta työterveyshuollon palveluntuottajien yhteisiä työkokouksia. Ne antavat mahdollisuuden sopia joistakin yhteisistä käytännöistä ja luoda alueellisia toimintatapoja ja siten helpottaa asiakkaan asiointia. Hoitopolkua laadittaessa ja otettaessa käyttöön tulee huomioida työterveyshuollon erityispiirteet ja työterveyshuollon rooli työkykyasioiden koordinoijana.

Monet terveyskeskusten työterveysyksiköt ovat liian pieniä, eivätkä pärjää kovenevassa kilpailussa. Kunnalliset työterveyshuollon liikelaitokset ovat tähän osittainen ratkaisu. Laadukas toiminta ja osaaminen voidaan turvata nykyistä suuremmissa, monipuolisissa yksiköissä ja se on sekä asiakkaiden että työnantajien etu.

Linjaukset:

- Työterveyshuollon yksikön tulee olla työterveyshuollon erikoislääkärin johtama
- Pirkanmaalle riittää 2-3 vahvaa kunnallista työterveyshuollon liikelaitosta
- Perusterveydenhuollon yksikkö tukee hyvää työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja luo sille valmiuksia sekä kehittää yhteisiä toimijaverkostoja Pirkanmaalla sen jälkeen, kun yksikköön on saatu toimintaan tarvittavat resurssit.
- Työkyvyn koordinaatio keskittyy työterveyshuoltoon, mikä edellyttää yhteistyötä ja uusia toimintatapoja.

Hankinnat Pirkanmaalla ei ole tietoa, miten monta erilaista hankintaan keskittyvää hankintarengasta alueella on. Tampereen kaupunki on oma iso yksikkönsä, kehyskunnat ovat jo pitkään kilpailuttaneet monia tuotteita yhdessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on perinteisesti vastannut omista kilpailutuksistaan. Terveydenhuollossa merkittävimpiä hankintoja ovat lääkkeet, sairaanhoitotarvikkeet, laitteet, ohjelmat, apuvälineet ja erilaiset terveydenhuollon palvelut. Kilpailutuksesta on tullut vaativaa ja monissa yksiköissä ei ole tähän riittävästi osaamista. Kilpailutuksesta hyötyy, kun kilpailutetaan suuria volyymeja ja tehdään järkevällä tavalla kilpailutusprosessi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja koko Erva- alueella on kilpailutettu lääkkeet ja sairaanhoitotarvikkeet. Parhaillaan suunnitellaan sairaanhoitotarvikkeiden kilpailutuksen laajentamista Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koko alueella, mutta ei Pirkanmaalle.

Linjaukset:

- Perustetaan työryhmä, joka selvittää sairaanhoitopiirin alueella olevat kilpailutusprosessit.
- Samoin kuin Erva-alueen toimijat myös Pirkanmaalla kaikki halukkaat julkiset terveydenhuollon yksiköt voivat osallistua yhteiseen kilpailutukseen.

Kuvantamispalvelut Kuvantamispalveluita varten Pirkanmaalle perustettiin kuvantamisen liikelaitos Aku. Tätä edelsi Pirkanmaan kaikkien terveyskeskusten röntgenlaitteiden digitalisointi.

Kuvantamistoimintaan liittyy säädöksiä, joita pienissä yksiköissä on vaikea toteuttaa. Yksikössä pitää olla säteilystä vastaava viranhaltija, yksikön on tehtävä laatukäsikirja, ja yksiköt auditoidaan säännöllisesti. Kun lisäksi on pulaa koulutetuista työntekijöistä, on kuvantamisyksiköiden ylläpito käynyt raskaaksi terveyskeskuksille.

Linjaukset:

- Pirkanmaan alueella kaikki terveyskeskusten ja sairaaloiden rtg-yksiköt siirretään osaksi kuvantamisiikelaivos Akua. Edellytyksenä on, että Akun toiminnan tulee kustannuksiltaan olla kilpailukykyinen
- Sairaanhoidopiirin alueella on vain yksi yhteinen kuva-arkisto.

Lääkehuolto on siirretty Laboratorioliikelaitoksesta kuvantamisiikelaivotukseen. Pirkanmaalla sairaanhoidopiiri on kilpailuttanut lääkehankinnat. Tässä ovat mukana kaikki terveyskeskukset. Keskittämisen seurauksena lääkehuolto on etäännytynyt arjen toiminnasta ja lääketietämys sen myötä tuntuu ohentuneen. Hoitohenkilökunnalle on tarjottu mahdollisuutta lääkehuollon täydennyskoulutukseen (Love). Monessa yksikössä koetaan tarvetta sen lisäksi osastofarmasialle. Tarve ei poistu, vaikka pitkäaikaissairaiden hoitoyksiköissä otettaisiin käyttöön koneellinen lääkejaku.

Linjaukset:

- Sairaanhoidopiirin kaikki terveydenhuollon laitokset hankkivat lääkkeensä yhteisen kilpailutuksen perusteella.
- Yhteisiä työntekijöitä käyttämällä terveyskeskusten on mahdollista hankkia osastohoitoon farmaseuttista osaamista.
- Koneellista lääkejakuu hyödynnetään erityisesti hoivayksiköissä, missä se lisää lääketurvallisuutta ja säästää työvoimaa.
- Lääketiedot tulee saada suoraan potilastietojärjestelmään

Laboratoriopalvelut Pirkanmaalla lähes kaikki terveyskeskukset ja sairaalat käyttävät Laboratorio-osakeyhtiön palveluita. Yksiköt ovat olleet palveluihin pääosin tyytyväisiä. Toiminta on turvannut yhtenäisen palveluiden ja tutkimusten laadun koko alueella. Sairaanhoidopiirin alueella on pula ammattitaitoisesta laboratorihenkilöstöstä, jolloin yhteisen yksikön kautta voidaan resursseja käyttää mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla. Yhteinen laboratoriopalvelu turvaa sen, että potilaiden laboratoriotulokset ovat ajantasaisesti näkyvissä kaikissa toimintayksiköissä.

Linjaukset:

- Pirkanmaan kaikki kunnat kuuluvat Laboratorio-osakeyhtiöön.
- Laboratoriotoimintaan kehitetään muistute-järjestelmä, jolla estetään samojen tutkimusten tarpeeton ottaminen.

Kuljetus- ja varastointipalvelut 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. Kukaan ei tiedä tämän kokonaisuuden suuruusluokkaa.

Linjaukset:

- Pirkanmaan kuljetusten määrä ja kustannukset selvitetään.
- Selvitetään, missä kuljetuspalveluissa kannattaa tehdä nykyistä enemmän yhteistyötä.

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

Linjaukset:

- Perustetaan nykyistä suurempia välinehuollon yksiköitä vain jos kuljetusetäisyydet ovat kohtuullisia.

6. PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN

Toukokuussa 2011 voimaan tulleessa Terveydenhuoltolaissa nostettiin esiin perusterveydenhuollon vahvistaminen kuvaamalla sen tarkempaa sisältöä. Vahvalla perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kattavia peruspalveluita koko väestölle. Maissa, joissa on painotettu perusterveydenhuollon toimintamahdollisuuksia ja resurssointia, on väestön terveys kaikilla mittareilla mitattuna parempi ja kustannukset alhaisempia. Terveydenhuoltoon osoitettujen voimavarojen käytön parantamiseksi ja niistä saatavan terveyshyödyn lisäämiseksi tarvitaan perusterveydenhuollon vahvistamista ja sen myötä nykyistä asiakaslähtöisempää ja yhtenäisempää toimintatapaa, kokonaisvaltaisempaa hoitoa, palvelujen koordinaatiota ja laajempaa yhteistyötä.

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

Erikoissairaanhoitojärjestelmä 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 sairautensa kanssa, on tulevaisuuden terveydenhuollon avainkysymys. Perusterveydenhuollon osittainen rapautuminen vie potilaat usein liian helposti erikoissairaanhoitoon ja tulee kunnille kalliiksi. Julkisen terveydenhuollon uudenlaisena tavoitteena on asiakkaan ”pärjääminen”, jolloin huomio kohdistuu aidosti hoidon vaikuttavuuteen. Lähestymistapa edellyttää koordinaatiota ja palvelua, joka ylittää eri erikoissalat ja organisaatiot ja

kohtaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti. Pitkäaikaissairauksien uudet taloudelliset ja toimivat **asiakkuusstrategiat ja koordinaativastuun 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.

Kuntien tiukka talous on johtanut siihen, että perusterveydenhuolto pystyy jotenkin selviämään lakisääteisistä tehtävistään, mutta toiminnassa ei ole liikkumavaraa. Terveyskeskusten johtavien viranhaltijoiden voimavarat on käytetty hallinto organisaatioiden jatkuvaan uudistamiseen. Yksiköissä ei ole riittävää kehittämispotentiaalia ja henkilöstö on tiukkaan mitoitettuna äärimmäisen 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. Lähivuosina Pirkanmaan terveyskeskuksista lähtee paljon kokeneita lääkäreitä eläkkeelle. Jos perusterveydenhuoltoon ei nyt panosteta, muutaman vuoden kuluttua ei ole enää kunnallisia lähipalveluita.

Perusterveydenhuollon väestöpohjatarve 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 päätelleet yhteistyön olevan järkevää ja taloudellista. Terveys- ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttää nykyistä enemmän kunnissa poikkihallinnollista yhteistyötä ja kunnallisessa päätöksenteossa **terveyden 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. 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.

Perusterveydenhuollon yksikkö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toimivan Perusterveydenhuollon yksikön tehtävänä on perusterveydenhuollon vahvistaminen. 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 terveystieteiden 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 terveyden edistämiseen tarvittavaa poikkihallinnollista yhteistyötä. Yksikkö on jatkuvassa yhteydessä terveystieteiden 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 yhdyntymistä.

Perusterveydenhuollon yksikkö on mallintanut Pirkanmaalla tavan, jolla erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyönä laaditaan alueelliset hoitoketjut ja niiden juurruttamisen. Hoitoketjujen juurruttaminen talon tavoiksi on osa terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon toiminnan kehittämistä. Tulevaisuudessa niiden käyttöönottoa auttaa Pirkanmaalle valmistuva ammattilaisten sote-verkosto (extranet). Jatkossa hoitoketjut kytketään tehokkaammin lähetekäytäntöihin, sopimusohjausneuvotteluihin ja järjestämissuunnitelman toimeenpanoon.

Linjaukset:

- Varmistetaan perusterveydenhuollon riittävä rahoitus.
- Kehitetään toimintatapoja terveyshyötymallin mukaan asiakaslähtöisiksi ja luodaan terveystieteiden moniammatilliset kehittämisen rakenteet ja kulttuuri.
- Vahvistetaan perusterveydenhuollon osaamista yleislääkäreiden jatkokoulutusta, erikoissairaanhoidon konsultaatioita ja alueellista koulutusta kehittämällä.
- Hyödynnetään perusterveydenhuollon yksikköä perusterveydenhuollon ja yhteistyön vahvistamisessa, ja turvataan sen toimintaedellytykset .
- Perusterveydenhuollon yksikön ja Sosiaalialan kehittämiskeskuksen (Pikassoksen) yhteistyölle luodaan toimivat yhteistyökäytännöt.
- Kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisille uusia toimintatapoja potilaiden hoitoon (esimerkiksi sähköiset ja videovälitteiset konsultaatiot puolin ja toisin, ajanvaraus- ja yhteystietolistat, lähetekäytännöt palvelemaan yhteisiä asiakkaita)
- Aloitetaan perusterveydenhuollossa tehtävä tieteellinen väestö- ja toimintatutkimus.

7. KEHITETTÄVÄT TOIMINTAKOKONAISUUDET

7.1 Perusterveydenhuollon vahvistaminen

Vaikutukset: Perusterveydenhuolto vastaa lähipalveluiden tuottamisesta, siksi sen toimivuudella on kuntalaisten hyvinvoinnille tärkeä merkitys. Laadultaan hyvät lähipalvelut turvaavat kansalaisten yhdenvertaisuuden. Jotta palveluita pystytään kehittämään, tarvitaan nykyistä suurempia järjestämisyksiköitä. Sen lisäksi perusterveydenhuolto tarvitsee hyvän ja laadukkaan toimintaympäristön, jossa on riittävät kliiniset tutkimusmahdollisuudet. Nykyaikaa on, että perustasolla saadaan tavallisimpia erikoislääkäreiden konsultaatioita ja tutkimuksia.

Perusterveydenhuollon vahvistaminen edellyttää jonkin verran uusien virkojen ja toimien perustamista sekä investointia henkilöstön koulutukseen, jotta perustasolla pystytään vastaamaan muiden tehtävien lisäksi entistä paremmin ikääntyvän väestön hoidosta. Perusterveydenhuollon vastuulla ovat edelleen alkoholi- ja huumeongelmaiset sekä uutena kehitysvammaisten avohoito. Nykyinen hyvin tiukalle mitoitettu henkilöstöresurssi ei anna mahdollisuutta toimintojen kehittämiseen. Nuoret lääkärit eivät myöskään jää työhön terveyskeskukseen, jossa tarjotaan vain yksinäistä, pakkotahtista työtä.

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

7.2 Kuntien ei vaativan erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen

Vaikutukset: Terveystenhuollon kehittyminen ja uudet hoitomenetelmät ovat muuttaneet lääkärin työtä. Enää ei terveyskeskuksessa riitä pelkästään se, että lääkäri on saatavilla. Usein tarvitaan tutkimuksia ja mahdollisesti sen lisäksi toisen lääkärin näkemys tilanteesta. Yliopistollisen keskussairaalan erikoislääkäripalvelut ovat tarkoitukseen kalliita ja ne saattavat olla pitkän jonotuksen takana. Tähän tarpeeseen monet kunnat ovat ostaneet palveluita yksityissektorilta ja aluesairaaloista. Näiden erikoissairaanhoidon palveluiden luonne on konsultaatio, jolloin hoitovastuu pysyy koko ajan perusterveydenhuollon lääkärillä. Jotta palvelu toimii odotetulla tavalla, on niitä saatava nopeasti ja mahdollisimman läheltä asuinpaikkaa. Erityisesti Tampereella ympäröivät kunnat ovat hankkineet näitä konsultaatioita jo pitkään. Toiminnasta on hyviä kokemuksia. Kauempana Tampereesta on käytetty keskus- tai aluesairaaloiden palveluita. Aluesairaalat eivät kuitenkaan ole pystyneet tuottamaan kuin osan tarpeesta. 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. Konsultaatioilla on suuri merkitys nuorille terveyskeskuslääkäreille, jotka tätä kautta saavat tukea omaan työhönsä. On arvioitu, että nykyisistä erikoissairaanhoidon tuotteista on mahdollista kilpailuttaa n. 10-20 %. Palveluiden kilpailuttaminen voi onnistuessaan tuoda säästöjä n. 10-30 % verrattuna sairaanhoitopiiriin nykyisiin hintoihin.

Kilpailuttamisen tulee kuitenkin olla yhdessä suunniteltua ja hallittua, jotta 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. Samalla puretaan laitospaikkoja. Laitospaikkojen vähentäminen säästää kuntien rahaa ja antaa mahdollisuuden avohoidon toiminnan kehittämiseksi.*

Nykyinen päihde- ja mielenterveyspalveluiden hyvin pirstaleinen hoitokokonaisuus on epätasa-arvoinen ja tuhlaa voimavaroja. 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 kaikissa Pirkanmaan kunnissa.

Kuntien vastuulla on päihde- ja mielenterveyspalveluiden avohoito. Mielenterveystoimistojen lisäksi tarvitaan perusterveydenhuoltoon mielenterveystyöhön erikoistuneita sairaanhoitajia, jotka yhdessä terveyskeskuslääkäreiden kanssa pystyvät hoitamaan lievempiä mielenterveyden ongelmia. Yhden sairaanhoitajan vuosipalkkakustannukset ovat n. 40 000 €. Jos sairaansijojen käyttö pystytään vähentämään nykytasosta 0.5 sairaansijaan/1000asukasta, antaa tämä hyvän resurssin avohoidon kehittämiseksi. Jos avohoito ja ei-vaativa psykiatrinen sairaalahoito ovat molemmat kuntien hallinnassa, on mahdollista siirtää painopistettä ja resursseja laitoshoidosta avohoitoon. Sairaansijojen purkaminen ja avohoidon kehittäminen tulee kuitenkin tapahtua samanaikaisesti.

7.4 Sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen

Vaikutukset: *Kuten useat suuret teollisuusyritykset, myös sairaanhoitopiiri on jatkuvalla kasvu-uralla. Kasvulla tavoitellaan riittävää ja laadukasta palvelua. Kasvaminen on luonnollista alalla, jossa käyttäjien maksut ovat alhaiset ja kysynnällä ei puolestaan ole rajaa. Sairaanhoitopiiriltä puuttuu ohjausjärjestelmä, jolla palvelut sopeutetaan käytettävissä oleviin voimavaroihin. Koska kunnat ovat maksajia, on luonnollista, että rahoituksen tulee seurata kuntien maksukykyä.*

Kuntien arvion mukaan sopimusohjaus ei enää täytä sille asetettuja odotuksia. Sopiminen tapahtuu ylätasolla kaukana toimijoista. Sopiminen on menettänyt sille kuuluvan merkityksen, jossa osapuolet aidosti sitoutuvat tekemiinsä sopimuksiin. Tästä huolimatta useat viranhaltijat käyttävät paljon aikaa prosessiin, jolla ei ole haluttua vaikutusta. Monet erikoissairaanhoidon palvelutuotteet ovat jopa sellaisia, että kunnat eivät niitä aidosti pysty tilaamaan niiden runsauden, yksityiskohtaisuuden tai vaikeaselkoisuuden takia.

Valtioneuvoston uusi sosiaali- ja terveydenhuollon linjaus ja tuleva palvelulaki muuttavat nykyistä toimintatapaa ja vaikuttavat palveluiden rahoitukseen. Pirkanmaalla tarvitaan laajapohjainen arvio, minkälainen järjestämismalli ja rahoitusmalli sopivat eri osapuolten näkemyksen mukaan valmistelun pohjaksi. Mallin kehittämisessä tulee huomioida asiakaslähtöisyys, tuottavuus, terveyshyöty ja kuntien rahoitusmahdollisuudet.

7.5 Tietojärjestelmäyhteistyö

Vaikutukset Pirkanmaan alueellisella ICT-yhteistyöllä liittyen sosiaali- ja terveystalouteen: Sote-uudistuksella on merkittävä vaikutus koko kunnalliseen ICT-alueeseen. Muutokseen toteuttaminen vaatii uusia alueellisia tietohallinnon yhteistyömuotoja. Kuntaliiton koordinoimana on rakennettu pohjaa tiiviimmälle alueelliselle yhteistyölle (AKUSTI) luomalla yhteinen alueellinen kokonaisarkkitehtuuri sekä malli ja rakenne yhteistyön hallintaan.

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 yhteentoimivuus noussut tärkeäksi. Yhteisiin tavoitteisiin päästään varmimmin ottamalla kaikkeen terveydenhuollon suunnitteluun ja kehittämiseen substanssiosaamisen lisäksi mukaan ICT-asiantuntemus ja tietohallinnon näkökulma.

Tietohallinnon osalta Pirkanmaan alueella on toteutuksessa tai suunnitteilla laajemman toiminnallisen yhteistyön mahdollistavia hankkeita. Vastuu hankkeista on pääasiassa Tampereen kaupungilla tai PSHP:lla, mutta tulokset on levitettävissä koko alueen käyttöön. Toteutusvaiheessa ovat seuraavat hankkeet:

- **Pirkanmaan yhteisliityntäpiste**

Pirkanmaan Pegasos kunnat ovat liittyneet potilastiedon arkistoon yhteisen alueellisen liityntäpisteen kautta. Osa kunnista on liittynyt reseptikeskukseen yhteisliityntäpisteen kautta. Yhteisliityntäpisteen käyttö laajenee seuraavaksi koskemaan Mediatrati -kuntia sekä PSHP:ä. Toteutus on rakennettu järjestelmäriippumattomaksi, joten myös Effica -kunnat voivat halutessaan liittyä palvelun piiriin. PSHP järjestää palvelun SHP alueen kunnille.

- **Yhteinen SOTE integraatioalusta**

Tampere, PSHP sekä Tampereen kehyskunnat ovat käynnistäneet esiselvityksen yhteisen integraatioalustan käyttöönottoon. Tavoitteena on korvata nykyisin käytössä oleva JIXOS uudella, nykyaikaisemmalla integraatiotuotteella sekä samalla kehittää sisäistä ja alueellista integraatiota. Integraatioalusta on perusjärjestelmäriippumaton ja mahdollistaa myös muiden alueen kuntien liittymisen palveluun. PSHP järjestää palvelun SHP alueen kunnille.

- **Tietoturva ja tietosuoja, kirjaamistapojen yhtenäistäminen**

Tampere ja PSHP valmistelevat yhteistyössä ohjeistusta kirjaamistapojen yhtenäistämiseen. Lisäksi yhteistyötä on tehty Tietoturvan ja tietosuojan kehittämisen osalta. Yhteistyön tulokset on levitettävissä myös muihin kuntiin.

- **Tulevaisuuden potilastietojärjestelmän vaatimusmäärittelyn yhteistyö**

Potilastietojärjestelmien kohdalla on pitkälti tyydytty järjestelmätoimittajien tuottamiin ratkaisuihin ilman, kansallista, tai edes alueellista yli alueiden menevää kokonaisohjausta. PSHP on mukana kansallisessa tulevaisuuden potilastietojärjestelmän vaatimusmäärittelyn yhteistyössä jonka tavoitteena on tuottaa toimittaja- ja tuoteriippumaton vaatimusmäärittely tulevaisuuden potilastietojärjestelmään. Nyt meneillään on vaatimusmäärittelyprojekti (UNA), jossa on tarkoitus määrittellä tulevaisuuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän toiminnalliset ja tekniset vaatimukset. Projektilla on olemassa oma ohjaus- ja projektirakenne ja lisäksi projektilla on sovittu käytännöt Pirkanmaan alueen tiedottamisesta.

- **Omahoito ja Digitaaliset arvopalvelut**

Tampereen kaupunki on mukana yhdeksän kuntatoimijan yhteistyöprojektissa. Omahoito- ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) projektissa toteutetaan laaja toiminnallinen muutos, jossa keskeisessä roolissa on muutoksen mahdollistava, projektissa kehitettävä ja pilotoitava, sähköisten palvelujen kokonaisuus. palvelukokonaisuus koostuu sähköisestä hyvinvointitarkastuksesta - ja valmennuksesta, älykkästä oire- ja palvelutarpeen arviosta sekä hyvinvointisuunnitelmasta. Kokonaisuus suunnitellaan organisaatio ja järjestelmäriippumattomaksi, jolloin mikä tahansa julkisen terveydenhuollon toimija voi liittyä palvelun käyttäjäksi.

Suunnitteilla ovat seuraavat kokonaisuudet:

- **Ohjaus ja yhteistyömalli ensisijaisesti maakunnan tasolla**

Tietohallintoyhteistyötä rakennetaan Pirkanmaan alueella kansallisten yhteistyörakenteiden mukaisesti. Yhteistyön tavoitteena on vastata ensisijaisesti sote-uudistuksen tuomien muutostarpeiden toteuttamiseen yhteistyössä toiminnan kanssa koko Pirkanmaan alueella.

- **Esiselvitys kuntaverkko asian etenemisestä**

Tavoitteena on luoda yhtenäinen alueellinen tietoverkko sosiaali- ja terveysalan julkisille toimijoille hyödyntäen kansallisia ratkaisuja. Esiselvityksen tavoitteena on selvittää kuntien yhteisen tietoliikennetarkistuksen (KY -verkko) soveltuvuus alueelliseksi ratkaisuksi.

- **Esiselvitys potilastietojärjestelmien konsolidaatiosta**

Pirkanmaan alueella on käytössä useita potilastietojärjestelmiä ja itsenäisiä asennuksia. Esiselvityksen tavoitteena on selvittää mahdollisuus tietojärjestelmien konsolidaatioon.

Koko Pirkanmaan yhteinen Pirkanta-hanke päättyy vuoden 2015 loppuun. Seurantaryhmä on nähnyt tarpeelliseksi käynnistää koko Pirkanmaan laajuinen terveydenhuollon ICT-yhteistyö kehityksen ohjaamiseksi ja mahdollistamiseksi. Uuden hankkeen rahoitus on ajateltu EVM-rahoituksen pohjalta ja sopimusmuotoisena Pirkanta-hankkeen yhteistyösopimuksen pohjalta. Uusi yhteinen ICT-hanke ei kuitenkaan saanut kuntien kannatusta joulukuussa 2015 ja näin ollen yhteistä koko Pirkanmaata koskevaa terveydenhuollon ICT-hanketta ei ole käynnissä Pirkanta-hankkeen päättyttyä.

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. Uutta suunnitelmassa on yksityissektorin ottaminen mukaan yhteistyökumppaniksi. Se 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 ja hyvinvointikertomuksissa. Erityisesti suunnitelman toteutus lisää kuntalaisten terveyshyötyä ja oikein kohdennettuja palveluita.

Linjaus: Vastuu suunnitelman seurannasta on Pirkanmaan kunnilla.

SEURANTAMITTARIT SUUNNITELMAKAUDELLE 2013-2016

Asia	Tavoite	Mittari/Seurantatapa	Vastuutaho	Toteutuminen
Päivystys	Parannetaan päivystyksen laatua	1. Yöpäivystys Acutassa, Vals:ssa ja Jämsässä 2. Ensihoidon tuottamat lähipalvelut on määritelty ja käytössä 3. Suun terveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys toimii	Kunnat ja alue-sairaalat Ensihoito-yksikkö Kunnat ja PSHP	2014 2014 2013
Lääkinnällinen kuntoutus	Kehitetään palveluiden yhdenmukaisuutta ja oikea-aikaisuutta	1. Alueellinen koordinaatioryhmä toimii	Kuntoutuksen ylilääkäri PSHP	2013
Sopimusohjaus	Luodaan rahoitusmalli, joka perustuu yhteiseen näkemykseen ja luottamukseen	1. Työryhmä valmistelee sopimus- ja rahoitusmallia, joka toimii tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain tullessa voimaan 2. Nopeutetaan käynnissä olevaa sopimusohjaus-hanketta, jonka perusteella tilauksissa huomioidaan vaikuttavuus	Pshp:n ja kuntien johto Treen kaupunkiseudun kunnat	2013-2016 -2014

Päihde- ja mielenterveys työ	Parannetaan avohoitoa ja lisätään palveluiden saatavuutta	1. Psykiatristen sairaansijojen käyttö/1000as 2. Psykiatrisen avohoidon henkilöstö/1000as	Pshp ja kunnat Pshp ja kunnat	Seuranta 2013 alkaen
Tietojärjestelmäyhteistyö	Kehitetään toimivat sähköiset palvelut asiakkaille ja ammattilaisille	1. Tietohuollon yhteinen alueellinen koordinaatioryhmä toimii 2. Sähköisten konsultaatioiden määrä	Pshp ja Tampereen seutukunnan tietohuolto	2013
Perusterveyden huolto	Vahvistetaan perusterveyden huoltoa	1. Terveystyömallin mukaisesti laadittujen hoitosuunnitelmien määrä/tk/kunnan asukasluku 2. Perusterveydenhuollon osuus kunnan talousarviosta suhteessa erikoissairaanhoidon 3. Terveyskeskusten vastaanottotyössä toimivien päihde- ja mielenterveystyöhön koulutettujen työntekijöiden määrä/kunnan asukasluku	Terveyskeskusten johto Kunnan ja tk:n johto Kunnan ja tk:n johto	2013 2013 2013 eteenpäin
Asiakaslähtöisyys	Otetaan asiakkaat mukaan tasavertaisiksi toimijoiksi	1. Asiakkaat ovat mukana hoitoketjutyössä ja on käynnistetty asiakasfoorumeja (lkm) 2. Niiden asiakkaiden osuus kaikista, joille on nimetty hoidosta vastaava työntekijä	Pshp:n ja tk-johto, Pete-yksikkö Tk-johto	
Erikoissairaanhoidon palvelut	Lisätään erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuutta ja joustavuutta	1. Palautettujen, muutettujen ja täydennettyjen lähetteiden osuus kaikista Pshp:n lähetteistä 2. Sähköisten konsultaatioiden osuus	Pshp hallintoyliil. ja tk-johto Pshp hallintoyliil. ja tk-johto	2013 alkaen 2013

		lähetteistä 3. Kaikissa kunnissa on järjestetty yhtäläinen mahdollisuus erikoislääkärin konsultaatioihin	Kunnat ja tk-johto	2014
Terveyshyöty	Parannetaan palveluiden vaikuttavuutta	1. Kontrollikäyntien määrä/ kunnan asukas terveyskeskuksessa ja Pshp:ssä 2.15D mittarin pilotti silmätaudeilla ja psykiatriassa	Tk-johto PSHP johto tilastoyksiköt Tampereen kaupunkiseutu ja tulosalueet	2013 alkaen Pilotti 2013
Geriatrია	Vahvistetaan vanhustenhuollon osaamista ja tuetaan kotona pärjäämiä	1. Kaikissa terveyskeskuksissa on geriatriseen konsultaatioon mahdollisuus 2. 85-vuotta täyttäneiden kuntalaisten päivystyskäynnit % ikäryhmästä	Kunnat Kunnat ja PSHP:n tilastoyksikkö	2015 2014
Yhteistyö	Tehdään asiakkaiden palvelut sujuviksi yhteistyöllä	1. Yhteinen extranet verkko käytössä 2. "Helmi-markkinat" toteutuu vuosittain (kaikkien terveydenhuollon palvelutuottajien yhteinen foorumi)	Pshp Pshp ja tk johto	1.4.2013 helmik/2013
Hankinnat	Säästetään yhteishankinnoilla	1. Tehdään arvio yhteisten hankintojen mahdollisuudesta	Pshp hankintatoimi ja kunnat	2014
Pääsy hoitoon	Turvataan oikea-aikainen pääsy hoitoon	1. Terveyskeskuksessa löytyy vapaita kiireaikoja 3vrk sisällä 2. Terveyskeskuksen kiireetöntä aikaa ei tarvitse odottaa yli kahta viikkoa	Pirkanmaan kunnat ja terveyskeskukset	2013 alkaen

9. LIITTEET

1. Suunnitteluprosessi
2. Kuntiin lähetetty kyselylomake
3. Diasarja kuntien toimintaympäristöstä
4. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden palveluverkosto
5. Päivystystä pohtineen työpajan aineisto
6. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittäminen
7. Ehdotus lääkinällisen kuntoutuksen palveluista
8. Perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon palvelut
9. Diasarja asiakaslähtöisyyden toteuttamisesta
10. Henkilöstön saatavuus