

# Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

---

*Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat  
Seurantaraportti 2013*

Ulla Mattelmäki ja Hannu Vessari

## Sisällysluettelo

<b>Sisällysluettelo .....</b>	<b>2</b>
<b>Johdanto .....</b>	<b>3</b>
<b>Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman painopisteiden toteutuminen.....</b>	<b>4</b>
Perusterveydenhuollon vahvistaminen.....	4
Kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen .....	5
Päihde- ja mielenterveyspalvelut.....	6
Sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen .....	7
Tietojärjestelmäyhteistyö.....	9
<b>Järjestämissuunnitelman toteuttaminen kuntatasolla .....</b>	<b>10</b>
<b>Toimenpide-ehdotukset .....</b>	<b>11</b>

## Johdanto

Terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka tuli voimaan 1.5.2011, edellytti, että sairaanhoitopiirien kunnat laativat terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman. Tarkemmin suunnitelmasta on määrätty valtioneuvoston asetuksella 337/2011 sekä Kuntaliiton yleiskirjeellä 21/80/2011. Laki ohjeistaa pitkälle järjestämissuunnitelman sisältöä. Asiakkaalle suunnitelmassa merkittäviä asioita ovat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalialan yhteistyö tai jopa niiden yhdentyminen. Lainsäädännön mukaan järjestämissuunnitelma on lopullisesti hyväksyttävä kunkin sairaanhoitopiirin valtuustossa. Hyväksyminen edellyttää, että 2/3 kunnista kannattaa sitä ja että sen takana on vähintään puolet sairaanhoitopiirin väestöstä. Asiakirja laaditaan valtuustokaudeksi, mutta sen toteutumista seurataan vuosittain jolloin siihen tehdään tarvittavat muutokset.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on mahdollisuus alueen toiminnan kehittämiseen. Sen avulla tarjotaan tietoa eri kunnista ja niiden terveydenhuollosta. Se sisältää tietoa ”parhaista käytännöistä” ja tarjoaa alueen yhteisiä, yhtä kuntaa laajempia kehittämis- ja toimintamahdollisuuksia. Parhaimmillaan suunnitelma on toimijoille ”reittiopas” ja kertoo, mihin suuntaan palveluita olisi järkevää ohjata jokaisessa kunnassa mutta yhteisesti sopien. Saumaton yhteistyö on avainsana, jolla myös asiakkaiden hoitoprosessit saadaan toimiviksi unohtamatta talouden tiukkoja reunaehjoja.

Suunnitelma toimii ainoastaan, jos siihen sitoudutaan ja sen toteutumista seurataan. Sitoutumista vahvistaa, kun se on laadittu yhteistyössä kaikkien toimijoiden kanssa. Monipuolinen laatimisprosessi saa osapuolet osallistumaan, sitoutumaan ja tuomaan omat näkökulmansa asiakirjaan. Silti monet hyvätkin suunnitelmat jäävät pelkiksi paperisuunnitelmiksi, minkä takia niiden toimeenpano ja seuranta ovat yhtä tärkeitä tai jopa tärkeämpiä kuin itse asiakirja.

Pirkanmaalla Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma hyväksyttiin alueen kunnissa marraskuussa 2012 ja sen jälkeen sairaanhoitopiirin valtuustossa joulukuussa 2012.

Järjestämissuunnitelma on periaatteellinen linjaus, mutta ei sellaisenaan toimenpidesuunnitelma. Se edellyttää erillistä sopimista ja priorisointia. Asiakirjaan ei laadittu erillistä toimeenpano-ohjelmaa, vaan se jäi kuntien vastuulle. Tästä syystä on erityisen tärkeää arvioida, miten terveydenhuolto-suunnitelman linjaukset ovat kunnissa lähteneet toteutumaan, ja mitkä olisivat suunnitelman toteutumisen kannalta olennaisia jatkotoimenpiteitä.

Tampereen kaupunkiseutu ry on ottanut teknisen vastuun seurannan toteuttamisesta. Sitä varten kunnat ovat nimenneet työryhmän, johon ovat kuuluneet seuraavat henkilöt tai heidän varajäsenensä: Liehu Tuula, Sosiaali- ja terveysjohtaja, Jämsä; Ylä-Mononen Jaana, vs. Perusturvajohtaja, Virrat-Ruovesi; Rauhala Saara, tilaajaohjaja, Mänttä-Vilppula; Auvinen Oskari, kansliapäällikkö, Kehyskunnat; Haapala Toni, hyvinvointipalvelujen talousjohtaja, Kehyskunnat; Nokso-Koivisto Pekka, ylilääkäri, Kolmostie vpj.; Lemmetty Arto, tilaajapäällikkö, Tampere pj.; Lehtomäki Erkki, sairaalan johtaja, Tampere; Tryyki Päivi, sosiaali- ja terveysjohtaja, Sastamala; Kulmala Teija, ylilääkäri, Valkeakoski/Akaa/Urjala; Kujansuu Erkki, hallinto-ylilääkäri, PSHP; Holmberg-Marttila Doris, vastuualuejohtaja, PSHP; Oksala Jarkko, tietohallintojohtaja, Tampere; Jokela Antti, tietohallintojohtaja, PSHP. Käytännön toteutuksesta on vastannut lääkintöneuvos Ulla Mattelmäki.

Seurantaryhmässä on jouduttu toteamaan, että monista tärkeäksi koetuista ja seurattavista asioista puuttuu tilastollisia perustietoja. Tämän takia nyt tehty seuranta on pääosin peruskartoitus, josta on tarkoitus tehdä työväline, jolla kehittymistä seurataan tulevina vuosina.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa vuoden 2012 lopulla nostettiin Pirkanmaalla erityisesti viisi tärkeäksi koettua painopistettä. Nämä ovat perusterveydenhuollon vahvistaminen, kuntien erikoissairaanhoidon järjestäminen, päihde- ja mielenterveyspalvelut, sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen ja tietojärjestelmäyhteistyö. Suunnitelman toteutumista seurataan vuosittain tehtävällä seurantaraportilla. Nyt tehdyssä raportissa keskitytään kuvaamaan lähtötilanne. Tulevien vuosien raportit tulevat kuvaamaan, miten on edetty näiden valittujen painopisteiden osalta ja tarkastellaan kunnittain järjestämissuunnitelman yleistä toteutumista. Raportin loppuun on kirjattu seurannan perusteella ehdotetut toimenpidesuositukset.

## **Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman painopisteiden toteutuminen**

### **Perusterveydenhuollon vahvistaminen**

Perusterveydenhuollon vahvistamisen tarpeesta ollaan yleisesti yksimielisiä, niin valtakunnan päättäjien kuin alueellisten toimijoiden ja kansalaisten kesken. Ongelma on käytännössä siinä, että eri toimijat näkevät vahvistamisen keinot, ja osittain myöskin tavoitteet hyvin eri tavoin. Valtioneuvosto laatii tämän takia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia, THL on esittänyt oman monitoimijamallinsa. Apuun vaaditaan yksityisiä lääkäriasemia. Jotkut haluavat purkaa perusterveydenhuollon vahvistamiseksi työterveyshuollon ja jakaa nykyiset sairausvakuutuksen korvaukset kuntien käyttöön. Kuntatoimijat ovat hiljaisina odotelleet, mitä kaikki muut ehdottavat kuntien perusterveydenhuollon vahvistamiseksi.

Tässä seurantaraportissa tarkastellaan kunnittain perusterveydenhuollon osuutta kunnan koko budjetista ja sen terveydenhuollon budjetista. Mittarina on käytetty myös terveyskeskuksissa toteutettua hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa sekä yksiköiden moniammatillisen koulutuksen määrää. Edelleen seurattaviksi mittareiksi on nostettu palveluiden saatavuus ja terveyskeskusten vuodeosastohoitojen kesto. Kuntien tiedot muodostavat erillisen osionsa raportista.

Terveyskeskusten vastausten perusteella ei pysty sanomaan, onko perusterveydenhuolto vahvistunut vai ei. Tähän tulisi luoda yhteisesti sovittu mittari, jolla kehittymistä voi seurata. Sen sijaan vastauksista voi päätellä, että terveyskeskukset ovat hyvin erilaisia, toimivat eri tavoin ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Terveyskeskuksen asiakkaina on kunnan asukkaista yleensä n. 60% , vain Tampereella luku on 45%. Työikäisen väestön osuus lääkäripalveluiden käyttäjistä vaihtelee 41% (Kuhmoinen) ja 62.1% (Ikaalinen) välillä, keskiarvon Pirkanmaalla ollessa 51.2%. Nämä erot heijastelevat eroja väestörakenteessa, mutta myös työterveyshuollon palveluiden käyttäjämäärissä. Kun sitten tarkastellaan asiakkaiden käyntejä lääkärin vastaanotolla, on niitä eniten Hämeenkyrössä 2709 käyntiä/1000 asukasta, mutta käyntejä muun henkilökunnan vastaanotolla vain 272 käyntiä/1000 asukasta. Vastaava luku korkeimmillaan on Virroilla 748 käyntiä/1000 asukasta. Missään ei kuitenkaan ole arvioitu, mikä olisi oikea suhde. Lisäksi on mahdollista, että eri terveyskeskuksissa asia tilastoidaan eri tavoin, mikä selittänee esimerkiksi Ikaalisten 3 käyntiä/1000 asukasta muun henkilökunnan vastaanotoilla. Kuitenkin jo monen vuoden ajan on tavoitteena terveyskeskuksissa ollut moniammatillinen yhteistyö ja sairaanhoitajien vastaanottojen kehittäminen. Tätä on vauhditettu hoitaja-lääkäri työparityöskentelyllä, jossa työparin on mahdollista osittain sopia työnjaosta mielekkäällä tavalla. Esimerkiksi Kangasalla yksi kolmannes käynneistä on hoitajan luona ja kaksi kolmannesta lääkärin vastaanotolla. Edelleen jokaisessa terveyskeskuksessa on potilaita,

jotka jostain syystä asioivat lääkärin vastaanotolla usein yli 10 kertaa/vuosi. Hoitosuunnitelman avulla heidän käyntinsä voi järjestää yksilöllisesti räätälöiden ja käyttäen hyväksi eri palveluvaihtoehtoja. Tämä osaltaan vapauttaisi lääkärin aikaa muille potilaille. Toistaiseksi Pirkanmaalla näitä hoitosuunnitelmia on laadittu vuoden 2013 alkupuoliskon aikana vain n. 300 kappaletta.

Myös perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa on suuria eroja. Keskimääräinen hoitoaika Pirkanmaalla vuonna 2012 oli 23 vrk, mutta lyhin jakso on 7,6 vrk (Juupajoki) ja kaikkein pisin 54,5 vrk (Kihniö). Vaikka tästä ei ole tarkempaa selvitystä, on ilmeistä, että kun keskimääräinen hoitojakso on yli kuukauden, käytetään osaa paikoista potilaiden asumiseen. Jotta terveyskeskuksen vuodeosasto pystyy ottamaan potilaita vastaan ja toimii kuntouttavana yksikkönä, tulisi potilaiden asuminen järjestää muulla tavoin. Niiden ihmisten kohdalla, joille on sopivilla palveluilla järjestettävissä mahdollisuus asua kodinomaisessa ympäristössä, on pitkäaikainen laitosasuttaminen epäinhimillistä ja lisäksi kunnalle kallista. Joskaan vanhainkotien sijalle syntyneet tehostetun palvelun yksiköt eivät asiakkaan kannalta aina ole todellinen vaihtoehto ja niiden kohdalla on tärkeää huolehtia hoitavastuun kokonaisuuden säilymisestä eheänä.

Yksi käyttökelpoinen mittari perusterveydenhuollon toimivuudesta on päivystys. Useimpien terveyskeskusten yöpäivystys on siirtynyt isompiin yksiköihin, joissa on saatavilla lääkärin vastaanoton lisäksi monipuolisia tutkimusmahdollisuuksia. Enää vain neljässä terveyskeskuksessa on oma yöpäivystys. Pääosin siitä vastaavat ulkoistetut lääkärit ilman röntgen- tai muita palveluita. Puolet vastanneista terveyskeskuksista tarjoaa lauuantaina ja sunnuntaina vastaanottoa 14 tunnin ajan, muissa tarjonta on pienempää. Suun terveydenhuollon päivystys on viikonloppuisin keskittynyt kokonaan Acutaan. Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä korostuu ikäihmisten "ajautuminen" päivystysyksiköihin. Iäkkäät potilaat eivät aina joudu sinne sairauden takia, vaan syynä saattavat olla monenlaiset sosiaaliset syyt, kuten vaikeus selviytyä kotona. Vanhusikäisten päivystyksen käytössä on suuria terveyskeskuskohtaisia eroja. Lääkäriseura Duodecim järjestämä ikäihmisiä koskenut konsensuskokous kiinnitti huomiota siihen, että usein perustasolla kotisairaanhoidolta puuttuu riittävä lääketieteellinen tuki ja konsultaatiomahdollisuus. Suuret erot ikäihmisten päivystyskäyntien määrissä saattavat osaltaan kertoa tästä.

Perusterveydenhuollon ongelma sekä julkisuudessa että nyt tehdyssä kyselyssä on palveluiden saatavuus. Lääkärin aikoja kiireettömään hoitoon joutuu odottamaan pitkään ja päivystysajat saattavat olla vain jonottamalla saatavia. Saatavuudessa on kuitenkin suuria terveyskeskuskohtaisia eroja, vaikka missään se ei ole erityisen hyvä.

**Nyt tehty kartoitus on ensimmäinen ja vuosittain näitä asioita seuraamalla voidaan päätellä, vahvistuuko perusterveydenhuolto. Erityisesti palveluiden saatavuuden pitäisi parantua kehittämällä työnjakoa potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden kesken ja laativalla yksilölliset hoitosuunnitelmat paljon palveluita käyttäville asiakkaille. Kiireellisesti toteutettavia asioita terveyskeskuksissa on ikäihmisten akuuttihoitoon kehittäminen ja terveyskeskusten vuodeosastolle asumaan jääneiden potilaiden hoidon järjestäminen.**

### **Kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen**

Hyväksytyyn järjestämissuunnitelmaan on kirjattu, että nykyisistä erikoissairaanhoidon palveluista on mahdollista kilpailuttaa n. 10-20%. Arvio perustuu Tampereen ympärillä olevien kehyskuntien

kokemuksiin. Heidän arvionsa mukaan kilpailuttaminen voi onnistuessaan tuoda säästöjä n. 10-30% verrattuna sairaanhoitopiirin vastaaviin hintoihin.

Ajattelun takana on kokemus siitä, että terveyskeskuslääkärit tarvitsevat työnsä tueksi myös perustasolle erikoislääkärin osaamista. Tutkimukset, hoito ja lääkitykset ovat monimutkaistuneet ja yleislääkärin on vaikea hallita kaikkia erikoisaloja. Tavoitteena on, että potilaan hoito erikoislääkärin konsultaatiosta huolimatta pysyy perusterveydenhuollossa ja hoitovastuu jää omalle lääkärille.

Terveyskeskuksiin tehdyn kyselyn mukaan geriatriin palveluita on tarjolla jossain muodossa useimmissa terveyskeskuksissa. Ainoastaan yksi vastaaja ilmoitti, että niitä ei ollut lainkaan saatavilla. Lisäksi kaikissa terveyskeskuksissa oli ainakin joku mahdollisuus saada erikoislääkärin konsultaatioita. Enimmillään saatavilla olevia erikoisaloja oli 30 ja pienimmillään niitä oli 4. Muut terveyskeskukset asettuivat tähän välille.

Yliopistollinen sairaala ei tuota perusterveydenhuollon tarvitsemia konsultaatiopalveluita. Pirkanmaan kunnat jakautuvat tässä suhteessa kahteen eri ryhmään; lähes pelkästään sairaanhoitopiirin palveluita käyttäviin ja niihin, jotka tarjoavat ostopalveluina tai omana toimintanaan kuntalaisilleen laajan valikoiman yleislääkäreiden hoidon lisäksi erikoissairaanhoitoa. Riippuen asuinpaikasta ovat eri kuntien asukkaat tämän osalta hyvin eriarvoisessa asemassa. Tilanne ei ole suunnitelman kirjoittamisen jälkeen olennaisesti muuttunut.

**Tavoitteen toteutuminen ei ole merkittävästi edennyt. Erikoisalatarjonta on hyvin kuntakohtaisesti vaihteleva. Aluesairaaloiden tehtävät ovat selkiytymättömät ja niiden erikoisalatarjonta suppeaa. Terveyskeskuksissa koetaan, että ne eivät saa tarvitsemiaan ja työtään tukevia erikoissairaanhoidon konsultaatioita sairaanhoitopiiriltä. Tämän vuoksi monet terveyskeskukset ovat päätyneet ostamaan erikoislääkäripalveluja yksityissektorilta. Ostopalveluiden hankinta on jakaantuu epätasaisesti eri kuntien kesken. Keskenäinen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus on hidastanut kehitystyötä tällä saralla. Valtakunnan tasolta tihkuneet vähäiset tiedot ovat ajaneet kunnat ensisijaisesti vain puolustusasemiin.**

### **Päihde- ja mielenterveyspalvelut**

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden osalta ei suunnitelman laatimisen jälkeen ole tapahtunut paljonkaan muutoksia. Siihen kirjattiin tavoitteeksi psykiatristen sairaansijojen vähentäminen niin, että niitä on 0.5 sairaansijaa/1000 asukasta. Samoin esitettiin, että vaativaa psykiatrista sairaanhoitoa tarjotaan Pirkanmaalla vain yhdessä sairaalassa ja muu psykiatrinen sairaanhoito siirtyisi SoTe-uudistuksen myötä kuntien vastuulle.

Valtakunnallisesti päihde- ja mielenterveyspalveluiden keskeinen tavoite on ollut, että sama hallinnollinen yksikkö tarjoaa kummatkin palvelut. Toistaiseksi tämä on toteutunut huonosti, koska palveluita on voitu tarjota paikoin hyvinkin erillään. Kuntien lisäksi päihdepalveluita tarjoaa A-klinikka verkosto, jonka toiminta Pirkanmaalla keskittyy Tampereelle. Toinen keskeinen tavoite mielenterveyspalveluissa on jo kauan ollut laitoshoidon vähentäminen ja avohoitopalveluiden kehittäminen. Yhtenä lähtökohtana järjestämissuunnitelmaa laadittaessa oli, että myös kuntien perusterveydenhuollossa eikä vain erikoissairaanhoidossa, tulee tarjota mielenterveyspalveluita.

Terveyskeskuksiin tehdyn kyselyn mukaan useimmissa oli nimetty työntekijä, joka vastasi päihdeongelmaisten hoidon koordinaatiosta. Samoin useimmissa terveyskeskuksista löytyi päihdeongelmaisille tarkoitettuja vastaanottoaikoja.

Tilastojen mukaan Pirkanmaalla vuonna 2012 oli kuntien välinen vaihtelu psykiatrisessa laitoshoidossa vajaasta 3 henkilöstä/1000 (Pirkkala) asukasta aina 10,4 henkilöön/1000 asukasta (Urjala), keskiarvon ollessa 5,3 henkilöä/1000 asukasta. Psykiatristen laitoshoidon hoitopäivien vaihtelu on puolestaan 42,5 päivästä/1000 asukasta (Kuhmoinen) lähes 500 päivään/1000 asukasta (Pälkäne). Yhtä suurta vaihtelu on psykiatrisen avohoidon osalta. Kun tarkastellaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon psykiatrisia avopalveluita ja erikoissairaanhoidon psykiatrisia laitoshoidon palveluita kunnittain, on avopalveluiden käyntimäärien ja laitoshoidon määrän välillä positiivinen korrelaatio (0,18-0,24 vuonna 2012). Ilman tietoa mielenterveysongelmien esiintyvyyksistä ja vain yhden vuoden käsittävällä aineistolla ei syvällisempi analyysi ja johtopäätösten teko ole mahdollista, mutta seurannan myötä tästä voidaan saada lisää tietoa.

Pirkanmaalla suuret erot päihde- ja mielenterveyspalveluissa johtuvat osin erilaisista järjestämismuodoista. Psykiatrisessa laitoshoidossa on potilaita, joiden tarkoituksenmukainen hoito tulisi toteuttaa avohoidossa ja yleensäkin laitoshoidon kevyemmissä hoitomuodoissa. Samoin tilastojen mukaan päihde- ja mielenterveyspalveluita toteuttaa erikoissairaanhoidon sielläkin, missä palvelujen tuottajana tulisi olla peruskunta.

**Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen on etenemässä hitaasti oikeaan suuntaan. Useimmissa terveyskeskuksissa on työntekijä, jonka vastuulla on päihdeongelmaisten hoidon koordinaatio ja näille erityisryhmille löytyy vastaanottoaikoja. Silti edelleen on suuria vaihteluja eri kuntien välillä, joita ei voi selittää palvelutarpeella. Kuntien asukkaat ovat asuinpaikastaan riippuen hyvin erilaisessa asemassa. Kuntien välinen vertailu on yksi tapa kehittämiseen ja parhaiden käytäntöjen omaksumiseen. Lopullinen korjaaminen edellyttää rakenteellisia ratkaisuja, joita sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneratkaisun yhteydessä odotetaan.**

### Sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen

Pirkanmaan kunnat ovat tyytymättömiä nykyiseen sopimusohjausjärjestelmään. Siinä sovitaan tuotteiden tasolla kunnan erikoissairaanhoidon tilausmäärä. Lopullinen toteuma useimmiten kuitenkin ylittää tilauksen ja lopputulos on kuntien talouden kannalta arvaamaton. Tyytymättömät äänenpainot ovat lisääntyneet kuntatalouden kiristymisen myötä.

Tilausneuvotteluissa kunnat yrittävät sopia tilauksensa niin, että ne kykenevät sen myös rahoittamaan. Viime vuosina tilausten ylittyminen on kuitenkin ollut keskimäärin 1-5%. Erot ovat vaihdelleet vuosittain eri kuntien välillä ja erityisesti pienissä kunnissa vaihtelu voi olla hyvin suuri.

Sairaanhoitopiirin strategian mukaan jäsenkuntien palveluissa toiminnan kasvu sovitetaan Pirkanmaan julkisen talouden yleiseen kehitykseen. Strategiaan on kirjattu, että palvelusopimusmenettelyä kehitetään yhdessä jäsenkuntien kanssa, ja että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin omistajaohjausta ja sen menettelytapoja selkeytetään. Sopimusohjauksen kehittämiseksi on laadittu sairaanhoitopiirin strategian ja voimassa olevan perussopimuksen mukainen kehittämissuositus. Sopimusohjauksen avulla tulee saavuttaa tasapaino palveluiden

rahoitustarpeen ja rahoitusmahdollisuuksien välillä, vakauttaa taloussuunnittelua ja varmistaa palveluiden tasavertaisuus.

Nykytilassa sopimusohjausprosessina toimii sairaanhoitopiirin sisäinen taloussuunnitteluprosessi. Kehittämisehdotuksena on uusi kuntien ja sairaanhoitopiiriin sopimusohjausprosessi, johon kuntien ja sairaanhoitopiirin sisäiset taloussuunnitteluprosessit linkittyvät. Tavoitteena on lisätä yhteistyötä tarjouksen suunnitteluvaiheeseen ja tukea tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Ehdotuksen mukaan kuntien kehyspäätöksiä aikaistetaan huhtikuun-toukokuun vaihteeseen niin, että kehyspäätökset asettavat puitteet sairaanhoitopiiriin tarjousten valmisteluun. Kehyspäätöksiä edeltää tilaajan ja tuottajan yhteinen tietopohjan valmisteluvaihe, jonka tavoitteena on tuottaa riittävästi tietoa palveluiden tulevasta rahoitustarpeesta kuntien kehyspäätösten tueksi. Varsinainen tarjousten valmistelu tapahtuisi tilaajan ja tuottajan yhteistyönä niin, että osapuolilla on velvoite sovittaa tarjous asetettujen puitteiden mukaiseksi ja esittää sen edellyttämät toimenpiteet.

Sopimusohjauksen yksi ongelma on, että sopimukset laaditaan kuntien ja sairaanhoitopiiriin johdon tasolla. Toiminnan toteuma on toisaalla ja siihen vaikuttavat omat lainalaisuutensa. Kaikkien toimijoiden ensisijaisena tavoitteena on potilaiden hyvä hoito. Terveyskeskusten ja työterveyshuollon erikoissairaanhoidon käyttö perustuu lähetekäytäntöön - potilaasta tehdään lähete erikoissairaanhoitoon. Samalla siirtyy hoitovastuu lähettävältä taholta lähetteen vastaanottajalle. Erikoissairaanhoitolaki antaa klinikoille oikeuden hoitaa potilasta resursseista välittämättä. Vallitsevat hoitokäytännöt, hoitotakuulainsäädäntö ja yhteisten toimintamallien puuttuminen saattavat siirtää kerran lähetteen saaneet potilaat pitkiksi ajoiksi perustason ulkopuolelle. Kun tarkasteltiin vuosina 2012 ja 2013 potilaskäyntejä erikoissairaanhoidossa eikä otettu huomioon "sarjahoitoja", löytyi yli 500 potilasta, jotka olivat käyneet sairaalassa 20-29 kertaa ja noin kerran viikossa käyneitäkin oli yli 20. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tilastoituja konsultaatiota on vähän ja palautettuja läheteitäkin keskimäärin vain 1,4%. Eniten niitä on yleissairaalapsykiatriassa, neurologiassa ja foniatrialla. Vaikka sopimusohjausneuvotteluissa ymmärretään kuntien taloudellinen ahdinko, syntyvät todelliset kustannukset tällä toimijatasolla riippumatta siitä, mitä sopimusohjauksella on päätetty.

Jotta tilanne muuttuisi, tarvitaan toimijoiden kustannustietoisuuden lisäämisen ohella yhteistä sopimista, potilaiden yhteisiä hoitosuunnitelmia ja yhteisten alueellisten hoitokäytäntöjen ja kiireettömän hoidon perusteiden noudattamista. Hoidon vaikuttavuuden arvio ja potilaan saama todellinen terveyshyöty tulisi liittyä jokaiseen hoitopäätökseen. Nämä edellyttävät kokonaan uuden toimintakulttuurin rakentamista. Näistä, kuten myös sopimusohjauksen kehittämisehdotuksen hyväksymisestä ja sen mahdollisesta käyttöönnotosta, on päätettävä erikseen.

**Sopimusohjausjärjestelmää ei ole päästy uusimaan, koska Pirkanmaalla, kuten muuallakin Suomessa, on jääty odottamaan valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta. Sopimusohjauksen kehittämiseksi on kuitenkin valmisteltu erillisenä projektina uutta sopimusprosessia, jossa kuntien ja sairaanhoitopiiriin talousarviovalmistelu on mahdollista linkittää keskenään nykyistä aikaisemmassa vaiheessa. Uuden mallin tavoitteena on lisätä yhteistyötä. Sen lisäksi tarvitaan käytännön toiminnan tasolle ulottuvaa uudenlaista sopimista ja yhteistyötä.**



## Tietojärjestelmäyhteistyö

Tietojärjestelmäyhteistyön tavoitteena vuodelle 2013 oli kehittää asiakkaalle toimivat sähköiset palvelut, mittareina tietohallinnon yhteisen alueellisen koordinaatioryhmän käynnistynyt toiminta ja sähköisten konsultaatioiden määrä. Nämä oli kirjattu Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan.

Vuoden 2013 aikana laajapohjaista alueellista koordinaatioryhmää ei ole perustettu. Yhteistyötä potilastiedon alueellisen ja valtakunnallisen yhteiskäytön mahdollistamiseksi on tehty kansallisen terveystietokannan käyttöönottoa sairaanhoitopiirissä koordinoivan PirKanta-hankkeen ja valtakunnallisen kokonaisarkkitehtuurin suunnittelun ja kuvaamisen tukiprojektin (VAKAVA) aluehankkeen toimesta sekä erikseen kootuissa työryhmissä. Vuoden aikana onkin löydetty yhteinen näkemys kokonaisratkaisusta. Tavoitteeksi ei ole asetettu alueellista tietojärjestelmää, vaan järjestelmäriippumattomat alueelliset tietokannat. Organisaatiot voivat tallentaa niihin omat potilastietonsa ja suostumustenhallinnan kautta päästä katsomaan muissa organisaatioissa syntyneitä tietoja. Kukin organisaatio saa yhteyden tietokantoihin oman potilastietojärjestelmänsä kautta. Ratkaisu on linjassa Terveydenhuollon alueellisen ja paikallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin kehittämisprojektin (Tapas) suositusten kanssa, koska se muodostaisi kansallisten palveluiden kanssa yhteen toimivan, toiminnan tarpeita palvelevan ja lakisääteiset toiminnallisuudet varmistavan kokonaisuuden. PSHP koordinoi ratkaisun toteuttamista ja kukin kuntaorganisaatio tekee oman päätöksensä siitä, haluaako ottaa ko. tiedon yhteiskäytön mahdollistavan ratkaisun käyttöön.

Yleisesti on vaikea löytää selviä mittareita, joilla voidaan yksinkertaisesti kuvata, onko tietojärjestelmäyhteistyössä menty eteenpäin ja miten paljon.

Erilaisten sähköisten konsultaatioiden määrästä ei ole tehty seurantaakaan eikä sähköisiä palveluja ole kehitetty suunnitelmallisesti koko alueella. Paperilla lähetettävät hoitopalautteet ovat terveyskeskuksissa ongelma, koska hoitopalaute yleensä jää arkistoon. Hoitopalautteen tulisi olla käytössä kaikissa terveyskeskuksen yksiköissä. Paperisten hoitopalautteiden lukumäärää ei tällä hetkellä systemaattisesti tilastoida. Terveyskeskuksiin tehdyn erillisen kyselyn mukaan paperisia hoitopalautteita tuli Pirkanmaan terveyskeskuksiin yhden viikon aikana yli 400. Osa palautteista kuitenkin postitetaan sekä sähköisenä että paperisena, mikä sekin on epätarkoituksenmukaista. Tämän perusteella voi tehdä summittaista arviota hoitopalautteisiin liittyvästä ylimääräisestä työmäärästä ja ajanhukasta. Yksinomaan sähköisten hoitopalautteiden käyttäminen lisäisi potilasturvallisuutta, parantaisi hoitoa ja säästäisi työaika. Vahva yksimielisyys vallitsee siitä, että sähköisiä palveluita tarvittaisiin toimintaa ja asiakaspalvelua tehostamaan, mutta kuntien erilaisten tarpeiden, resurssien ja tavoitteiden pohjalta yhteisistä konkreettisista toimista sopiminen on osoittautunut vaikeaksi.

Sähköisten itseilmoittautumispisteiden on laskettu vapauttavan hoitohenkilökuntaa varsinaiseen hoitotyöhön. TAYS:ssa näitä oli käytössä syyskuussa neljästätoista yksikössä ja saman verran suunniteltiin toteutettavaksi lähitulevaisuudessa. Tampereella ilmoittautumispisteitä oli käytössä kaksi ja muissa terveyskeskuksissa niitä ei ollut. Toistaiseksi sähköinen ajanvaraus on käytössä yhdellä poliklinikalla TAYS:ssa.

Sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yhteinen extranet-verkko otettiin käyttöön 2013 vuoden alussa. Tämän on ajateltu toimivan sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten tiiviimmän yhteistyön mahdollistajana. Extranetin käyttäjiksi oli rekisteröitynyt elokuuhun mennessä 1212 henkilöä, heistä 683 kuului hoitohenkilöstöön. Lääkäreitä oli vain 133. Rekisteröitymisestä on edelleen matkaa

aktiivikäyttäjäksi. Tässä vaiheessa näyttää, että suurin odotuksin käynnistetty extranet-hanke todennäköisesti tarvitsee käynnistyäkseen lisää tukitoimia. Tukitoimien osuuden varmistamiseksi extranetin yleistymisen ongelmakohtia täytyy selvittää sekä terveyskeskuksista, että sairaanhoitopiirissä.

**Tietojärjestelmien kehittämiseksi on alueella tehty työtä, mutta se on heijastunut sairaanhoitopiiriä ja Tampereen ympäristöä kauemmaksi vain heikosti. Palvelut, joista erityisesti terveyskeskukset hyötyisivät, eivät ole juurikaan kehittyneet. Oletuksena on, että kunnat itse toimivat kehittämisen vetureina ja tähän pienemmillä kunnilla ei ole voimavaroja. Suunnitelmassa esitettyä yhteistä koordinaatio tarvitaan edelleen. Lopullisena tavoitteena tulee olla sekä alueellisesti yhteistoimintaan kykenevät tietojärjestelmät että kuntien välillä vertailukelpoinen tilastointijärjestelmä. Nykyisin ainoa koko aluetta koordinoiva taho on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.**

## **Järjestämissuunnitelman toteuttaminen kuntatasolla**

Kuluvan vuoden aikana ei vielä kerätty tietoa, miten eri kunnat ovat ottaneet järjestämissuunnitelman huomioon toiminnassaan. Seurantaryhmässä on käyty keskustelua siitä, miten kuntien tulisi käsitellä järjestämissuunnitelmaa ja sen seurantaraportteja omassa hallinnossaan. Yleisenä mielipiteenä näissä keskusteluissa on ollut seurantaraportin käsittely lähtökohtaisesti asianomaisessa lautakunnassa, ja sitä kautta tarvittaessa hallituksessa. Asiasta ei kuitenkaan ole tehty varsinaista päätöstä. Lisäksi seurantarayhmän kokouksessa 19.11.2013 nostettiin esiin erityisesti sopimusohjausneuvotteluiden pääneuvottelijoiden evästäminen järjestämissuunnitelman tavoitteista ja nykytilanteesta. Raportti tulleen käsittelemään myös PSHP:n johtoryhmässä.

Tulevien vuosien arvioinneissa tullaan raportoimaan myös järjestämissuunnitelman käyttöä kuntien hallinnossa. Raportoinnin perustana on kuntiin tehtävä webropol-kysely, jossa kerätään myös muut raportin pohjana olevat tiedot.

## Toimenpide-ehdotukset

### *1. Koko Pirkanmaata palvelevan tilastoinnin kehittäminen*

Tavoitteena on sopia tilastoinnista siten, että

- Kaikki erikoislääkärikonsultaatiot hankintatavasta riippumatta tulisivat tilastoiduksi
- Terveyskeskusten käyntitiedot olisivat eri kuntien välillä vertailukelpoisia
- PSHP:n palauttamien ja korjausta edellyttävät lähetteet tulisivat tilastoiduksi, ja että
- Sähköisten / paperisten hoitopalautteiden määrät tulisivat tilastoiduksi.

### *2. Sopimusohjausneuvottelujen ulottaminen käytännön toimista sopimiseen siten, että ne selkiyttävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuujakoa*

Tavoitteena on varmistaa, että kaikki toimijat noudattavat laadittuja ”yhtenäisen hoidon perusteita” ja Pirkanmaalla hyväksytyjä hoitoketjuja niiltä osin, kuin terveydenhuoltolain säättämä potilaan valinnanvapaus huomioiden on mahdollista.

### *3. Tietojärjestelmäyhteistyön alueellinen koordinaatio siten, että mukana ovat alueen kaikki kunnat*

Tavoitteena on luoda sujuvasti toimivat yhteydet alueella käytössä olevien tietojärjestelmien välille. Extranetin käyttöä tiedonvälityskanavana lisätään, ja mahdollisia ongelmia sen toiminnassa selvitetään.

### *4. Paljon palveluita käyttäville laaditaan yksilölliset hoitosuunnitelmat, jotka ovat käytössä ja täydennettävissä kaikissa (julkisen) terveydenhuollon yksiköissä*

Lisäksi tarvitaan koulutusta, että henkilöstö osaa huomioida suunnitelmaan kirjatut asiat hoitopäätöksiä tehtäessä.

### *5. Ikäihmisten akuuttihoitoa varten laaditaan oma hoitoketjuna, jonka toteutumista seurataan kunnittain*

Keskeistä akuuttihoitoa osalta on

- tarjota eriasteisten palveluiden piirissä olevalle ikäänntyvälle väestölle heidän tarvitsemansa riittävät palvelut kaikkina vuorokauden aikoina, ja
- varmistaa, että mahdolliset hoitotahdonilmaukset tulevat huomioiduksi.

### *6. Terveyskeskusten toimivuutta seurataan systemaattisesti*

Terveyskeskusten toimivuutta seurataan

- palveluiden saatavuutta mittaamalla
- arvioimalla henkilöstön työnjaon kehittymistä, sekä
- mittaamalla terveyskeskusten vuodeosastojen hoitajaksojen kestoja ja
- mittaamalla laitoshoidon tarvitsemattomien odotusaikoja sopiviin palveluihin.

### *7. Psykiatrian rakennemuutosta viedään eteenpäin parantamalla perustason päihde- ja mielenterveyspalveluiden saatavuutta*

Tavoitteena on parantaa avopalveluiden saatavuutta, ja vähentää näin psykiatrisen laitoshoidon tarvetta.