



## KYS-ERVAn johtoryhmien kokous 21. – 22.8.2014

**Paikka** Jyväskylän Paviljonki

Läsnä

sairaanhoidopiirin johtaja Juha Kinnunen, puheenjohtaja  
johtajaylilääkäri Vesa Kataja  
hallintoylihoitaja Kaija Heikura  
talousjohtaja Aija Suntioinen  
sairaanhoidopiirin johtaja Risto Miettunen (21.8.)  
johtajaylilääkäri Jorma Penttinen  
hallintoylihoitaja Merja Miettinen  
hallintoylilääkäri Martti Kansanen  
talousjohtaja Kari Janhonen  
palvelualuejohtaja Leena Setälä  
palvelualuejohtaja Esko Vanninen  
sairaanhoidopiirin johtaja Matti Nupponen  
johtajaylilääkäri Kati Myllymäki  
hallintoylihoitaja Senja Kuiri  
kehitysjohtaja Vesa Vestala  
sairaanhoidopiirin johtaja Hemmo Pirhonen  
vs. johtajaylilääkäri Panu Peitsaro  
vs. hallintoylihoitaja Riitta Sipinen  
talouspäällikkö Pekka Martikainen  
koordinaattori Antti Kaipainen (21.8.)  
kuntayhtymän johtaja Ilkka Naukkarinen  
johtajaylilääkäri Antti Turunen  
vs. hallintopäällikkö Markus Hirvonen  
talous- ja kehitysjohtaja Ismo Rouvinen  
tietopalvelupäällikkö Merja Ikäheimonen (21.8.)  
osastonylilääkäri Mauno Vanhala (21.8.)  
projektijohtaja Mikko Jylhä (21.8.)  
erikoislääkäri Eero Vuorinen, CAREA/EKSOTE (22.8.)  
osastonylilääkäri Teuvo Antikainen (22.8.)  
suunnittelija Raimo Tuomainen, sihteeri

### Torstai 21.8.

#### 1. Avaus

Juha Kinnunen avasi tilaisuuden.

#### 2. Sote-uudistus

Mauno Vanhala esitteli tuoreen lakiesityksen keskeistä sisältöä (LIITE 1).

Uudistuksen perustana ovat olleet ongelmallisen pieniksi ja heikoiksi arvioidut so- te-järjestämisen yksiköt sekä rahoituksen monikanavaisuus. Kuntien kantokyky on heikentynyt, mutta väestön ikääntyessä palvelutarve edelleen kasvaa. Erityisen huolestuttavaksi on kehittynyt terveyskeskuslääkärien vaje, mutta monin paikoin rekrytointivaikeuksista kärsitään myös pienissä erikoissairaanhoidon yksiköissä. Terveystuon toimivuus perustuu tietoon, kuitenkin koordinoitua tietoteknisiä ratkaisuita ovat nykyjärjestelmässä osoittautuneet lähes mahdottomiksi. Tavoitteena on saada paitsi vahvempia järjestäjiä myös sote-toimeen toimivaa integraatiota; samalla järjestäjällä olisi vastuuta sosiaalitoimesta, perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta.

Uudistamisen tavoitteina ovat yhdenvertaisten, asiakaslähtöisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen koko maassa, peruspalvelujen vahvistaminen, kustannustehokkuus ja vaikuttavuus sekä henkilöstön saatavuuden, osaamisen ja työhyvinvoinnin varmistaminen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu ensisijaisesti kunnille. Palvelujen hyvä saatavuus on järjestämisen peruslähtökohta. Palvelujen keskittäminen on perusteltua vain, kun niiden tuotto edellyttää erityisosaamista ja kalliita investointeja. Kunnan asukkaalle taataan oikeus käyttää palveluja myös toisessa kunnassa.

Järjestämisvastuu on viidellä sote-alueella; sote-kuntayhtymä vastaa, että asukkaat saavat tarvitsemansa palvelut. Sote-järjestäjän ja -tuottajan (tuotantovastuinen kuntayhtymä tai kunta) välillä on joka neljäs vuosi tehtävä päätös siitä, miten sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan alueella. Uutta on nimenomainen velvoite asukkaiden näkemysten huomioon ottamisesta. Sote-alueella voi olla rooli myös tukipalveluissa ja tuotantoon suoranaisesti kuulumattomalla alueella, liittyen vaikkapa tutkimukseen, koulutukseen, tietotekniikkaan, tietovarantojen hallintaan, hankintatoimeen tai ensihoitokeskukseen (ei esimerkiksi kliinisissä tukipalveluissa).

Lähtökohtaisesti sote-alueen kunnat sopivat keskenään järjestämislain kriteerit täyttävien kuntayhtymien muodostamisesta. Yksittäinen kunta voi arvioida, onko sillä lain edellyttämät edellytykset ryhtyä tuottajaksi. Kuitenkin arviota tehtäessä on huomioitava tilanne koko alueella, eikä päätös saa aiheuttaa tilannetta, jossa ratkaisu heikentää olennaisesti muiden kuntien mahdollisuuksia saada lain mukaiset sote-palvelut. Sote-alueella voi käytössä olla äänileikkuri. Henkilöstön siirtymään liittyvää irtisanomissuojaa ei uusissa kuntayhtymissä ole.

Kunnat sopivat omaisuusjärjestelyistä. Laissa ehdotetaan, että sairaanhoitopiiriin kuntayhtymät voisivat jäädä toistaiseksi hallitsemaan nykyistä omaisuuttaan. Lain voimaantuloa edeltävään aikaan perustuvat oikeudet, luvat ja velvoitteet siirtyvät perustettavalle sote-alueelle. Lain vahvistamisen ja toiminnan käynnistämisen väliin ajoittuvat sopimukset ovat kuntien vastuulla. Kunnat rahoittavat sote-alueen kapitaatioperiaatteella, sote-alueet rahoittavat palvelujen tuottamisen.

Valtion ohjaus soten järjestäjiin nähden vahvistuu. STM:ssä on ohjausyksikkö ja sote-neuvottelukunta. Valtion ja sote-alueen välillä tapahtuu tulosohjausta vuosittain neuvotteluin; järjestämissä päätöksen vahvistaa STM. Järjestämissä päätös on instrumenttina sote-järjestäjän ja tuottajan välisessä tulosohjauksessa, jota tapahtuu vuosittain.

Tällä tietoa lakiesitys tulee eduskuntaan syksyllä. Laki tulee voimaan 2015. Järjestäjien kokoaminen tapahtuu 1.5. – 31.10.2015 ja sote-alueet aloittavat toimintansa 1.1.2017. Halukkuus tuottajaorganisaatioksi on ilmaistava 1.2.2016 mennessä. Tuottajaksi ilmoittautuvalta edellytetään, että sille kuuluvaa sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaisuutta voidaan pitää riittävän vahvana. Koska valtionohjaus kiristyy ja järjestämissä päätös edellyttää STM:n hy-

väksyntää, yksittäisillä kunnilla ei yleensä ole edellytyksiä päästä tuottajan asemaan.

### 3. Uusi sairaala -hanke

Mikko Jylhä esitteli Keski-Suomen keskussairaalan uudisrakennushanketta (LIITE 2). Likimain kaikki sairaalan toiminta siirtyy uuden katon alle.

Hankkeessa korostetaan asiakaslähtöisyyttä. Kaikille vuodeosastoille tulee yhden hengen huoneet. Työtiloja arvioidaan työvoiman saatavuuden ja jaksamisen näkökulmasta. Sairaalassa on ollut erittäin paljon työhyvinvointiin ja –terveyteen liittyviä ongelmia. Koko sairaalan tuottavuutta kohentaa se, että ICT-toiminnot ovat tehokkaassa käytössä, ilman paikkarajoitteita. Sekä tarvikkeiden että ihmisten logistiikan pitää olla järjestetty mahdollisimman optimaalisesti.

Aiempaa vahvempi toiminnallinen integraatio, ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen sekä kustannustehokkuus ovat myös olleet suunnittelun lähtökohtina. Tavoitteena on 10 %:n säästö vuotuisissa käyttökustannuksissa. Vuodeosastopaikat vähenevät selvästi, samoin hoitoon tarvittava henkilöstö. Pyrkimys pidentää tilojen käyttöä vaikkapa klo 18:aan asti ja lauantaille lisää dramaattisesti sairaalan kustannustehoa.

Hankkeen valmisteluvaiheessa simulointitekniikat ovat olleet erinomaisena apuna optimaalisten ratkaisujen hahmottamiseksi. Myös mallitiloja on hyödynnetty. Hankkeen onnistumisessa johtamisella on ratkaiseva merkitys, ja prosesseja tukevan johtamisen edistämiseen panostetaan. Toimintaa arvioidaan ja parannetaan jatkuvasti.

Rakennusten purku käynnistyy syksyllä 2015, ja seuraavana vuonna rakentaminen käynnistyy. Tilat otetaan käyttöön vuosina 2019 – 2020.

Keskustelussa todettiin mallitilojen rakentamisen kustannuksia säästävä vaikutus: se eliminoi monia virheitä ja ongelmia. Äänekosken terveyskeskuksen uusiin tiloihin tutustumista suositeltiin: siellä on onnistuttu esimerkillisesti yhden hengen huoneratkaisuissa.

### 4. Biopankkitoiminta

Esko Vanninen kuvaili Itä-Suomen biopankkihankkeen nykyvaihetta (LIITTEET 3, 4, 5).

Biopankkitoiminta mahdollistaa tehokkaamman sairausriskien tunnistamisen, yksilöllistetyn hoidon ja systeemilääketieteen kehittämisen. Biopankki tuleekin nähdä tärkeänä pitkän aikavälin investointina, olennaisena osana terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan kasvustrategiaa. Vuonna 2012 käynnistyneessä hankkeessa keskeisinä toimijoina ovat olleet Itä-Suomen yliopisto ja KYS.

Hankkeeseen on kuulunut tietojärjestelmätyötä, patologian tietojen harmonisointiyhteistyötä, laatujohtamisen suunnittelua ja tarvittavien dokumenttien valmistelua viranomaisille. Myös viestinnästä on oma suunnitelmansa, jotta oikeanlainen tiedonsaanti turvataan. Näytesäilytysjärjestelmä on hankittu, samoin yhdessä Auriin kanssa hankinnassa on näytehallintajärjestelmä.

Omistajapohjaksi on sovittu PSSHP 50 %, UEF 25 %, ESSHP 10 %, PKSSK 10 % ja ISSHP 5 %. Perustaminen on saamassa pian kaikissa sairaanhoitopiireissä hal-

lituksen hyväksynnän. Myös yliopiston periaatteellinen hyväksyntä on tiedossa. **Perustamissopimus pyritäänkin allekirjoittamaan viivytyksettä.**

Hallinnollisesti biopankki on osa PSSHP:tä. Sen ohjausryhmään tulee jäseniä kaikista omistajaorganisaatioista. Budjetti vuodelle 2015 on 500 000 €, mistä henkilöstökuluja vähän yli puolet.

Biopankin toimilupaprosessi on vaativa. Toimintasuunnitelma on valmisteltava niin, että siitä ilmenevät hyväksyttävästi toiminnan yleiset sekä tietosuojaa ja – turvallisuutta koskevat periaatteet sekä valvontaproseduurit. Perustamiseen tarvitaan TUKIJAlta puoltava lausunto sekä Valviran hyväksyntä. Toimilupaprosessi on tarkoitus saada päätökseen ensi vuonna. Väliaikaiset tilat saataneen keväällä ja pysyvät tilat 2018.

Toiminnan eettisyys ja se, että se näyttäytyy sellaisena myös kansalaisille, on aivan avaintekijä. Biopankin legitimiteetti voi kyseenalaistua, jos jostain syystä mediassa leviäisi ennakkoluulojen tai väärinkäsitysten sävyttämää kommentointia. **Positiivinen viestintä ja avoin tiedonvälitys nähtiin keskustelussa panostamisen arvoiseksi. Sovittiin, että tiedotteet biopankkitoiminnasta valmistellaan keskitetysti biopankin ja KYSin organisaatiossa, joita sairaanhoitopiirit voivat sitten hödyntää.**

Suostumusten hallinta edellyttää vielä selvitystyötä. Keskustelussa suositeltiin ratkaisua, jossa se onnistuisi KANTA-arkiston kautta.

STM on ilmaissut valmiutensa sitoutua edistämään biopankkien toiminnan käynnistymistä. Sen tavoitteena on edistää kansallista ja kansainvälistä yhteistyötä ja näyte- ja tietoaaineistojen saatavuutta tutkimus- ja tuotekehityskäyttöön. Tarkoitus on perustaa kansallinen biopankki-IT-infrastruktuuri sekä edistää biopankkinäytteen prosessointi- ja saatavuuspalveluja.

Keski-Suomessa biopankkihanke on likimain samoissa askelmerkeissä. Toimintakäsikirja on vastikään valmistunut.

## 5. Tietohallintotoimikunnan tilannekatsaus ja vuoden 2015 hankinnat

Ervan tietohallintotoimikunnan puheenjohtaja Merja Ikäheimonen esitteli toimikunnan näkemyksiä tämänhetkisestä tilanteesta ja lähitulevaisuuden kehittämistarpeista (LIITE 6).

AKUSTI-työryhmä on arvioinut, että IT-ratkaisut ja tietohallinto ovat avainasemassa tulevien muutosten toimeenpanossa. Sote-alueiden toimintakyky tulee nojamaan paljolti tietoon, eikä rakenneuudistuksen toteuttaminen ole mahdollista ilman toimivia IT-ratkaisuja taikka tehokasta ja johdettua tietohallintoa. Uudistus on monituottajaratkaisu, ja tällöin tuottajien yhteen toimivat tietojärjestelmät ja asiakastietojen yhteiskäyttö ovat välttämättömiä palvelujen ammatilliselle ja alueelliselle integraatiolle.

AKUSTI-työryhmän mukaan tietohallinnon ja IT-ratkaisujen näkökulmasta muutoksen keskeisimmät ratkaistavat kysymykset ovat:

- rekisterinpito/pitäjyys
- tietohallintotehtävien vastuunjako ja kokonaisarkkitehtuurin rooli
- kansallisen ohjauksen järjestäminen
- tavoitearkkitehtuuri
- IT-ratkaisujen toteuttaminen ja tuotantotavat sekä
- omaisuus (IT-ratkaisut, IT-yhtiöt)

Tietohallintotoimikunnan näkemyksen mukaan hyvän yhteistoiminnan aikaansaa-  
miseksi kaikkien ervan sairaanhoitopiirien olisi hyväksyttävä:

- kertakirjautumisen ja virtualisoinnin aloittaminen
- tietoturva – ja varmennepolitiikka
- lokienhallintapolitiikka ja
- alueellisen arkistoratkaisun ja potilastietojen katselun sekä big data –  
ratkaisujen toteuttaminen

Tietohallintotoimikunnan mukaan yhteinen sitoutuminen näihin tavoitteisiin on so-  
te-lain mukaista ja tärkeää toiminnan tehokkuuden ja laadun kehittämiseksi. Yh-  
teisen päämäärän hyväksyminen ei merkitse sitä, ettei kukin piiri voisi edetä työ-  
sä omalta kohdaltaan omien priorisointiensa ja omien taloudellisten edellytystensä  
mukaan. Mutta yhteisen suunnan hahmottaminen on kriittinen kysymys.

Toimikortit ovat tämän vuoden ajan saatavissa vielä ilmaiseksi, ja korttien jakelu  
olisikin järkevää toteuttaa täydellisesti kaikkialla. Tilanne piireissä oli 18.6.:  
ESSHP 100 %, ISSHP 100 %, KSSHP 90 %, PSSHP 84 % ja PKSSK 72%.

Seuraavien toimenpiteiden avulla täyttyvät laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjes-  
tämisestä olevat minimivaatimukset, joiden toteutukseen eralla on varattava yh-  
teensä 3,2 – 3,5 M€

- SSO:n(kertakirjautuminen) ja virtualisointityön aloittaminen
- kliinisten hoitotietojen välittämisen mahdollistavan projektin käynnistys
- yhteinen tietoturva (hyväksytty) ja –varmennepolitiikka (hyväksyttävänä pi-  
reissä) sekä lokienhallintapolitiikka (valmisteilla)
- yhteinen laadunhallinta (suunnitteilla)

Tietohallinnon kehittämiskohteina ovat kokonaisarkkitehtuurityö kansallisten mää-  
ritysten ja alueellisen toimintastrategian vaatimusten mukaisesti ja tietohallinnon  
erva-tasoisien organisaation uudistaminen soite-uudistuksen myötä.

**Keskustelussa nähtiin, että yhteisen toiminnan käynnistämiseen olisi syytä  
hakea KASTE-rahaa. Kokous oli valmis suosittamaan valtuutuksen antamis-  
ta tietohallintotoimikunnalle edetä tämän suuntaisesti, mikäli 10.9. erva-  
yhteistoimintaelin ajatusta kannattaa. Merja Ikaheimosen sovittiin osallistu-  
van erva-yten kokoukseen.**

## 6. Päivystysasetus

Päivystysasetus on ollut poliittisessa käsittelyssä osana hallituksen rakennepoliit-  
tista periaatepäätöstä. Vesa Kataja esitteli sen lähtökohtia ja sisältöä (LIITE 7).

Tavoitteena on löytää terveydenhuollon päivystystoiminnasta 60 M€n säästöt (= laskennallisesti 900 htv). Tähän pyritään sillä, että päivystystoimintaa karsitaan ja keskitetään. Nykyisellään ympärivuorokautisia päivystyspisteitä on Suomessa 61. Nimenomaisena ajatuksena on, ettei tämä saa johtaa vain työvoiman siirtymiseen paikkakunnalta toiselle, vaan keskittämisen on vähennettävä työvoimatarvetta ja toisaalta lisättävä potilasturvallisuutta, mikä myös aiheuttaa välillisiä säästöjä. Mediassa on usein tulkittu virheellisesti, että tässä kajotaan virka-ajan ulkopuoliseen vastaanottoon, joka todellisuudessa ei ole päivystystä asetuksen tarkoittamassa merkityksessä.

Päivystysasetuksen kolme pääkohtaa ovat:

- 1) vaatimus PTH/ESH-yhteispäivystyksestä (2 §)
- 2) leikkaustoiminnan vaatimusten kiristäminen (13 §) ja
- 3) synnytystoimintaa koskevien vaatimusten aikaistaminen (14 §)

Yhteispäivystyksestä todetaan, että kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina. Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä, ellei saavutettavuus- ja potilasturvallisuuskohdista muuta johdu. STM voi myöntää luvan perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen erillispäivystyksen järjestämiseen.

Muita huomionarvoisia kohtia ovat esimerkiksi:

- lääketieteen kandidaatti ei saa päivystää yksin
- päivystysyksikön käytössä on oltava riittävät kuvantamis- ja laboratoriopalvelut
- uutena on mahdollisuus olla ottamatta asiakas vastaan päivystyspisteessä
- erityisesti mainitaan alaikäinen, iäkäs ja päihtynyt potilas

LIITTEESSÄ 7 on kuvattu laajemmin päivystystoiminnalta vaadittavia erikoisala-kohtaisia edellytyksiä.

Asetus on tulossa voimaan 1.1.2015, synnytystoiminnan osalta 1.6.2015. Kuntaliitto on suhtautunut asetukseen kriittisesti, ja sen arvio on, ettei asetuksen vaikutuksia ole riittämiin selvitetty. VALVIRAssa asetuksen voimaansaattamista on pidetty potilasturvallisuuden kannalta kiireellisenä. STM:stä on esitetty näkemys (Timo Keistinen), että pienten aluesairaaloiden kaikki leikkaustoiminta lopetetaan ja suuret aluesairaalat keskittyvät elektiiviseen päiväaikaiseen kirurgiaan, johon ei liity ympärivuorokautista päivystystarvetta. Asiantuntija-arvion mukaan synnytysten turvallisiin yksiköihin keskittämisen vieroksunta perustuu median luomaan myyttiin matkasynnytysten riskeistä.

Ervalla vaikutus tuntuu eritoten Savonlinnassa. Siellä hallitus on hyväksynyt synnytystoiminnan päättämisen vuodenvaihteessa. Myöskään päivystyksellistä leikkaustoimintaa ei Savonlinnassa voitane järjestää.

Keskustelussa tuotiin esiin mahdollinen vaativan toimintaradiologian keskittämis-tarve ervalla.

## 7. Uudet kalliit lääkkeet

Vesa Kataja pohdiskeli uusien kalliiden lääkkeiden käyttöönottoa (LIITE 8), mistä hän on myös kirjoittanut Duodecimiin pääkirjoituksen (2014: 130: 196 - 197). Eri-tyisen huolestuttavana hän piti sitä, että kalliita lääkkeitä tai hoitoja, joiden vaikut-tavuudesta näyttö on vähäinen, markkinoidaan kliiniseen käyttökelpoisuuteensa nähden yliaktiivisesti. Ajoittain tämä on johtanut lääkkeen perusteettomaan käyt-töön sellaisissa indikaatioissa, joissa tutkimusnäyttöä ei ole lainkaan.

Joskus uuden lääkkeen hoidollinen ja taloudellinenkin arvo on ilmeinen; lääke osoittautuu tehokkaaksi ja turvalliseksi. Malliesimerkkinä on toisen polven viruss-pesifinen C-hepatiittilääke verrattomine vasteineen: lääke parantaa C-hepatiitin yli 90-%:sesti. Kuitenkin usein näyttää siltä, että lääkkeen tehon ja hinnan välillä ei ole korrelaatiota. Ääriesimerkkinä on haimasyövän hoitoon hyväksytty erlotinibi, joka pidensi elinaikaa keskimäärin 10 päivällä, jotka olivat täynnä haittavaikutuk-sia, ja samalla kasvatti hoidon kustannuksia moninkertaisiksi.

Kliininen johtaminen on tulossa entistä vaativammaksi, ellei kriteereitä uusien lääkkeiden kliiniselle hyödyille saada tiukemmiksi. Euroopan syöpälääkäreiden yh-distys onkin käynnistänyt projektin, jolla saadaan lääkkeille yhtäläinen kliinisen hyödyn arviointityökalu. Lääkärikoulutuksen keskeisenä tuloksena tulisi olla valmi-us lukea kriittisesti, tieteellisen tutkimuksen arviointikyky.

Tulevaisuus tuonee tarjolle yhä entistä kalliimpia lääkkeitä, tutkimuksia ja hoitoja. Biosimilaarien määrätietoinen käyttö auttaa hintoja pysymään kohtuullisemmalla tasolla. Toinen merkittävä kustannuskasvu hillitsevä tekijä voi olla yksilöllistetty lääketiede geenitesteineen: se estää turhien lääkkeiden käyttöä. Toisaalta tarpeettomia geenitestejä on myös varottava, sillä testitehtailu tarjoaa tilaisuuden suoranaishuonon puoskaroinnille.

Erva-tasolla lääkekilpailutus saadaan kuntoon lokakuussa.

Perjantai 22.8.

## 8. Saattohoito

Erikoislääkäri Eero Vuorinen kertoi saattohoidon tämänhetkisestä tilanteesta Suomessa ja erityisesti Carean ja Eksoten alueilla (LIITE 9).

Vaikka saattohoidossa voidaan tarvita vaativaakin lääketieteellistä osaamista, se ei luonteeltaan rajaudu perinteisen lääketieteen alueeksi. Se on elämänlaadun optimointia. Lähtökohta hoidossa on siinä mielessä yhteisöllinen, että hoidon kohteena ei ole yksin kuoleva vaan myös hänen lähipiirinsä. Onnistuneella saattohoidolla lievitetään myös omaisten kärsimystä ja käytännössä vaikutetaan läheisten terveyteen. Omaisille kuolema on erittäin suuri terveysriski. Esimerkiksi puolisoista hyvin suuri osa menehtyy pian elämänkumppaninsa menetettyään. Myös surutyö voi vaatia lääketieteellistä osaamista.

Lääkärien kiinnostus saattohoitoa kohtaan on viime aikoina huomattavasti lisääntynyt. Tärkeä askel saattohoidon merkityksen tunnustamisessa ovat olleet kuolevien potilaiden käypä hoito –suositukset. Suositukset eivät kuitenkaan riitä, sillä edelleen saattohoitoa tarvitsevien tunnistamisessa on ongelmia – ja saattohoitoa varten varatut resurssit ovat aivan riittämättömät.

Vuosittain Suomessa saattohoitoa tarvitsisi noin 15.000 potilasta, joita varten tulisi kohdistaa 600 saattohoitoon varattua hoitopaikkaa. Nykyisin saattohoidossa hoidetaan kuitenkin vain arviolta 3.000 ihmistä. Tämä on nimenomaan arvio, sillä Ruotsin lailla Suomessa ei kirjata saattohoitoa. Suosituksen takana ovat Kuntaliitto ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys.

Hyvin järjestetty saattohoitojärjestelmä parantaa paitsi hoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä, vapauttaa myös resursseja ja vähentää kuluja: lääkkeitä ja erilaisia toimenpiteitä tarvitaan vähemmän. Suositeltavaa olisi, että potilaan ollessa kotona olisi varalla hoitopaikka, joka tarvittaessa voitaisiin täyttää. Koska tällaista ei nykyisin ole, moni joutuu potilaaksi yliopistolliseen sairaalaan.

Kotisaattohoitoon panostaminen maksaa itsensä takaisin - käytännössä synnyttää säästöjä – ja on inhimillisesti perusteltua, sillä useimmat haluavat olla kotona. Kaakkois-Suomen kokemukset osoittavat, että säästöt voivat olla huomattavat. Hinta vuorokautta kohti voi olla 25 €. Hoidon lähtökohtana on aina paluu kotiin. Toimivimmillaan saattohoitojärjestelmä on, kun se on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä.

**Keskustelussa nähtiin, että ervalle on tarpeen luoda yhtenäinen saattohoitomalli ja vastuuhenkilöiden verkosto. Sovittiin, että ervan sairaanhoitotoimikunta ottaa asian valmisteltavaksi. Saattohoitokoulutusta aletaan hahmotella ervalla sairaanhoitopiirien yhteistyönä, mihin myös yliopistoa pyydetään mukaan. Mikäli saattohoitoon on luvassa lahjoituksia, voitaisiin ilmaista tarve lahjoitusprofessorin saamiseksi yliopistoon. Jorma Penttinen tiedus-**

**telee mahdollisuutta hyödyntää Helena Länsimies-Antikaisen osaamista. Eero Vuorinen lupautui olemaan työssä käytettävissä. Asiaan palataan seuraavassa kokouksessa.**

## 9. Ammattitaidon akkreditointi EU:ssa

TietoTaitoKeskuksen johtaja Teuvo Antikainen esitti ajatuksia terveydenhuollon taitokoulutuksen akkreditoinnista (LIITE 10).

Akkreditoinnin kehittämisen lähtökohtaa leimaavat avainsanat näyttöön perustuva lääketiede, ajatus elinikäisestä oppimisesta, strukturointi ja standardointi. Kehittämistyötä ohjaavat:

- tarvelähtöisyys (muutos työelämässä, teknologioissa, potilaissa...)
- eettiset näkökulmat
- talousnäkökulma
- kansainväliset paineet (Pohjois-Amerikka edelläkävijänä)
- yleiseurooppalainen kehitys (EU) ja siitä johtuvat tarpeet
- koskee kaikkia terveydenhuollon ammattinimikkeitä
- erityisesti huomio perustutkintojen jälkeiseen koulutukseen (CME)

Työvoima liikkuu yhä enemmän, mikä sinänsä on koko EU:n kannalta toivottavaa. Se mahdollistaa tarvittaessa työvoiman saannin kansallisten rajojen ulkopuolelta ja uudenlaisen osaamisen hankkimisen. Tällöin kuitenkin pitää saada varmuus työvoiman taidoista arkipäivän tilanteissa. Erilaisia "ajokortteja" tulee työelämään lisää, mikä on yksi hyvä keino pitää huolta henkilöstön osaamisesta dynaamisessa työelämässä.

UEMS (Euroopan lääketieteellisten erikoisalojen kattojärjestö) perustaa alaisuuteensa kaksi toimielintä: neuvoston toimimaan ohjaavana ja kehitystyötä edistävänä rakenteena sekä akkreditointi-työryhmän toteuttamaan akkreditointitehtäviä. EU-lainsäädäntö mitä oletettavimmin kehittyy siten, että syntynyt akkreditointirakenne saa selvemmän kytkennän ammattitutkintoihin, jatkokoulutukseen ja ammattitaidon resertifointiin.

Painopiste koulutuksessa on virtuaali- ja e-tekniikoissa. Tavoitteena on taitokoulutuksen standardointi ja strukturointi, jolloin tasalaatuisuus, mittaaminen ja kehitystä ohjaava tutkimus korostuvat. ICT-painotuksesta huolimatta toiminta on korostetusti ihmiskeskeistä ja –vetoista.

Taitokoulutuskeskusten akkreditointikriteerejä on nyt kehitetty kirurgiaan, gynekologiaan, anestesiologiaan, kardiologiaan, neurokirurgiaan, ortopediaan, KNK-taudeille ja silmätaudeille.

Akkreditoinnista on runsaasti etuja. Se vaikuttaa myönteisesti potilasturvallisuuteen ja henkilöstön osaamiseen. Koulutuksen vaikuttavuuden selvittäminen helpottuu. Se lähentää eri ammattiryhmiä luontevalla tavalla (tiimikoulutuksena). Siitä voi myös tulla onnistuessaan yksikön vetovoimatekijä. Se avaa uusia hankerahoitusmahdollisuuksia, tarjoaa paremman tulevaisuuden kouluttajasairaalan ja vahvistaa imagoa eurooppalaisen kehityksen mukana etenemisestä. Se tarjoaa myös instrumentin yleiseurooppalaisen osaamisen todentamiseksi.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on ollut asiassa edelläkävijä ja siellä tavoitteena on synnyttää Suomessa johtava terveydenhuoltoalan ammattiryhmien taitokoulutuksen tuottaja ja tutkimusklusteri. Toimintaa aletaan kehittää määrätietoisesti ak-



kreditointikriteerien mukaisiksi syksyllä 2014 ja akkreditointia haetaan ensimmäisten joukossa.

**Keskustelussa todettiin, ettei kehittämistarve rajaudu Keski-Suomeen vaan on ervan laajuinen. Keski-Suomi ei välttämättä onnistu haussa nyt syksyllä, ja ervalla oltaisiin valmiita tukemaan tämänsuuntaista ponnistelua. Mahdollisen erveen muodostettavan akkreditointiyksikön olisi syytä hallinnollisesti olla yhtenäinen, mutta maantieteellisesti ajatellen se voisi olla verkostomainen. Asian edistämiseksi päätettiin perustaa verkosto, jota Teuvo Antikainen johtaa. Hän huolehtii siitä, että jokaisesta erveen piiristä saadaan edustaja ja kutsuu tämän akkreditointia edistävän ryhmän koolle.**

#### 10. Tuottavuuden lisääminen hoitotyössä

Merja Miettinen esitteli näkökulmia hoitotyön tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen (LIITE 11).

Keskeinen tavoite on yhtenäistää ja standardoida toimintatapoja. KYSissä on viime aikoina yhtenäistetty sihteeritoimintoja ja tekstinkäsittelyä, tapahtunut automatisointia, standardoitu leikkaustoimintaa, avohoitotoimintaa ja vuodeosastotoimintaa, sisäänajettu laitos- ja ravintohuollossa monitoimijamalli yhtenäisine käytäntöineen sekä luotu suunnitelmallinen ja yhtenäinen perehdytysohjelma.

Tulevaisuudessa pitäisi potilaalle pystyä antamaan palvelulupaus, mikä merkitsee ja edellyttää sitä, että avohoito on korkeatasoista ja vastaa potilaan tarpeita, hoitoon pääsee jonottamatta ja vastaanotolle mahdollisimman tarkoin sovittuna kellonaikana. Tällöin hoito tapahtuu oikeaan aikaan ja tarkoituksenmukaisessa paikassa, ilman ehkäistävissä olevia uusintakäyntejä. Hoidosta/palvelusta vastaa osaava, moniammatillinen henkilöstö ja hoito ja jatkohoito ovat turvallisia. Lean-ajatuksen hyödyntämisestä tässä etenemisessä on etua, kun tunnistetaan ja poistetaan toimintaa, joka on arvoa tuottamatonta sekä haetaan uusia keinoja virtaus- tehokkuuden ja laadun turvaamiseksi ja kohentamiseksi.

Koko anestesia- ja leikkaustoiminta on KYSissä siirtymässä uudisrakennukseen, minkä yhteydessä tiedossa on muutoksia paitsi toimitiloissa myös yksikkörakenteissa, henkilöstön käytössä, toimintaprosesseissa, logistiikassa sekä useissa huolto- ja hankintatoiminnoissa.

Ajatus näyttöön perustuvista käytännöistä on vaikuttavan toiminnan lähtökohta. Vaikuttavuuden parantumisen ohella kliinisten hoito-ohjelmien käytöllä supistetaan terveydenhuollon kustannuksia.

Henkilötyön tuottavuutta lisäävinä keskeisinä toimenpiteinä voidaan mainita

- toiminnan ja palveluyksikköjen rakenteiden uudistaminen
- systemaattinen henkilöstömitoitus
- henkilöstörakenteen muuttaminen toimintaa vastaavaksi
- sijaistoiminnan uudelleen organisointi hoitotyön yksikköön ja
- hoitotyön johtamisen uudistaminen

Erityistä huomiota julkisuudessakin on herättänyt hoitotyön sijaisyksikön perustaminen. Se mahdollistaa systemaattisen perehdytyksen, työkierron ja täydennyskoulutuksen avulla osaamisen laajentamisen. Henkilöstön liikkuvuudella tasataan työn kuormittavuutta ja lisätään potilasturvallisuutta. Hoitotyön johtamisen uudistamisella tarkoitetaan sitä, että osastonhoitajat johtavat aiempaa laajempia vastualueita ja hoitotyön esimiesten työtä uudistetaan. Käynnissä on 2014 ollut hoitotyön johtajien työntutkimus.

Kaija Heikura kuvasi henkilöstörakenteen ja työnjaon kehittämistä KSKS:n vuodeosastoilla v. 2011 – 2013 (LIITE 12). Sillä on tähdätty potilaan kannalta hyödyllisemmän hoitotyön osuuden lisääntymiseen, vahvistamaan siis potilaalle tuotettavaa lisäarvoa.

KSKS:ssa on ollut käynnissä paljon samanlaisia uudistuksia kuin KYSissä. Hoitotyötä ei aiemmin ole juurikaan tutkittu potilaalle lisäarvoa tuottavan hoidon näkökulmasta. Työtä tarkastellaan eri kategorioissa: 1. potilaalle lisäarvoa tuottava hoitotyö (välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, potilaan hoidon kirjaaminen). Lisäarvoa tuottavan työn ohella on potilaan 2. hoidon kannalta tarpeellista toimintaa (jolla ei välitöntä lisäarvoa potilaalle) sekä potilaan hoidon kannalta ei-keskeistä toimintaa (potilaalle lisäarvoa tuottamaton työ).

Lean-ajattelun pohjalta tavoitteena on tarjota potilaalle hänen tarpeistaan lähtevää palvelua ja samalla minimoida hänelle hyötyä tuottamaton toiminta. Hoitohenkilöstö ja hoitotyön johtajat kehittävät yhdessä potilaalle lisäarvoa tuottavaa hoitoprosessia, johon potilaan välitön hoitotyö liittyy. Kiinnittämällä huomiota toimintojen sisältöön ja sujuvuuteen parannetaan hoitotyön tehokkuutta, lisätään hoitohenkilöstön hoitotyöhön käyttämää aikaa ja vähennetään toimintakuluja.

Vuodeosastoilla on sovellettu TCAB-toimintamallia hoitotyön toimintojen kehittämisprosessissa. Lähtötilanteessa vuonna 2011 selvitettiin hoitohenkilöstön työajan jakautuminen hoitotyön eri toimintoihin. Hankkeessa oli osastokohtaisia moniammatillisia innovaatioryhmiä ja osastokohtaisia kehittämissuunnitelmia. Kehittämistoiminnan arviointi tapahtui vuonna 2013. Tuloksena välittömän hoitotyön osuus lisääntyi.

KSKS:ssä henkilöstötyön tuottavuuden lisäys nojaa mm. seuraaviin:

- perehdytysohjelma
- vastavuoroinen työnvaihto (yksisuuntainen työnvaihto)
- henkilöstön liikkuvuuden edistäminen
- henkilöstösuunnittelu ja
- erityisesti Uusi sairaala –hankkeen avaamat mahdollisuudet henkilöstösuunnittelussa

## 11. Vuoden 2015 toiminnan ja talouden suunnittelu sairaanhoitopiireissä

Aija Suntioinen esitteli ervan sairaanhoitopiirien näkymiä tulevalle vuodelle (LIITE 13).

KYSissä pitkään rakentamisen alla ollut uudisrakennus avataan 2.5.2015, ja rakennus tuo mukanaan monin osin aivan uudet toimintamallit. Tuottavuusohjelman toteuttaminen jatkuu, ja tämä näyttää kuluvan vuoden aikana vaikuttaneen myös taloudelliseen tasapainoon. Kuntalaskutus saa kasvaa maksimissaan 1 %. Talousarviota ei sisällä uusia toimintoja. Mitä uutta toteutetaan, se voi periaatteessa kasvattaa raamia. Oletettavasti toteutuva uusi toiminta on alueellinen apuvälinekeskus, jonka valmistelu on kesken. Aluekuvantamisesta on hallituksen päätös, mikä tietää raamin lisäystä. Biopankki sen sijaan on järjestettävä raamin sisältä. Lisäksi perusterveydenhuollon kanssa yöpäivystys on kesken valmistelun.

KSSHP:ssäkin muutoksen avainsana on uusi sairaala ja sen suunnittelu. Uusien toimintamallien käyttöönotto tapahtuu mahdollisuuksien mukaan jo ennen uutta sairaalaa, millä on vaikutuksia henkilöstösuunnitteluun ja –toimenpiteisiin. Investointisuunnitelmassa uuden sairaalan lisäksi on vain aivan välttämättömiä investointeja. Muita toiminnan muutoksia vuonna 2015 ovat Jokilaakson ostopalvelujen kotiutus, kotisairaaloiminnan käynnistäminen (nykyresurssein), tilajärjestelyt, aiempien toimenpiteiden vakiinnuttaminen (mm. päiväsairaala, preoperatiivinen yk-

sikkö, koulutuksen ja tutkimuksen kokonaisuus...) Palvelutuotannon laajuudessa tai rakenteessa ei muutoin tapahdu merkittäviä muutoksia.

ISSHP:ssä edessä ovat yt-menettelyt. Perusteena ovat erikoissairaanhoidon ja myös koko Sosterin rakennemuutokset, jotka ovat sidoksissa myös valtakunnalliseen sote-uudistukseen. Selittäjänä ovat myös kuntatalouden paineet: säästötarpeeksi on määritelty kolmen vuoden kuluessa 3 M€/ vuosi, eli yhteensä 9 M€

PKSSK:ssä tuottavuusohjelman toteutus jatkuu. Sen odotetaan alentavan 2 % menoista vuosittain, eli yli 4 M€. Ohjelmassa on määritelty viisi kärkihanketta, joilla pyritään pääsemään kiinni pääprosesseihin, mm. psykiatrian toimintojen siirtyminen 2016 ei ole pelkkä maantieteellinen muutos vaan tarkoittaa toiminnallisten prosessien läpikäyntiä. Pohjois-Karjalassa on varsin vankka yksituumaisuus maakunnallisen sote-tuottajaorganisaation muodostamisesta. Tähän pyrkiminen sävyttää myös kuntayhtymän tulevaa vuotta. Merkittävänä avoimena kysymyksenä on edelleen hammaslääkäripäivystyksen järjestäminen.

ESSHP:ssä tuottavuusohjelman tavoitteeksi on asetettu vuosittain menojen lasku yhdellä prosentilla (n. 1,5 M€). Tekeillä on vuodeosastaselvitys; se tarkoittaa vuodeosastojen lopettamista ja toimintojen siirtämistä avopalveluihin. Tämä vuodeosastojen muuttaminen avotoiminnaksi vaatii merkittäviä investointeja. Myös terveyskeskustoimintoja on tulossa sairaalan sisälle, mahdollisesti myös psykiatriaa.

Ennakoitavan kuntalain muutoksen mukaisesti myös kuntayhtymissä on päästävä eroon vuoteen 2020 mennessä alijäämäkertymistä, eli toimintavuosien tilinpäätösten tulee olla ylijäämäisiä. Kertyneitä alijäämiä taseissa on kaikilla muilla paitsi Itä-Savon sairaanhoitopiirillä. Keski-Suomessa ja Etelä-Savossa uutta alijäämää näyttää kertyvän kuluvanakin vuonna. Kumulatiivisten alijäämien kattamisesta on suunnitelmat - kun hinnat eivät voi kasvaa, tämä tarkoittaa käytännössä menojen karsimista. Paineet jäsenkuntalaskutuksen nousulle olisivat suuremmat kuin mitä kuntatalous antaa myöten.

Investoinnit lähivuosina ovat huomattavan suuret PSSHP:ssä, KSSHP:ssä ja PKSSK:ssä. Se merkitsee myös todella nopeaa lainakannan kasvua PSSHP:ssä ja KSSHP:ssä. Luonnollisesti uuden rakennuskannan käyttöönotto lisää merkittävästi myös poistoja.

## 12. Seuraava kokous

**Seuraava kokous on Mikkelissä 29. – 30.1.2015.**

Muistion vakuudeksi

Raimo Tuomainen  
Seminaarin sihteeri