



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

Tarkastuslautakunta

Arviointikertomus vuodelta 2011

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuustolle



Sisältö

TARKASTUSLAUTAKUNNAN ESITYS VALTUUSTOLLE

| | |
|---|-----------|
| 1 PUHEENJOHTAJAN KATSAUS | 5 |
| 2 HUS:N ULKOINEN VALVONTA VUONNA 2011 | 6 |
| 3 STRATEGINEN PÄÄMÄÄRÄ 1: POTILASLÄHTÖINEN, VAIKUTTAVA JA OIKEA-AIKAINEN HOITO | 7 |
| 3.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta | 7 |
| 3.2 Palvelujen käyttö sairaanhoitoalueittain | 8 |
| 3.3 Potilasturvallisuus | 9 |
| 3.3.1 HaiPro – potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointi | 9 |
| 3.3.2 Tarkistuslistat potilasturvallisuuden varmentajana | 9 |
| 3.3.3 Potilasvahingot | 10 |
| 3.4 Tuottavuus | 10 |
| 3.4.1 Tuottavuuden kehitys Hyksissä ja muissa sairaaloissa 2006–10 | 10 |
| 3.4.2 Tuottavuuden kehitys HUS:ssa vuonna 2011 | 12 |
| 3.4.3 Mistä hyvä tuottavuuskehitys johtuu? | 13 |
| 3.4.4 Leikkausyksiköiden käyttöaste | 13 |
| 3.5 Palvelujen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus | 14 |
| 3.5.1 Elämänlaatumittaukset erikois- sairaanhoidon kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa | 14 |
| 3.5.2 Aivoverenkiertohäiriöiden hoito esimerkinä uudesta ja vaikuttavasta innovaatiosta | 15 |
| 4 STRATEGINEN PÄÄMÄÄRÄ 2: KORKEATASOINEN TUTKIMUS JA OPETUS HUS:SSA | 16 |
| 4.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta | 16 |
| 5 STRATEGINEN PÄÄMÄÄRÄ 3: MONIAMMATILLISTA ASIANTUNTIJAYHTEISÖÄ KANNUSTAVA JA ARVOSTAVA JOHTAMINEN | 18 |
| 5.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 6 STRATEGINEN PÄÄMÄÄRÄ 4: ALAN VETOVOIMAINEN MONIEN MAHDOLLISUUKSIEN TYÖPAIKKA | 19 |
| 6.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta | 19 |
| 6.2 HUS:n vetovoimaisuus työnantajana | 19 |
| 6.3 Henkilöstömäärän kehitys | 20 |
| 7 STRATEGINEN PÄÄMÄÄRÄ 5: TOIMINTATAPOJEN JA RAKENTEIDEN JATKUVA PARANTAMINEN | 21 |
| 7.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta | 21 |
| 7.2 Tekonivelkirurgia HUS:n alueella | 22 |
| 7.3 Yhteispäivystykset HUS:n alueella | 23 |
| 7.4 Psykiatrian rakennemuutos | 23 |
| 7.5 Ympäristötietoisuuden lisääminen | 24 |
| 8 STRATEGINEN PÄÄMÄÄRÄ 6: LUOTTAMUKSEEN PERUSTUVA KUNTAYHTEISTYÖ JA ENNAKOITAVISSA OLEVA TASAPAINOINEN TALOUS | 25 |
| 8.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta | 25 |
| 8.2 Kustannusten hallinta | 27 |
| 8.3 Jäsenkuntien kuntalaskutus | 27 |
| 8.4 Jäsenkuntien ja HUS:n jaettu vastuu palvelujen kysynnän ja kustannusten hallinnasta | 28 |
| 9 LIIKELAITOSTEN JA TYTÄRYHTIÖIDEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN | 29 |
| 9.1 Liikelaitokset | 29 |
| 9.2 Tytäryhtiöt | 29 |
| ALLEKIRJOITUKSET | 30 |
| Liite 1. Vuoden 2011 arviointikertomuksessa esiintyvät käsitteet ja lyhenteet | 31 |
| Liite 2. Vuoden 2010 arviointikertomuksen havaintojen jälkiseuranta | 33 |

Tarkastuslautakunnan esitys valtuustolle

1. Tuottavuuden kehittäminen

Hyksin ja muiden sairaanhoitoalueiden tuottavuus on kehittynyt hyvin viime vuosina. Vertaisarvioinnin tulosten mukaan tuottavuus on kuitenkin eräissä muissa yliopistosairaaloissa vielä parempi kuin Hyksissä, ja muillakin sairaanhoitoalueilla on (Hyvinkään sairaanhoitoaluetta lukuun ottamatta) parantamisen varaa, jotta ne saavuttaisivat sairaalaryhmänsä tuottavimmat sairaalat. Tarkastuslautakunnan arvioinnin mukaan HUS:n tuottavuutta voidaan edelleen kehittää käyttämällä mm. Hyksin tuottavuusohjelmassa koeteltua keinovalikoimaa järjestelmällisemmin koko organisaatiossa.

Lautakunta on tarkastellut myös leikkaussalien käyttöä, koska leikkaussalit ovat yksi tärkeistä resurssitekijöistä. Leikkausyksiköiden toimintaa tulee kehittää HUS-tasoisesti siten, että leikkaussalien käyttöaste nousee ja työvoiman tuottavaan käyttöön kiinnitetään aiempaa paremmin huomiota. Kannustavalla palkkauksella ja työaikajärjestelyillä pitää pyrkiä siihen, että sekä aamun että iltapäivän tyhjat leikkaussaliajat tulevat paremmin käyttöön. (arviointikertomus (AK) luku 3.4)

2. Palvelujen vaikuttavuus

Potilaslähtöisen, vaikuttavan ja oikea-aikaisen erikoissairaanhoidon toteutumisen arviointiin tarvitaan mittareiden kehittämistä ja soveltamista hoitokäytäntöihin. Näin voidaan varmistaa, että HUS:ssa käytetään vain menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä. Käytettävien menetelmien ja mittareiden tulee mahdollistaa myös eri erikoisalojen ja potilasryhmien välinen vertailu hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden suhteen.

Hallituksen toimintakertomuksissa on viime vuosina ollut hyvin niukasti tietoa HUS:n palvelujen vaikuttavuudesta. Vaikuttavuuden arviointiin ja tulosten avoimen raportoinnin tulee olla osa tilinpäätös- ja toimintakertomusta (TPTK) tulevina vuosina. Tutkimukseen perustuvat tiedot HUS:n palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta ovat välttämättömiä palvelujen jatkuvan kehittämisen kannalta, ja ne ovat tärkeitä myös HUS:n kilpailukyvyyn ja brändin näkökulmasta. (AK luku 3.5)

3. Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuutta koskevia tietoja ei hyödynnetä HUS:ssa parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi HaiPro-ilmoitusten, Potilasvakuutuskeskuksen tilastojen, Opera-leikkaussalien käyttö- ja ohjausjärjestelmän ja SIRO sairaalainfektio-ohjelman tietoja tulisi raportoida avoimesti ja säännöllisesti. Niiden käyttökelpoisuutta, saatavuutta ja hyödynnettävyyttä tulisi parantaa. Jo käytössä olevien potilasturvallisuutta parantavien menetelmien lisäksi pitäisi selvittää muualla vaikuttaviksi osoitettujen menetelmien (esim. Global Trigger Tool haittatapahtumien tunnistamiseen tai Care Bundle- menetelmä yhteisesti sovittaviin hoidon ydinkohtiin) käyttökelpoisuus, ja testata niiden käyttöä myös HUS:ssa. Potilasturvallisuutta pitäisi arvioida myös OECD:n käyttämillä tai muilla mittareilla. (AK luku 3.3)

4. Henkilöstö

Kilpailu osaavasta henkilökunnasta on kiristymässä. Nykyistä laajempi osa-aikatyön ja muiden työaikajousten mahdollistaminen on yksi kriittisistä tekijöistä työvoiman rekrytoinnin ja työssä pysymisen kannalta. Mahdollisuutta niiden laajempaan käyttöön pitäisi selvittää.

Käytäntöä sivutoimi-ilmoituksista ja -luvista tulisi muuttaa siten, että ilmoitukset kootaan yhteen. Ilmoituksista tai lupahakemuksista tulisi käydä ilmi myös hallitusjäsenyydet ja omistukset eli taloudelliset sidonnaisuudet. Tämä auttaisi esteellisyyden määrittelyssä. (AK luku 6)

5. Potilasohjaus ja voimavarojen tehokas käyttö

Tarkastuslautakunta on jo aiemmin kiinnittänyt huomiota siihen, että potilasohjaus ja voimavarojen tehokas käyttö yli sairaanhoitoalueiden rajojen ei toimi tyydyttävästi. Lautakunnan arvion mukaan tilanne ei ole merkittävästi parantunut. Esimerkiksi tekonivelleikkauksia ei ole ohjattu Porvoon sairaanhoitoalueelle kapasiteettia vastaavasti huolimatta

siitä, että Porvoossa näiden leikkausten kustannukset ovat sairaanhoitopiirin pienimmät, ja leikkauksia on samaan aikaan tehty lisätöinä Peijaksen sairaalassa. HUS:n ohjaus- ja johtamisjärjestelmää tulee kehittää siten, että koko HUS:n voimavaroja käytetään optimaalisesti. (AK luku 7)

6. Kustannusten hallinta

HUS:n tulee laatia selkeät pelisäännöt talousarviovuoden aikana käsiteltävien, talousarvioon sisällyttämättömien lisävirkojen ja -tehtävien osalta (mm. perustelut, hyväksymisprosessi ja raportointi), jotta henkilöstömenojen kasvuun voidaan puuttua nopeasti talousarviovuoden kuluessa. Tilinpäätös ja toimintakertomuksessa vuodelta 2011 ei riittävästi perustella sitä, miksi henkilöstön määrä lisääntyi 133:lla ja henkilötyövuosien määrä 297:llä verrattuna talousarvioon. (AK luku 6.3)

Tulosennusteiden tarkkuutta on edelleen parannettava, jotta päättäjät saavat oikeita ja ajantasaisia tietoja talouden ja toiminnan muutoksista ja vuoden lopun menot pystytään ennakoimaan tarkemmin. Mikäli talousarvion ylityksiä tapahtuu, niiden syyt tulee analysoida ja raportoida perusteellisesti. Vuoden 2011 ylitysten osalta tällaista analyttistä katsausta on TPTK:sta vaikea löytää. Tulospalkkiojärjestelmää tulee kehittää siten, että palkkioiden perusteet kannustavat enemmän kustannussäästöihin ja HUS:n kokonaistuloksen parantamiseen ja vähemmän sisäisen myynnin kasvattamiseen ja osaoptimointiin. (AK luku 8)

7. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö palvelujen kysynnän hallitsemiseksi

Tarkastuslautakunnan arvion mukaan jäsenkuntien erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntää ja kustannuksia voidaan parhaiten hallita lisäämällä HUS:n ja kuntien yhteistyötä, esim. tehostamalla näyttöön perustuvien hoitoketjujen ja -ohjelmien kehittämistä ja käytäntöön soveltamista, sekä lisäämällä HUS:n lääkäreiden konsultointia

terveyskeskuksille. HUS:n tulee yhdessä alueen terveyskeskusten kanssa pyrkiä määrittelemään terveydenhuollon alueellisen järjestämissuunnitelman laatimisen yhteydessä optimaalinen hoidon porrastus eri potilasryhmien osalta ja tukea sen toteuttamista. Tavoitteena pitää olla perusterveydenhuollon toimivuuden lisääminen siten, että potilaat eivät perusterveydenhuollon puutteiden vuoksi hakeudu erikoissairaanhoitoon silloin, kun perusterveydenhuolto olisi hoidon porrastuksen kannalta sopivin taho. (AK luvut 7.3 ja 8.4)

8. Asukkaiden tasavertainen palvelujen saatavuus

HUS:n alueen asukkailla pitää olla yhtäläinen mahdollisuus palvelujen saantiin. Nykyisellään väestön erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudessa ja käytössä on (väestörakenteen erotkin huomioon ottaen) huomattavia eroja HUS:n sairaanhoitoalueiden välillä. Nämä erot johtuvat lähinnä siitä, että palvelujen tuottamiseen tarvittavat voimavarat (kuten henkilöstö ja sairaansijat) eivät historiallisista ja muista syistä johtuen jakaannu tasaisesti sairaanhoitoalueitten kesken suhteessa palvelutarpeeseen. Näihin eroihin on kiinnitettävä huomiota palvelujärjestelmän kehittämissuunnitelmissa, jotta HUS:n strategian mukainen ihmisten yhdenvertaisuus ja yhtäläinen hoitopääsy suhteessa palvelutarpeeseen toteutuvat kotikunnasta riippumatta. Palvelujen saatavuuden ja käytön alueellisia eroja voidaan tasoittaa paitsi tarkastelemalla kriittisesti palvelutuotannon alueellisia eroja myös ohjaamalla potilaita hoitoon yli sairaanhoitoalueen rajojen. (AK luku 3.2)

1 Puheenjohtajan katsaus

HUS:n valtuusto asetti vuodelle 2011 avaintavoitteiksi mm. hoidon vaikuttavuuden, turvallisuuden ja saatavuuden, korkeatasoisen tutkimuksen, henkilöstön pysyvyyden ja motivoitumisen, prosessien ja palveluketjujen jatkuvan parantamisen, tuottavuuden kasvun ja koko sairaanhoitopiirin voimavarojen tehokkaan hyödyntämisen. Tässä arviointikertomuksessa tarkastuslautakunta esittää näkemyksensä siitä, miten näiden ja eräiden muidenkin tavoitteiden saavuttamisessa on onnistuttu.

HUS:n uuden strategian valmistelu muokkasi vuoden aikana ajattelutapoja ja organisaatiolle asetettavia odotuksia. Strategia hyväksyttiin valtuuston kokouksessa lokakuussa, ja se tuli voimaan vuoden 2012 alusta. Toinen merkittävä toimintaympäristön muutos oli 1.5.2011 voimaantullut terveydenhuoltolaki, joka toi muutoksia HUS:n vastuisiin sekä sairaanhoitopiirin alueella että laajemmin erityisvastuualueella ja valtakunnallisesti.

HUS:n kaltaisen suuren ja moniportaisen asiantuntijaorganisaation muuttaminen on hidas ja raskas prosessi. Siksi lautakunnassa on huolestuneina seurattu julkisuudessa tehtyjä ehdotuksia sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisen ja rahoituksen uudistamiseksi. Ne aiheuttaisivat myös HUS:ssa melkoisen myllerryksen ja vaikuttaisivat myös potilastyöhön. Vaikka tarkastuslautakunta esittää arviointikertomuksessaan kriittisiäkin havaintoja ja kehittämisehdotuksia, on syytä todeta, että HUS on varsin hyvin johdettu ja tehokkaasti toimiva organisaatio, jota ei pidä kevyin perustein hajottaa.

Vuoden 2011 talousarvion ylitysten ja vuoden 2012 tiukan talousarvion vuoksi sekä HUS:n palvelutuotanto että johto ovat kovien haasteiden edessä. HUS on pystynyt hyvin parantamaan tuottavuuttaan ja hallitsemaan menojen kasvua viime vuosina, ja nähdäkseen organisaatio on sitoutunut jatkamaan tällä tiellä. Selkein omistajakuntien luottamusta heikentävä tekijä on ns. joulukuun syndrooma - käyttömenojen yllättävä ja kaikki toteutumaennusteet ylittävä kasvu vuoden lopussa. Hallituksen vastaus sen synnyn syistä ei ole riittävän seikkaperäinen. Ilmiö tulee olemaan tarkastuslautakunnan erityisessä seurannassa kuluvana vuonna.

HUS:n organisaatiota muokattiin ja muutokset kirjattiin 1.1.2012 voimaantulleeseen hallintosääntöön. Tukipalvelujen uudistamisen tavoitteena oli liikelaitosten määrän

merkittävä vähentäminen, mutta lopulta päädyttiin vähentämään niiden määrää yhdeksästä seitsemään. Oheistoimintojen eriyttäminen liikelaitoksiksi oli aikanaan oikea ratkaisu kustannuslaskennan ja asiakasrajapintojen selkeyttämiseksi, niinpä liikelaitosten takaisinsiirtämisessä linjaorganisaation on aivan oikein edetty varovasti. HUS:n organisaation keventämismahdollisuuksia pohdittiin myös pääkaupunkiseudun kuntien ja valtion aiesopimukseen perustuvassa selvityksessä.

Terveydenhuoltolaki edellyttää myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon läheisempää yhteistyötä ja sairaanhoitopiirin kunnat kattavan terveydenhuollon alueellisen järjestämissuunnitelman laatimista. Järjestämissuunnitelman toimeenpanon ja yleensäkin terveydenhuollon eri toimijoiden välisen työnjaon arviointi tulee painottamaan tarkastuslautakunnan työssä lähivuosina.

Eniten keskustelua luottamushenkilöpäättäjien ja kuntaomistajien keskuudessa syntyi HYKSin Oy:n perustamisesta. Lähes vuoden vanhan liiketoimintasuunnitelman pohjalta käyty keskustelu syksyn valtuustossa ei ansaitse kiitosta. Jatkossa tarkastuslautakunta tulee seuraamaan uuden yhtiön liikevaihdon ja asiakassegmenttien kehittymistä, kustannuslaskennan läpinäkyvyyttä ja sivutoimilupakäytännön toimivuutta.

Tarkastuslautakunta tekee tiivistä yhteistyötä HUS:n tilintarkastusyhteisön kanssa, joka on raportoinut havaintonsa erikseen HUS:n hallitukselle, valtuustolle ja toimivalle johdolle. Sen vuoksi tässä tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa keskitytään arvioimaan muita keskeisiä palvelutuotannon, hallinnon ja talouden kysymyksiä.

Arviointikäsitteiden käyttö vaihtelee sekä kirjallisuudessa että HUS:n sisällä. Olemme siksi ensi kertaa sisällyttäneet arviointikertomukseen luettelon siinä käytetyistä tärkeimmistä käsitteistä (liite 1). Näiden yhtenäinen käyttö organisaatiossa edistää osaltaan HUS:n arviointia.

Tarkastuslautakunta pyrkii tuomaan valtuuston käsitteellään sellaisia havaintoja ja ehdotuksia, jotka voisivat johdattaa HUS:n kehittämiseen vieläkin paremmaksi palvelujen tuottajaksi. Lautakunta on pannut tyytyväisenä merkille, että HUS:n hallitus on huolella paneutunut lautakunnan vuotta 2010 koskevaan arviointikertomukseen ja antanut siitä lausuntonsa valtuustolle (<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20111310-10.HTM>).

2 HUS:n ulkoinen valvonta vuonna 2011

Kuntalain mukaan järjestettävästä ulkoisesta valvonnasta säädetään HUS:n hallintosäännössä. Sen mukaan ulkoisesta valvonnasta vastaavat tarkastuslautakunta, tilintarkastajat ja arviointijohtaja. Tarkastuslautakunnan alaisuudessa toimii ulkoisen tarkastuksen yksikkö. Tarkastuslautakunnan tehtävänä on arvioida, ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet, ja valmistella valtuuston päättävät hallinnon ja talouden tarkastusta koskevat asiat.

Vuosi 2011 oli nykyisen tarkastuslautakunnan kolmas toimintavuosi. Lautakunnan kaikki jäsenet ja henkilökohtaiset varajäsenet ovat HUS:n valtuuston jäseniä tai varajäseniä. Lautakunta koordinoi koko kuntayhtymän kuntalain mukaista ulkoista tarkastustointia.

Tarkastuslautakunta vuosille 2009–12 (1.4.2009–)

Varsinainen jäsen

Markku Pyykkölä, pj (KOK), Kerava
Majja Anttila, vpj (SDP), Helsinki
Varpu-Leena Aalto (VIHR), Vantaa
Ulla Dönsberg (RKP), Raasepori
Aatos Hallipelto (KOK), Helsinki
Tuula Lind (SDP), Kerava
Kari T. Nukala (KOK), Espoo

Varajäsen

Raimo Huvila, Vantaa
Kari Lehtola, Karjalohja
Marjo Varsa, Vantaa
Olof Gren, Loviisa
Seija Muurinen, Helsinki
Auli Lehikoinen, Kerava
Anna-Liisa Helin, Mäntsälä

Lautakunnan esittelijänä toimi Virpi Semberg-Konttinen ja 1.6.2011 lähtien Reijo Salmela. Sihteerinä toimivat Virpi Semberg-Konttinen ja Sari Koskinen-Kivilahti.

Tarkastuslautakunta piti 14 kokousta, joissa mm. kuultiin HUS:n asiantuntijoita, käsiteltiin ulkoisen tarkastuksen yksikön ja tilintarkastajan raportteja ja tutustuttiin arviointikohteisiin. Marraskuussa lautakunta pohti yhden iltapäivän ajan oman työnsä kehittämistä ja arvioinnin menetelmiä.

Ulkoisen tarkastuksen yksikön henkilöstö 2011

Arviointijohtaja Reijo Salmela, LKT, THT, dos. (1.6. alk.)
Arviointipäällikkö Virpi Semberg-Konttinen, FM, Sh, MJD (arviointijohtajan sijainen 31.5. saakka)
Kehittämispäällikkö Sari Koskinen-Kivilahti, ThM
Tarkastusassistentti Ritva Pehkonen-Eurén, tradenomi
Tilintarkastusyhteisönä oli KPMG Julkishallinnon Palvelut Oy, jonka vastuunalaisena tilintarkastajana toimi Jorma Nurkkala, JHTT, KHT.

Tarkastuslautakunnan arviointikertomuksen painopisteet vaihtelevat vuosittain riippuen valtuuston kullekin toimin-



Eturivi (vas): Majja Anttila (vpj), Markku Pyykkölä (pj), Ulla Dönsberg ja Kari T. Nukala. Takarivi (vas): Reijo Salmela (arviointijohtaja), Aatos Hallipelto, Varpu-Leena Aalto ja Tuula Lind.

tuodolle määrittelemistä avaintavoitteista ja lautakunnan työohjelmasta. Tavoitteena on arvioida kaikki keskeiset alueet vähintään kerran lautakunnan toimikautena, ja keskittyä valittuihin aiheisiin syvällisemmin.

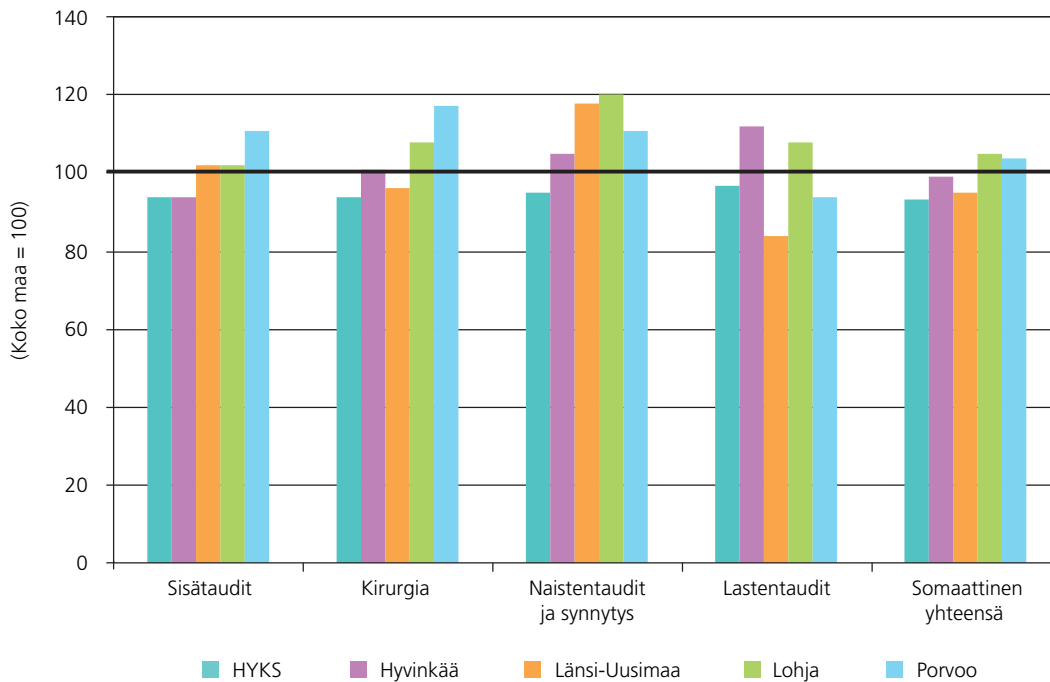
Valtuuston 2010 hyväksymä talousarvio ja taloussuunnitelma (TTS) sisältää vuoden 2011 talousarvion lisäksi taloussuunnitelman vuosille 2011–13. Siinä määritellään avaintavoitteet mittareineen vuodelle 2013 sekä tavoitearvoja vuodelle 2011. Vuoden 2011 arviointikertomuksessa käsitellään valtuuston vuosille 2011–13 asettamien strategisten päämäärien (6 kpl) ja avaintavoitteiden toteutumista keskittyen vuodelle 2011 asetettuihin tavoitteisiin. Tästä johtuen luvut 3–8 on nimetty strategisten päämäärien mukaisesti. Kunkin luvun alussa on taulukko, jonka sarakkeessa "Lautakunnan arvio" esitetään tarkastuslautakunnan havainnot siitä, miten hallitus on vuoden 2011 tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjassa raportoinut avaintavoitteiden toteutumisesta. Tarkastuslautakunnan seuranta ja arviointi perustuvat siihen, että kunkin vuonna pitää tapahtua muutosta kohti vuoden 2013 avaintavoitetta (vaikka muutosten painopiste voi vaihdella kolmen vuoden aikana). Lisäksi lautakunta esittää muihin lähteisiin ja omaan arviointiinsa perustuvia havaintoja tavoitteiden toteutumisesta. Vuoden 2010 arviointikertomuksen havaintojen jälkiseuranta esitetään liitteessä 2. Liikelaitosten ja tytäryhtiöiden sitovien tavoitteiden toteutuminen arvioidaan luvussa 9.

3 Strateginen päämäärä 1: potilaslähtöinen, vaikuttava ja oikea-aikainen hoito

3.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta

| AVAINVAOITE JA MITTARIT 2013 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO AVAINVAOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA |
|---|--|
| <p>1. HUS:ssa annettava hoito on vaikuttavaa, turvallista ja sekä sisällöltään että palvelutapahtumana korkealaatuista.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • näyttöön perustuvien, vaikuttavien hoito-ohjelmien käyttö • haittatapahtumien rekisteröinti ja analysointi • korvattavat potilasvahingot /1 000 asukasta | <p>Mm. seuraavat asiat ovat edistyneet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • näyttöön perustuvan toiminnan moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä on perustettu • potilasturvallisuussuunnitelma on hyväksytty • HaiPro-vastuuparit ja laatupäälliköt on nimetty • haittatapahtumien kirjaamisohjeet on laadittu <p>Mm. seuraavia asioita on siirretty vuodelle 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potilasturvallisuussuunnitelman toimenpiteiden toteuttaminen • potilasturvallisuuden, hoidon vaikuttavuuden ja laadun seurannan mittareiden suunnittelu • suunnitelma laadunparannukseen liittyvien toimintojen kehittämisestä ja jatkolinjausten tekemisestä |
| <p>2. Hoidon saatavuus on lakien ja lääketieteellisin perustein arvioidun tarpeen mukainen. Hoitotakuun jatkuvalla toteutumiselle on luotu pitkäjänteinen suunnitelma ja edellytykset.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoitotakuun toteutuminen • kiireellisen hoidon toteutuminen • potilastietojärjestelmän kehittyminen | <p>Lain mukainen hoitoonpääsy oli 2011 suuren julkisen huomiokohteena ja sitä on seurattu tarkasti HUS:ssa, Valvirassa ja THL:ssa. TPTK:ssa on raportoitu seikkaperäisesti hoidon saatavuutta ja hoitoonpääsyä. Hoitoonpääsy on toteutunut lähes lain mukaisesti.</p> <p>Kiireellisen hoidon potilasryhmien määrittely ja kriteerien laatiminen on siirtynyt vuodelle 2012.</p> <p>Uranus 8.2.-potilastietojärjestelmän käyttöönotto on viivästynyt.</p> |
| <p>3. Potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • potilastytyväisyyskysely | <p>Potilastytyväisyyskyselyä ei toteutettu.</p> <p>Sähköistä potilastytyväisyyden ja palautteiden arviointimenetelmää on kehitetty käytettäväksi vuonna 2012.</p> |
| <p>4. Potilaat saavat palvelunsa valitsemallaan äidinkielellä joko suomeksi tai ruotsiksi.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • asiakastytyväisyysmittari, ruotsinkielisten potilaiden tyytyväisyys palveluun omalla äidinkielellään | <p>Koska potilastytyväisyyttä ei vuonna 2011 mitattu, ei ruotsinkielisten tyytyväisyydestä palveluihin tiedetä.</p> <p>Kielenkäyttölisää (suomi, ruotsi tai viittomakieli) saavien määrä lisääntyi 60 henkilöllä ja sitä maksettiin 2531 henkilölle joulukuussa 2011 (n. 11 % henkilöstöstä).</p> |

* Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu, keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa, punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.



KUVIO 1. Väestön erikoissairaanhoidon palvelujen (hoitopisodit) käyttö HUS:n sairaanhoitoalueilla erikoisaloittain vuonna 2010 suhteessa koko maan väestön keskimääräiseen palvelukäyttöön (koko maa = 100, ikä- ja sukupuolivakioitu palvelujen käyttö).

Lähde: Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2010, THL:n tilastoraportti 1/2012.

Avaintavoitteiden saavuttamisen lisäksi tarkastuslautakunta arvioi erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä, potilasturvallisuutta, tuottavuutta sekä palvelujen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

3.2 Palvelujen käyttö sairaanhoitoalueittain

Viimeisimmät koko maan kattavat tilastot erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä ja kustannuksista ovat vuodelta 2010, ja niiden avulla on mahdollista verrata HUS:n sairaanhoitoalueita koko maan keskitasoon. Vertailussa on mukana myös terveyskeskusten erikoislääkärijohtoitien sairaaloiden käyttö. Vuoden 2011 vastaavat vertailutiedot eivät vielä keväällä 2012 ole käytettävissä.

Erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä on väestömäärään suhteutettuna (ja väestön ikä- ja sukupuolirakenne huomioon) eroja HUS:n eri sairaanhoitoalueiden kesken. Kuviossa 1 on esitetty palvelujen käyttö sairaanhoitoalueittain somaattisilla erikoisaloilla 2010 käyttäen mittarina hoitopisodioiden määrää (episodi = potilaalle saman sairauden vuoksi tapahtuneet hoitajaksot ja avohoitokäynnit kalenterivuoden aikana), ja verrattu sitä koko maan keskimääräiseen palvelujen käyttöön (ottaen

huomioon väestön ikärakenteesta johtuvat erot palvelutarpeessa eri sairaanhoitoalueilla).

Eniten palveluja käytti Porvoon ja Lohjan sairaanhoitoalueiden väestö. Sairaanhoitoalueiden välinen järjestys vaihtelee kuitenkin jonkin verran erikoisalojen kesken heijastaen mm. eroja sairaanhoitoalueiden omissa henkilöstö- ja sairaansijamäärissä (suhteessa väestömäärään). Tämä vertailu sairaanhoitoalueiden kesken osoittaa, että asuinkunta ja sairaanhoitoalue vaikuttavat (HUS:n strategian periaatteiden vastaisesti) jonkin verran siihen, miten hyvin palveluihin pääsee ja paljonko niitä käytetään.

Sairaanhoitoalueiden väliset erot palvelujen käytössä heijastuvat myös somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin, joissa on otettu huomioon väestön ikä- ja sukupuolirakenteesta johtuvat tarve- ja kustannuserot. Suhteellisen runsaasti HUS:n keskitasoon verrattuna palveluja käyttävän Lohjan sairaanhoitoalueen väestöllä kustannukset ylittivät vuonna 2010 koko maan keskitason 3 %:lla. Muilla sairaanhoitoalueilla kustannukset jäivät alle maan keskitason (Hyksin sha 3 %, Hyvinkään sha 8 %, Länsi-Uudenmaan sha 6 % ja Porvoon sha 5 % alle maan keskitason)¹. Porvoon sairaanhoitoalueen väestön matalat kustannukset huolimatta suhteellisen runsaasta palvelujen käytöstä selittyvät HUS:n sairaanhoitoalueitten pienimmillä tuotantokustannuksilla.

¹ Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2010. THL:n tilastoraportti 1/2012.

HAVAITO HUS:n sairaanhoitoalueiden välillä on huomattavia eroja erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä. Vaikka nämä erot eivät ole suuria, niihin on tarvetta kiinnittää huomiota voimavarojen ja potilaiden ohjauksessa, pitäen tavoitteena palvelujen yhtäläistä saatavuutta ja käyttöä suhteessa palvelutarpeeseen eri sairaanhoitoalueilla.

3.3 Potilasturvallisuus

HUS:n hallitus hyväksyi potilasturvallisuussuunnitelman 30.5.2011. Suunnitelman valmistelu ja toimeenpanon käynnistys merkitsivät potilasturvallisuustyön aktivoitumista aiempiin vuosiin verrattuna. Tässä luvussa käsitellään eräitä merkittävimpiä potilasturvallisuutta parantavia toimenpiteitä.

3.3.1 HaiPro – potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointi

HaiPro-järjestelmä on työkalu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin. Järjestelmään kirjataan potilaille aiheutuneet haittatapahtumat tai ”läheltä piti”-tilanteet. Ilmoitukset voi tehdä nimettömänä.

Vuoden 2011 aikana HaiPro-ilmoituksia tehtiin HUS:ssa yli 7 700 kappaletta, joista 37 % oli ilmoituksia ”läheltä piti”-tilanteista. Eniten ilmoituksia teki hoitohenkilöstö (86 %). Ilmoituksista yli puolet liittyi lääke- tai nestehoitoon.

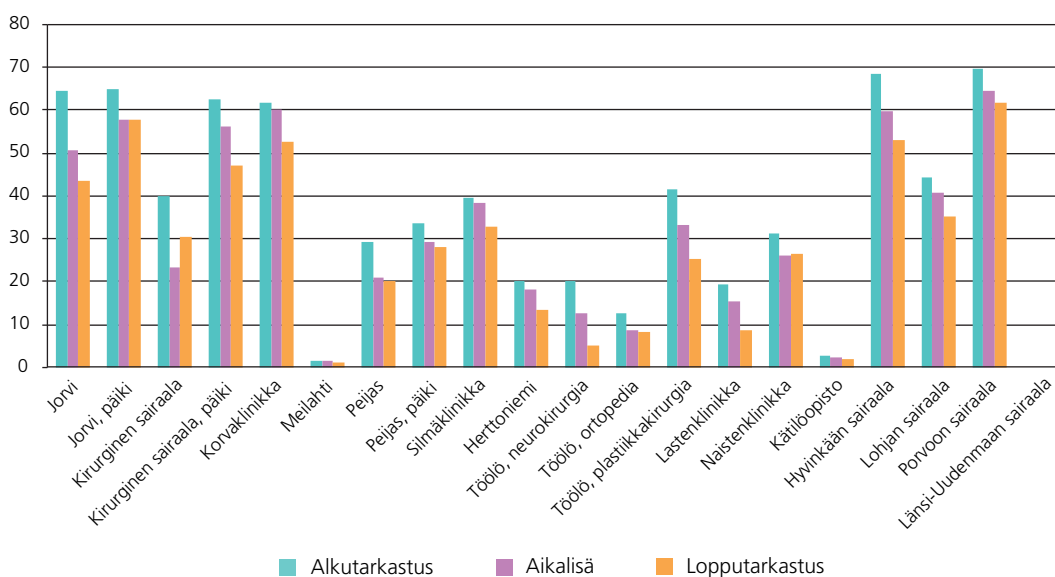
Ilmoitusten mukaan haittatapahtuman syntyy myötävaikuttaneista tekijöistä suurimpana yksittäisenä ryhmänä on kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät tekijät. (Lehtonen L, HaiPro-tiedot, HUS, 2012)

Vuonna 2011 oli lähes 500 sellaista vaaratilannetta, josta oli kohtalainen tai vakava seuraus potilaalle. Useimmista ilmoitetuista haittatapahtumista oli jotain haitallisia seurauksia hoitavalle yksikölle. Korjaavana toimenpiteenä käytettiin yli 60 %:ssa tapauksista sitä, että asiasta informoitiin vastuutahoa. Vain 6 % ilmoitetuista haittatapahtumista johti ehdotukseen kehittämistoimenpiteestä.

HAVAITO Raportoidut vaara- ja haittatapahtumat tulee järjestelmällisesti analysoida ja pyrkiä vastaavien tilanteiden estämiseen.

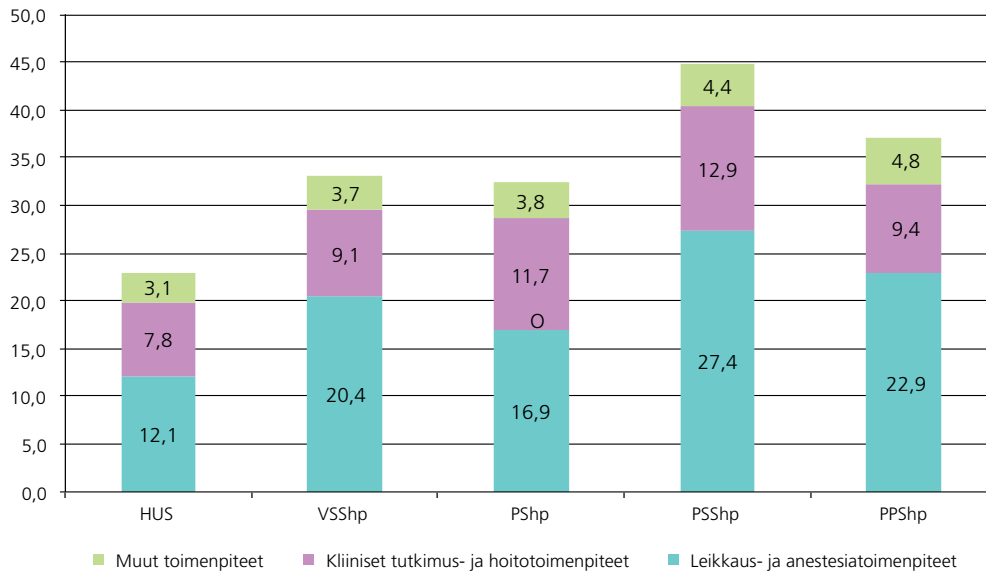
3.3.2 Tarkistuslistat potilasturvallisuuden varmentajana

Sairaanhoitopiirien asiantuntijoista muodostuva Haloneuvottelukunta antoi vuonna 2010 suosituksen WHO:n suosittelemien tarkistuslistojen käytöstä kaikissa leikkaustoimenpiteissä potilasturvallisuuden lisäämiseksi (<http://finohta.stakes.fi/FI/halo/index.htm>). Tarkistuslista on tarkoitettu klinikoille leikkausturvallisuuden parantamiseen sekä leikkauskuolemien ja komplikaatioiden vähentämiseen. Tarkistuslistaa käytetään leikkauksen alussa ja lopussa ja lisäksi tehdään ns. aikaisätarkistus juuri ennen kuin kirurgi aloittaa toimenpiteen.



KUVIO 2. Tarkistuslistan käyttö (%) HUS:n leikkausyksiköissä vuonna 2011 (päiki=päiväkirurgia).

Lähde: Grönholm P, Opera leikkausyksiköiden toiminnanohjausjärjestelmä, HUS Tietohallinto, 2012.



KUVIO 3. Potilasvakuutuskeskuksen vuosittain keskimäärin korvaamat potilasvahingot*/100 000 asukasta** yliopistosairaanhoitopiireittäin vuosina 2007–11.

*Lähde: Potilasvakuutuskeskus, **asukasluvut vuosien 2006–10 lopussa vuoden 2012 sairaanhoitopiiriäjoilla, Tilastokeskus.

Tarkistuslistan käytön vaikuttavuus (vähentää komplikaatioita ja kuolleisuutta noin kolmanneksella) on osoitettu Halo-katsauksessa². Myös Valvira suosittaa tarkistuslistan käyttöä, ja HUS:n operatiivisen tulosyksikön johto päätti, että tarkistuslistoja käytetään tulosyksikön kaikissa leikkaussaleissa syyskuusta 2011 lähtien. Tätä ennen tarkistuslistojen käyttö oli vapaaehtoista ja vaihtelevaa, mikä on otettava huomioon tulkittaessa kuviota 2, jossa esitetään tarkistuslistojen käyttö vuonna 2011 HUS:n alueen leikkausyksiköissä.

HAVAINTO Vaikuttaviksi osoitettujen tarkistuslistojen käytön on oltava osa rutiinotoimintaa kaikissa leikkausyksiköissä.

3.3.3 Potilasvahingot

HUS:ssa hoidettujen potilaiden Potilasvakuutuskeskukseen ilmoittamista potilasvahingoista korvattiin vuonna 2011 yhteensä 299 hoitovahinkoa, mikä on vähän alle HUS:n viimeisen yhdeksän vuoden keskiarvon 324 hoitovahinkoa / vuosi. Yleisimmät korvattavat hoitovahingot olivat sattuneet lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa sekä nilkan ja jalkaterän murtumien leikkauksen ja muun hoidon yhteydessä.

Vuonna 2011 ratkaistuja korvattavia potilasvahinkoja oli Potilasvakuutuskeskuksen tilaston mukaan yhteensä

2 190, joista 321 tapauksessa (14,7 %) oli vakuutuksenottajana HUS. Potilasvakuutuskeskus teki yhteensä 7800 ratkaisua, joista n. 28 %:ssa maksettiin korvausta korvaussumman ollessa yhteensä 33 milj. €. HUS:n potilaille korvattujen potilasvahinkojen korvaussumma oli potilasta kohden keskimäärin 9 830 € (koko maassa 15 069 €). (http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/www/page/pvk_www_1532)

Kuviossa 3 esitetyn yliopistosairaanhoitopiirin välisen vertailun perusteella voidaan todeta, että HUS:ssa on korvattuja potilasvahinkoja muita yo-sairaanhoitopiirejä huomattavasti vähemmän.

3.4 Tuottavuus

Toiminnan tuottavuuteen perustuvassa arvioinnissa tarkastellaan tuotettujen palvelujen ja niiden tuottamiseen käytettyjen voimavarojen suhdetta eri tuotantoyksiköissä. Tuottavuutta voidaan mitata DRG- (Diagnosis Related Group) ryhmittelyyn perustuvan menetelmän avulla. DRG-ryhmittely on yleisin maailmalla käytetty erikoissairaanhoidon tuotteistusmenetelmä.

3.4.1 Tuottavuuden kehitys Hyksissä ja muissa sairaaloissa 2006–10

THL (aiemmin Stakes) raportoi vuosittain sairaaloiden episodituottavuuden kehityksestä. Episodi on lähellä usein käytettyä käsitettä "hoidettu potilas", ja se soveltuu paremmin sairaaloiden tuotoksen mittaamiseen kuin

² Pauniahho SL, Lepojärvi M, Peltomaa K, ym. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 2009;64(49):4249-54.

hoitajaksojen ja käyntien määrä. Tuottavuuslaskelmissa käytetään painotettuja episodeja, joissa on otettu huomioon sairauksien vaikeusaste ja episodin aikana syntyneet kustannukset.

Koko HUS:n tuottavuuden kehitys riippuu keskeisesti tuottavuuden muutoksista Hyksissä. Hyksin tuottavuuden kehitys oli vuosina 2006–10 parempi kuin muissa yliopistosairaaloissa (taulukko 1). Koska sairaanhoitopiirien väliset vertailutiedot valmistuvat noin vuoden viiveellä, ei vertailutietoja vuodelta 2011 ole vielä keväällä 2012 käytettävissä.

Hyksin hyvä tuottavuuskehitys johtuu ensisijaisesti siitä, että deflatoitu eli sairaalakustannusindeksillä korjattu kustannusten nousu oli vuosina 2006–10 Hyksissä muita yo-sairaaloita maltillisempi (Hyksissä +2 %, muissa yo-sairaaloissa +9 – +14 %).

Taulukossa 1 on vuosittaisen vertailun helpottamiseksi kaikkien yo-sairaaloiden tuottavuutta vuonna 2006 kuvattu indeksiluvulla 100. On kuitenkin syytä todeta, kuten kuviosta 4 ilmenee, että Hyksin episodituottavuus oli heikoin vuonna 2006 verrattuna muihin yliopistosairaaloihin. Vuosien 2006–10 hyvän tuottavuuskehityksen johdosta Hyks nousi yliopistollisten sairaaloiden keskinäisessä vertailussa vuoteen 2010 mennessä keskitasolle.³

³ Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2010. THL:n tilastoraportti 1/2012.

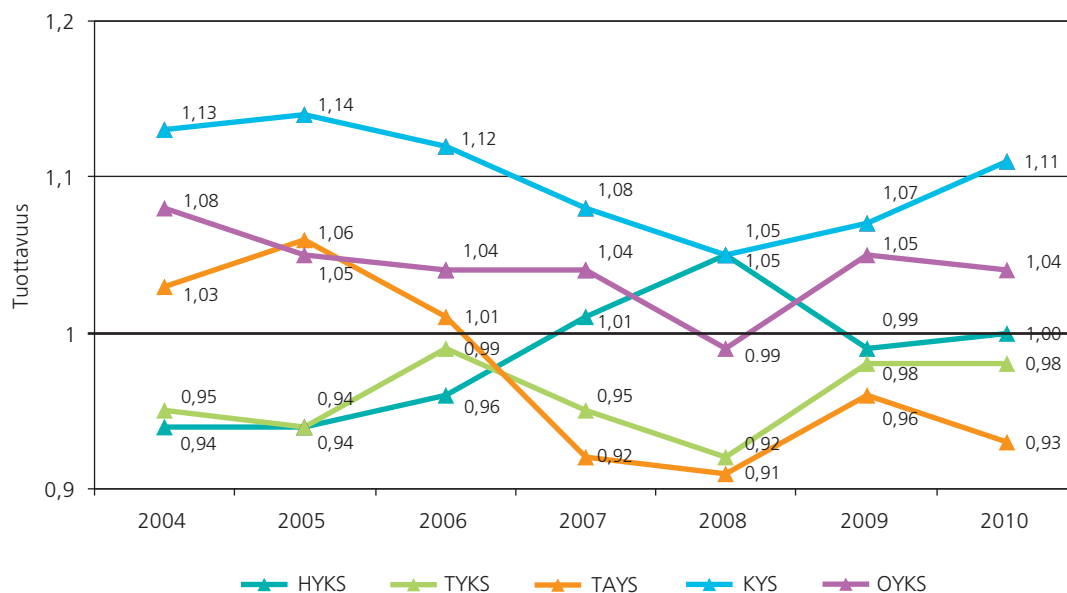
EPISODITUOTTAVUUS

| Yliopistosairaalat | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------|------|------|------|------|------|
| HYKS | 100 | 98 | 101 | 103 | 104 |
| KYS | 100 | 95 | 96 | 93 | 99 |
| OYS | 100 | 99 | 96 | 98 | 99 |
| TAYS | 100 | 95 | 97 | 95 | 94 |
| TYKS | 100 | 97 | 98 | 96 | 97 |
| Yhteensä | 100 | 97 | 98 | 98 | 100 |

TAULUKKO 1. Episodituottavuuden kehitys yliopistosairaaloissa, vuosi 2006=100.

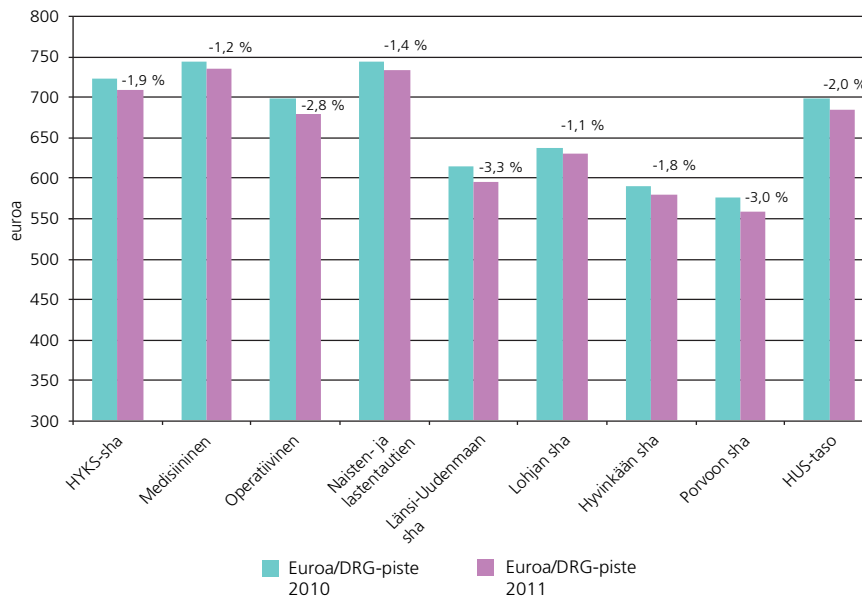
Hyvästä tuottavuuskehityksestä huolimatta Hyks oli THL:n suorittaman vertaisarvioinnin mukaan vuonna 2010 huomattavasti jäljessä Kuopion ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden tuottavuudesta. THL:n tuottavuusvertailun mukaan hoitojen keskimääräistä vaativuutta kuvaava casemix-indeksi oli vuonna 2010 Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloissa huomattavasti korkeampi kuin Hyksissä vaikuttaen tuottavuusvertailun tulokseen.

HAVAINTO Vertaisarvioinnin luotettavuuden varmistamiseksi yo-sairaaloiden ja THL:n tulee yhdessä selvittää onko ero casemix-indeksissä todellinen vai kirjaamiskäytännöistä johtuva.



KUVIO 4. Yliopistollisten sairaaloiden sijoittuminen niiden keskinäisessä episodituottavuuden* vertailussa vuosina 2004–10. Yo-sairaaloiden tuottavuus keskimäärin kunakin vuonna = 1.

*Kukin vuosi muodostuu erillisistä Stakesin/THL:n vuosittain julkaisemista poikkileikkaustiedoista; menetelmä vaihtunut välillä. Lähteet: Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2010, THL:n tilastoraportti 1/2012, ja J. Lauharanta, Hyks 2012.



KUVIO 5. Somaattisen erikoissairaanhoidon kokonaistuottavuus ja sen muutos (%) sairaanhoitoalueilla ja Hyksin tulosyksiköissä 2010–11. Deflatoitu*, laskeva DRG-pisteen hinta = paraneva tuottavuus.

*2010 luvut deflatoitu sairaalakustannusindeksillä (kerroin 1,035). Lähteet: Sairaanhoitoalueet TPTK, Hyksin tulosyksiköt J. Lauharanta.

Kun DRG-pisteen laskennalliset kustannukset somaattisilla erikoisaloilla olivat 2010 Hyksissä 669 € ja KYS:ssä 594 €⁴, merkitsee tämä melkoista tuottavuuden kehittämishaastetta Hyksille.

3.4.2 Tuottavuuden kehitys HUS:ssa vuonna 2011

HUS:ssa tuottavuuden kehittymistä mitataan somaattisen palvelutuotannon osalta henkilötyön tuottavuudella (DRG-pisteet/henkilötyövuosi) ja kokonaistuottavuudella (kustannukset/DRG-piste). Psykiatrian tulosyksikkö ei vuonna 2011 käyttänyt tuotteistukseen DRG-ryhmittelyä. HUS:n oma tuottavuusseuranta antaa tietoa tuottavuuden kehityksestä kuukausittain, jolloin tietoa voidaan käyttää toiminnan ohjauksessa ja johtamisessa.

HUS:n sairaanhoitoalueiden välisessä vertailussa tuottavuus oli vuonna 2011 heikoin Hyks-sairaanhoitoalueella. Siihen vaikuttavat esim. Hyksiin kohdistuvat opetuksen ja tutkimuksen menot (joita valtio ei täysin korvaa), sekä päivystysvalmiuden ja valtakunnallisten vaativan erityistason tehtävien hoitamisesta johtuvat menot. Porvoon ja Hyvinkään sairaanhoitoalueet olivat tuottavuudeltaan parhaat vuonna 2011 (kuvio 5) ja Hyksin tulosyksiköistä tuottavuus oli paras operatiivisessa tulosyksikössä. Kun verrataan vuoden 2011 tuottavuuslukuja vuoden 2010 sairaalakustannusindeksillä korjattuihin tuottavuuslukuihin, nähdään, että tuottavuus parani kaikilla sairaanhoitoalueilla ja kaikissa Hyksin tulosyksiköissä.

THL:n viimeisimmässä valtakunnallisessa tuottavuusvertailussa vuodelta 2010 Hyvinkään sairaala on toimintansa laajuuden vuoksi sijoitettu keskussairaaloiden ryhmään, jossa se sijoittui ryhmän kärkeen.

HAVAINTO HUS:n sairaanhoitoalueiden tuottavuus on kehittynyt hyvin viime vuosina. Siitä huolimatta Hyks on tuottavuudeltaan vielä jäljessä kahdesta muusta yliopistosairaalaasta ja vertaisarvioinnin tulosten mukaan HUS:n muillakin sairaanhoitoalueilla on (Hyvinkään sairaalaa lukuun ottamatta) parantamisen varaa, jotta ne saavuttaisivat vertaisarvioinnissa maan tuottavimmat sairaalat.

HAVAINTO HUS:n tulee valmistella siirtymistä yhteiseen DRG-tuotteiden hinnoitteluun, joka yhdessä koko HUS-alueen kattavan ja nykyistä määrätietoisemmän potilasohjauksen kanssa ohjaisi toimintaa tuottavimpiin yksiköihin. Tämä johtaisi vähitellen heikoimman tuottavuuden (ja suoritehinnoitlaan kalleimpien) yksiköiden osalta joko tuottavuuden parantumiseen tai vähittäiseen näivettymiseen kilpailukyvyttöminä. Edellä kuvatun skenaarion mukaisen kehityksen esteenä voi kuitenkin olla se, että monet jäsenkunnat ovat tottuneet hoidattamaan potilaat ”omassa” sairaalassa sen tuottavuudesta ja kustannustasosta riippumatta. Toinen ongelma on

4 Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2010. THL:n tilastoraportti 1/2012.

se, että jäsenkuntien ja potilaiden saatavilla ei ole riittävästi tietoa hoitopäätöksiin ja hoidon laadusta HUS:n eri sairaaloissa.

3.4.3 Mistä hyvä tuottavuuskehitys johtuu?

Myönteistä tuottavuuskehitystä on edesauttanut se, että HUS on vastannut väestöltään nopeasti kasvavasta alueesta, mutta voimavaroja ei ole lisätty väestönkasvun ja kasvavan palvelutarpeen suhteessa. Kun lisäksi työnjakoa on kehitetty, on HUS:n ja Hyksin perustamisen aikana todettu yliresursointi ja toiminnan päällekkäisyydet pääosin saatu purettua, ja henkilöstö- ym. voimavaroja käytetään vuosi vuodelta tehokkaammin. HUS:n perustamiselle asetettujen tavoitteiden toteutumassa.

HUS:n hyvän tuottavuuskehityksen selittää suurelta osin Hyksin tuottavuuden kehitys. Hyksissä on toteutettu määrätietoista tuottavuusohjelmaa vuodesta 2009 alkaen. Tuottavuuden kehittämisen keskeisiä osatekijöitä ovat olleet⁵

- prosessien sujuvuuden parantaminen
- henkilötyön tuottavuuden lisäys
- kapasiteetin ja tilankäytön tehostaminen
- päällekkäisyyksien poistaminen ja keskittäminen
- uudet toimintatavat ja innovaatiot

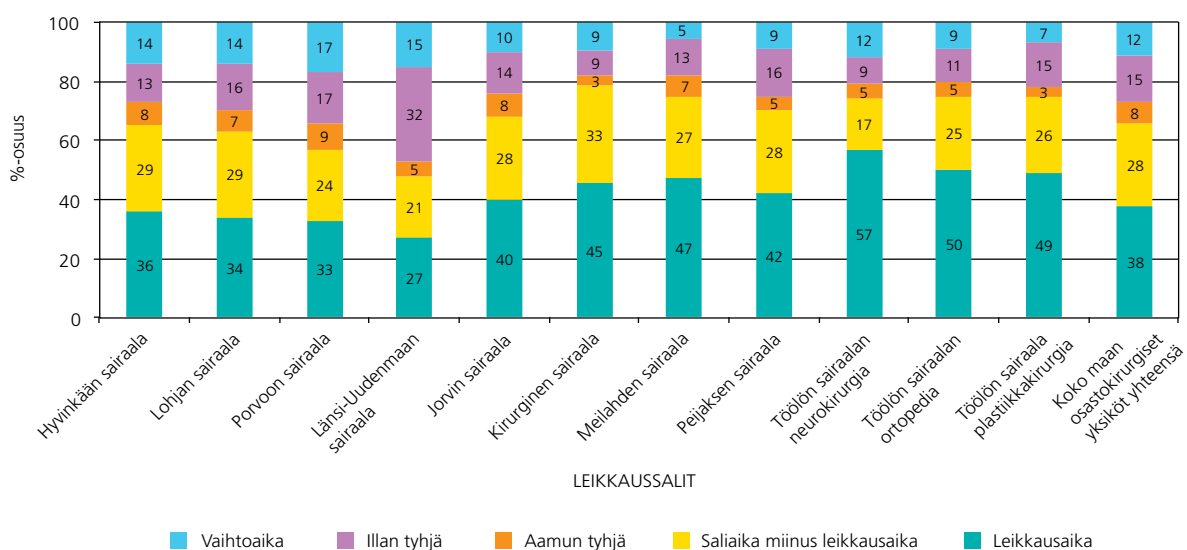
5 Valtiovarainministeriö: Toimintaympäristö muuttuu – Keinoja kuntien ja kuntayhtymien tuottavuuden parantamiseksi, 2011.

HAVAINTO Hyksin tuottavuus alkoi nousta merkittävästi vasta sen jälkeen, kun Hyksin sairaanhoitoalue perustettiin vuonna 2006 ja ryhdyttiin määrätietoisemmin kehittämään sairaaloiden välistä työnjakoa ja vähentämään ylikapasiteettia HUS:n perustamisvaiheessa asetettujen tavoitteiden mukaisesti. HUS:n tuottavuutta voidaan edelleen kehittää käyttämällä Hyksin tuottavuusohjelmassa koeteltua keinovalikoimaa järjestelmällisemmin koko organisaatiossa.

3.4.4 Leikkausyksiköiden käyttöaste

Leikkaussalit ovat yksi yliopistollisen sairaalan kriittisistä resursseista, ja siksi niiden käyttöastetta on pyrittävä mittaamaan ja tehostamaan. Intensium on yli 20 sairaalan muodostama konsortio, joka kerää tietoja mm. leikkaussalien käytöstä Suomessa. Konsortiossa on mukana yliopistosairaaloista kaikki muut paitsi TYKS. Kaikki HUS:n sairaalat ovat olleet mukana konsortiossa vuodesta 2011 lähtien, ja HUS:n leikkaussalien saliaikoja voidaan siten verrata koko maan lähes täydellisestä aineistosta saatuaan vertailutietoon.

Leikkaussalien saliaikoja virka-aikana voidaan vertailla sairaaloiden ja sairaanhoitoalueiden kesken katsomalla kuvion 6 varsinaista leikkausaikaa (aika toimenpiteen alusta toimenpiteen loppuun) (vihreä) ja saliaikaa miinus leikkausaika (nukutukseen tai puudutukseen ja muuhun leikkauksen valmisteluun sekä leikkauksen lopussa tapahtuvaan herättelyyn ja haavan peittelyyn kuuluva aika) (keltainen).



KUVIO 6. HUS:n osastokirurgisten leikkausyksiköiden saliaikojen käytön jakauma virka-aikana arkipäivisin vuonna 2011 verrattuna koko maan osastokirurgisiin yksiköihin yhteensä.

Lähde: Grönholm P, HUS Tietohallinto, Opera leikkausyksiköiden toiminnanohjausjärjestelmä 2012.

Leikkausyksiköiden saliaikatiedot osoittavat, että Hyksin sairaanhoitoalueet pärjäävät valtakunnallisessa vertailussa hyvin. Varsinainen leikkausajan osuus koko saliajasta on Suomen osastokirurgisissa yksiköissä keskimäärin n. 66 %. Vastaava luku Hyksin leikkausyksiköissä vaihtelee välillä 68–78 %. HUS:n muiden sairaanhoitoalueiden vastaavat prosentit vaihtelevat välillä 48–65 %.

Leikkaussaleissa tehtävien toimenpiteiden kestoajat vaikuttavat käyttöasteeseen; vihreän osuus on sitä suurempi mitä pitempiä leikkauksia kyseisessä yksikössä tehdään, ja vihreän osuus on sitä pienempi mitä useampia vaihtoja leikkausten välillä tehdään. Koska kuvion 6 pylväät muodostuvat kukin useamman leikkaussalin aineistoista, tulokset osoittavat karkealla tasolla varsin luotettavasti leikkaussalien saliaikojen eroja. Tuloksia analysoitaessa on muistettava leikkausyksiköiden erilaiset profiilit ja potilastapaukset.

Vaihto aika (alkaa kun edellinen potilas poistuu salista ja loppuu kun seuraava potilas saapuu saliin) (sininen) on koko maan leikkausyksiköissä keskimäärin 12 %. Hyksin sairaanhoitoalueen leikkausyksiköistä kaikki pääsevät vähintään samaan (5–12 %). Muilla HUS:n sairaanhoitoalueilla vaihto aika vaihtelee 14–17 % välillä. Tavoitteena on, että aamulla tyhjinä olevien (aika hoitajien työajan alkamisesta siihen, kun ensimmäinen potilas saapuu saliin) (oranssi) leikkaussalien osuus olisi alle 5 % ja illalla tyhjinä olevien (aika viimeisen potilaan salista poistumisen ja hoitajien työajan loppumisen välillä) (violetti) leikkaussalien osuus lähempänä 10 %.

HAVAINTO Leikkausyksiköiden toimintaa tulee kehittää HUS-tasoisesti siten, että leikkausyksiköiden käyttöaste nousee ja samalla kiinnitetään erityisesti huomiota työvoiman tuottavaan käyttöön. Erityisesti tulee suunnitella joustavien työaikojen hyödyntämistä siten, että sekä aamujen että iltapäivien tyhjä leikkaussaliajat tulevat paremmin käyttöön.

3.5 Palvelujen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

Toiminnan tuottavuuteen perustuva arviointi ei riitä, sillä se keskittyy palvelujen tuottamisen määrään, mutta ei siihen, kuinka paljon erikoissairaanhoito tuottaa terveyttä tai hyvinvointia. Tuottavuuden mittaamisen lisäksi tarvitaan tietoa hoidon vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta.

3.5.1 Elämänlaatumittaukset erikoissairaanhoidon kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa

Vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimusta on tehty HUS:n omana toimintana kymmenen vuoden ajan.

Sinä aikana on luotu malli, jonka avulla vaikuttavuustietoa voidaan kerätä yhtenäisellä mittarilla siten, että vertailu eri erikoisalojen kesken on mahdollista. Vaikuttavuuden arviointi perustuu potilaiden itsensä antamaan arvioon terveyteen liittyvästä elämänlaadusta yleisellä, ei sairauskohtaisella 15D-kyselylomakkeella ennen hoitoa ja 3–24 kuukauden kuluttua hoidon päättymisen jälkeen.

Tämä mahdollistaa hoidon lopputuloksen ilmaisemisen laatupainotettujen lisäelinvuosien avulla, jolloin vaikuttavuuden vertailua voidaan tehdä esimerkiksi terveysongelmien ja sairaanhoitopiirien välillä. Laatupainotetuissa lisäelinvuosissa huomioidaan sekä elämän pituus että laatu. Esimerkkinä tällaisesta vertailusta on kuviossa 7 esitetty tulos erilaisten toimenpiteiden tai hoitojen tuottaman laatupainotetun elinvuoden hinnasta HUS:ssa tehtyjen tutkimusten perusteella. Lähtökohtana on ollut ns. arkivaikeuttavuuden mittaaminen ilman, että arvioinnin kohdetta olisi rajattu tiettyyn potilasryhmään. Pääosin tähän asti kerättyä tietoa on hyödynnetty tieteellisissä julkaisuissa.

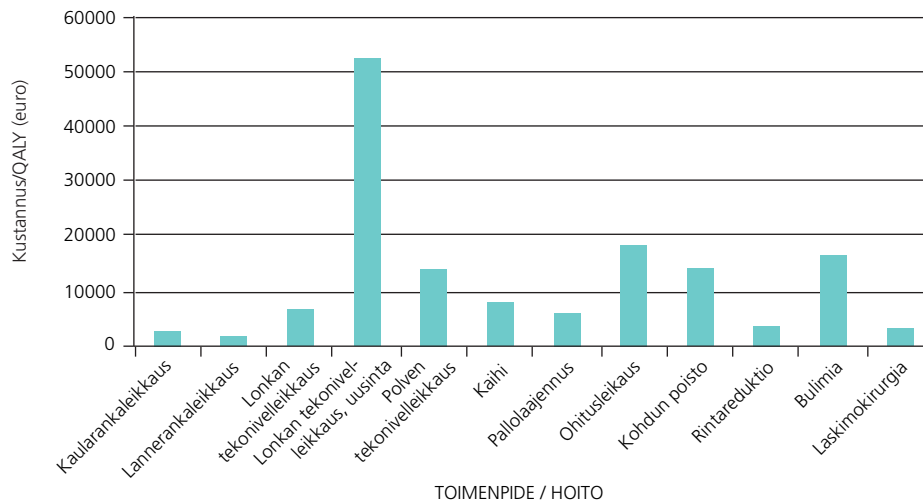
HUS:n kaltaisessa isossa organisaatiossa järjestelmällinen ja jatkuva toiminnan vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi tulee keskittää siten, että käytössä on yhtenäiset mittarit ja menetelmät vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi ja päällekkäisten kehittämis- tai tutkimustoimien välttämiseksi. Tulosten hyödyntäminen palvelutuotannossa edellyttää klinikoiden, tutkijoiden, hallinnon ja tietotekniikan asiantuntijoiden yhteistyötä.

HAVAINTO Potilaslähtöisen, vaikuttavan ja oikea-aikaisen erikoissairaanhoidon toteutumisen arviointiin tarvitaan mittareiden kehittämistä ja soveltamista hoitokäytäntöihin. Näin voidaan varmistaa, että HUS:ssa käytetään vain menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä.

Terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuutta, turvallisuutta ja kustannuksia arvioidaan maanlaajuisesti erikoissairaanhoitopiirien ja THL/Finohtan yhteishankkeessa ns. Halo-ohjelmassa (<http://finohta.stakes.fi/FI/halo/katsaukset/index.htm>). Halo-katsauksia on valmistunut 35 kpl ja HUS:n edustaja on ollut mukana 77 %:ssa. Suositusten vaikutusta menetelmien käyttöön vuosina 2006–2010 HUS:ssa ja TYKS:ssä arvioidaan vuonna 2012.

Esimerkiksi kaihekirurgian vaikuttavuutta on tutkittu HUS:ssa edellä kuvatussa hankkeessa⁶. Tuloksen mukaan noin 41 % kaihipotilaista koki terveyteen liittyvän elämänlaatunsa parantuneen kaiheleikkauksen jälkeen. Vuonna 2011 palvelusetelihankeessa tehdyn selvityksen mukaan 93 % potilaista ilmoitti elämänlaatunsa parantuneen kaihi-

⁶ Räsänen P, Krootila K, Sintonen H, et al. Cost-utility of routine cataract surgery. Health and Quality of Life Outcomes 2006 Sep 29;4(1):74.



KUVIO 7. HUS:n erilaisten toimenpiteiden tai hoitojen kustannusvaikuttavuus vuosina 2002–10 tehtyjen tutkimusten mukaan. Vaikuttavuus on ilmaistu laatuainotettuina lisäelinvuosina (QALY) ja kustannukset ovat erikoissairaanhoidon suoria kustannuksia.

Lähde: Roine RP, HUS tutkimus- ja kehittämistoiminta, 2012.

leikkauksen jälkeen. Tulosten välillä on suuri ero, jonka mahdollisia syitä tulisi selvittää. Vuonna 2011 Falck ym. julkaisivat havaintonsa, jonka mukaan joka kolmas Suomessa kaihileikkaukseen tuleva potilas ei täytä kiireettömän leikkaushoidon kriteereitä⁷. Edellä mainittujen ristiriitaisten tutkimustulosten vuoksi on tärkeää arvioida HUS:n kaihileikkauksen indikaatioasettelua, vaikuttavuutta ja kustannuksia uudella otoksella ja varmistaa hoidon vaikuttavuus.

HAVAINTO Hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa tulee käyttää tieteellisesti valideja menetelmiä ja mittareita, jotka mahdollistavat eri erikoisalojen ja potilasryhmien välisen vertailun.

3.5.2 Aivoverenkiertohäiriöiden hoito esimerkkinä uudesta ja vaikuttavasta innovaatiosta

Suomessa noin 11 500 henkilöä saa aivoverenkiertohäiriön (AVH) vuosittain⁸. Terveydenhuollon kokonaisuudesta aivohalvauksen saaneiden potilaiden osuus on n. 7 %. Aivoinfarktipotilaiden yhden vuoden kuolleisuus on vähentynyt vuosina 1999–2008 29 %:sta 25 %:in ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarve on vähentynyt⁹.

Noin kolmasosa aivoinfarktipotilaista soveltuu tehokaimmaksi todettuun liuotushoittoon, jota HUS:ssa teh-

dään Meilahdessa neurologian päivystyksessä. Vuonna 2011 Hyksiin tulleista aivoinfarktipotilaista sai liuotushoidon 31 %. Se on 16 % kaikista koko HUS:n alueen aivoinfarktipotilaista ollen korkein alueellinen julkaistu prosenttiosuus (USA:ssa ja Ruotsissa 4 %, Pohjois-Saksassa 12 %) ¹⁰. Tämä prosenttiosuus voitaisiin kaksinkertaistaa jos omaiset, ensihoitohenkilöstö ja muu terveydenhuollon henkilöstö tunnistaisivat nopeasti AVH:n oireet ja hoidon tarpeen kiireellisyyden (ks. lisää AK:n etu- ja takakansi).

Aivoinfarktin kansainväliset hoitosuosituksot ohjeistavat hyödyntämään telelääketieteen keinoja aivohalvauksen hoidossa. Aivohalvauksen telelääketieteellisten konsultatioiden, ns. telestroke-järjestelmän avulla potilas voidaan tutkia ja hoitaa luotettavasti mukaan lukien liuotushoito. Järjestelmässä on videoyhteys Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikan ja hoitavan yksikön välillä. Hoitopäätösten tekeminen telestroke-järjestelmän kautta ei suuresti eroa paikan päällä tehdyistä. Hyksin neurologian klinikka tekee yhteistyötä seitsemän sairaalan kanssa aivoinfarktien diagnostisoinnissa telestroke-järjestelmän keinoin ja toiminta on laajenemassa vuoden 2012 aikana.¹¹

HAVAINTO Aivoverenkiertohäiriöiden hoitamiseksi luotua toimintamallia tulee hyödyntää paremmin sekä HUS:n että koko valtakunnan alueella.

7 Falck A, Rintala T, Virtanen P, ym. Joka kolmas kaihileikkaukseen odottavista ei täytä kiireettömän leikkaushoidon kriteerejä. Suomen Lääkärilehti 2011;66:173-6. 2011.

8 Meretoja A. Aivohalvaus – kallis kansansairautemme. Duodecim 2012;128:139-46.

9 Meretoja PERFECT Stroke, Performance, Effectiveness, and Costs of treatment episodes in Stroke. Doctoral Dissertation, Department of Neurology, Helsinki University Central Hospital, University of Helsinki 2011.

10 Meretoja A, Strbian D, Mustanoja S, et al. Reducing in-hospital delays to 30 minutes in stroke thrombolysis. Neurology 2012; In Press.

11 Sairanen T, Soinila S, Nikkanen M, et al. for the Finnish Telestroke Task Force. Two years of Finnish Telestroke – Thrombolysis at spokes equal to that at the hub. Neurology 2011;76:1145-52.

4 Strateginen päämäärä 2: korkeatasoinen tutkimus ja opetus HUS:ssa

4.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta

| AVAINAVOITE 2013 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO AVAINAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA |
|---|--|
| <p>1. Sairaanhoidopiirissä tehdään korkeatasoista ja jatkuvasti kehittyvää, kaikki tärkeimmät HUS:n toiminta-alueet kattavaa tutkimusta yhteistyössä Helsingin yliopiston ja muiden korkeakoulujen kanssa.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • julkaisujen HI –indeksi • vaikuttavuus- ja järjestelmätutkimuksen kehittyminen | <p>TPTK:ssa ei ole esitetty Hirsch-indeksin tavoitearvon (105) toteutumista. ○ ● ○</p> <p>Monessa asiassa on kuitenkin edetty tavoitteen suuntaan, esim.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EVO- pistein arvioitu HUS:n tutkimustuotos pysyi kasvussa, ja vertaisarviointia käyttävissä lääketieteellisissä lehdissä julkaistaan vuosittain n. 1700 artikkelia • Selkeitä toimenpiteitä on tehty sen suuntaisesti, että tutkimus johtaisi parantuneeseen diagnostiikkaan ja hoitoon • Opinnäytetöitä on tehty aiempaa enemmän • Apurahahakemusten laatimisen avustamiseen on varattu yhden henkilön työpanos • Selvitys tutkimuksen vaikuttavuudesta palvelutuotantoon käynnistettiin, mutta raportin valmistuminen on viivästynyt vuodelle 2012 • Vaikuttavuus – ja järjestelmätutkimuksen määrää ei arvioitu, mutta toimintaedellytyksiä parannettiin esim. siirtämällä vaikuttavuustutkimus kehittämissyhmään |
| <p>2. HUS:n puitteissa annetaan korkeatasoista, terveydenhuollon tarpeita hyvin vastaavaa perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille yhteistyössä Helsingin yliopiston, lääketieteellisen tiedekunnan ja muiden oppilaitosten kanssa.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • HUS:n ohjausmahdollisuus päätettäessä erikoislääkärien ja hoitohenkilöstön koulutusmääristä ja koulutuksen sisällöstä • terveysalan opiskelijoiden tyytyväisyys kliinisen harjoittelun laatuun | <p>Kehitystä tavoitteiden suuntaan on tapahtunut: ○ ○ ●</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opetustoiminnan järjestämistä on kehitetty • Yhteistyöverkosto ammattikorkeakoulujen kanssa koulutuksen sisällön ja määrien arvioimiseksi perustettiin • Terveysalan opiskelijat arvioivat kliinisen harjoittelun laatua CLES-mittarilla ja keskiarvo 8,38 (asteikolla 0-10) oli parempi kuin vuonna 2010 |

* Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu, keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa, punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.

Vuotta 2011 koskevia tutkimuksen tuloksia raportoitiin melko kattavasti TPTK:ssa. Julkaisuja, joissa on kirjoittajana HUS:n työntekijä tai aineistona HUS:n potilaat ei löydy kootusti. Ao. taulukossa 2 olevat vuoden 2011 tutkimus- ja kehittämishankkeet on poimittu Tietu-järjestelmästä, joka on tarkoitettu tieteellisen tutkimuksen hallintaan, käsittelyyn ja tilastointiin. Vuonna 2011 aloitettuja tutkimuksista ja kehittämishankkeista 74 % oli kliinistä tutkimusta, 22 % perustutkimusta ja 4 % järjestelmätutkimusta.

HAVAINTO HUS:ssa tehtyjen tutkimusjulkaisujen (myös muiden kuin lääketieteellisten) rekisteröintiä tulee kehittää siten, että tutkimusten tulokset ovat helposti saatavissa (esim. erikoisaloittain), hyödynnettävissä ja luokiteltavissa.

| Hankeryhmä | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Biolääketieteellinen | 369 | 369 | 313 | 321 | 333 | 324 | 338 |
| Hoitotieteellinen tutkimus | 7 | 7 | 6 | 3 | 7 | 8 | 13 |
| Muu tieteellinen tutkimus | 14 | 14 | 17 | 18 | 6 | 9 | 11 |
| Toiminnankehittämishanke | 19 | 26 | 29 | 23 | 23 | 19 | 25 |
| Opinnäytetyö | 126 | 105 | 89 | 69 | 68 | 118 | 158 |
| Muu luvanvarainen tutkimus / testaus, kehitys tms | 7 | 6 | 5 | 5 | 2 | 6 | 7 |
| Yhteensä | 542 | 527 | 459 | 439 | 439 | 484 | 552 |

TAULUKKO 2. Vuosina 2005–11 alkaneet tutkimus- ja kehittämishankkeet HUS:ssa.

Lähde: Kovanen T, HUS Tutkimusjohto, 2012.

5 Strateginen päämäärä 3: moniammatillista asiantuntijayhteisöä kannustava ja arvostava johtaminen

5.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta

| AVAINTAVOITE 2013 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO AVAINTAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA |
|--|--|
| <p>1. HUS:ssa johtaminen on tietoon perustuvaa, kannustavaa ja osallistavaa.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● esimiesindeksi (TOB) ● ToTal- järjestelmän käyttö ja aktiivinen hyödyntäminen toiminnassa ● palkitsemisjärjestelmä | <p>Myönteistä kehitystä tapahtui mm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● työolobarometrin (TOB) esimiesindeksissä ○ ● johtamiskoulutusohjelman uudistamisessa ● ● HUS-ToTal-portaalin (HUS:n tietovarantoihin perustuva johtaminen ja tiedonvaihto jäsenkuntien kanssa) kehittämisessä ja käyttöönotossa ○ ● uudistetun palkitsemisjärjestelmän käyttöönotossa <p>Kehitettävää todettiin mm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● suurten rakenne- ym. muutosten valmistelussa (esim. koko henkilöstön sitouttaminen psykiatrian rakennemuutoksen toteutukseen, ja Meilahden tornisairaalan remontista johtuvan väistö- operaation suunnittelu ja johtaminen) ● työtyytyväisyydessä, jossa oli merkittävää vaihtelua yksiköitten ja ammattiryhmien välillä ● kehityskeskustelujen käymisessä sekä niiden ohjeistuksessa ja tietoteknisessä tuessa |

* Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu, keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa, punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.

HAVAINTO Tulospalkkioiden maksamisen perusteiden tulee olla nykyistä enemmän HUS:n kokonaistulokseen perustuvia. Tulospalkkion perusteiden pitää kannustaa kustannusäästöihin, eivätkä ne saa kannustaa osaoptimointiin.

6 Strateginen päämäärä 4: alan vetovoimaisin monien mahdollisuuksien työpaikka

6.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta

| AVAINAVOITE 2013 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO AVAINAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA |
|---|---|
| <p>1. HUS:n sairaaloissa ja muissa toimintayksiköissä on oma osaava, motivoitunut ja pysyvä henkilöstö.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● vakinaisen henkilökunnan osuus HUS:n palvelussuhteessa olevasta henkilöstöstä ● vuokratyövoiman määrä ● uramallit ● täydennyskoulutus | <p>Myönteistä kehitystä tapahtui mm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● täydennyskoulutuksen määrä vastasi kuntien sosiaali- ja terveyshuollon keskimääräistä tasoa työntekijää kohti ● perehdyttämis- ja lähtökyselyiden käynnistäminen ● kuntatyönantajien työnhakujärjestelmän (Kuntarekryn) käyttöönotto <p>Kehitettävää todettiin mm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● vakinaisen henkilöstön tavoitearvoa (vähintään 80.1 %) ei saavutettu, toteuma oli 78,6%. ● vuokratyövoiman vähentämistavoite ei toteutunut, vaan pysyi edellisen vuoden tasolla (225 htv). ● TOB ja perehdyttämiskyselyt osoittivat puutteita etenkin perehdyttämisessä (mm. erikoistuvien lääkärien kohdalla), kehityskeskustelujen käymisessä ja esimiestyössä. ● työvoiman rekrytoinnissa oli ongelmia eräillä aloilla sekä hoitohenkilöstön (mm. leikkaussalit) että lääkäreiden (psykiatrit, radiologit, silmälääkärit) osalta. |

* Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu, keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa, punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.

Avaintavoitteiden saavuttamisen lisäksi tarkastuslautakunta arvioi HUS:n vetovoimaisuutta työpaikkana, henkilöstön määrän kasvua ja sivutoimi-ilmoitusten rekisteröintiä ja seuranta.

6.2 HUS:n vetovoimaisuus työnantajana

Yksi henkilöstöä koskeva tavoite oli vuonna 2011 että HUS on alan vetovoimaisin työpaikka. Yksityisen sektorin vetovoimaa on lisännyt erityisesti se, että se pystyy usein

tarjoamaan suurempaa joustavuutta työaikojen suhteen kuin HUS. Vuonna 2011 HUS:n henkilöstöstä osa-aikaisia oli 11 %. Vuonna 2011 päivitettyissä liukuvan työajan ohjeissa lisättiin aamu- ja iltaliukumaa. Joustavuutta lisättiin myös uusissa etätyöohjeissa, jotka hyväksyttiin vuoden 2012 alussa.

Toukokuussa 2011 tehdyn lääkäreiden työnantajamielikuvatutkimuksen (vastausprosentti 12) tulosten mukaan HUS oli selvästi tunnetuin työnantaja, mutta eräät suurimmat yksityiset terveysalan yritykset koettiin yhtä houkutteleviksi ja kiinnostaviksi työnantajiksi kuin HUS. Mielikuvat HUS:sta olivat monessa suhteessa varsin kiel-

teisiä (esim. johtaminen, työilmapiiri, hoitohenkilöstön riittävyys, työsuhte-edut, työnantajan joustavuus perheen/työn suhteen ja maine palkanmaksajana).¹²

HAVAINTO Nykyistä laajempi osa-aikatyön ja muiden työaikajousteiden mahdollistaminen on yksi kriittisistä tekijöistä työvoiman rekrytoinnin ja työssä pysymisen kannalta, ja niiden mahdollisuuksia on tarpeellista selvittää.

Vakituisen henkilökunnan lähtövaihtuvuus vuonna 2011 oli 6,7 % (2010 vastaavasti 5,8 %). Eniten lisääntyi irtisanoutuneiden määrä, joka oli 679 (93 enemmän kuin vuonna 2010). Irtisanoutuminen oli lähdön syynä noin 50 %:lla lähtökyselyyn vastanneista (Kuvio 8). HUS:sta lähdön jälkeen uusi työnantaja on useimmiten toinen kunta tai kuntayhtymä (38 %) tai yksityinen sektori (28 %). (Lähtökyselyt 2011)

Lähtökyselyissä ilmeni tyytymättömyyttä etenkin mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan työhön, työmäärään ja palkitsemiseen hyvistä tuloksista. Kysyttäessä ”suositteletko HUS:a työpaikaksi ystävällesi tai tuttavallisi” vain 59 % lähtökyselyyn vastanneista vastasi ”kyllä” (28 % ”ehkä” ja 13 % ”en”). Asenteet muuttuvat työvuosien mukana; uusien työntekijöiden perehdytyskyselyssä 65 % vastasi ”kyllä” mutta lähtökyselyssä vain 55 % (Keijonen P. 19.1.2012).

¹² Mediutiset, Lääkäreiden Työnantajamielikuvatutkimus, HUS Yhteenvetoraportti, 8.6.2011.

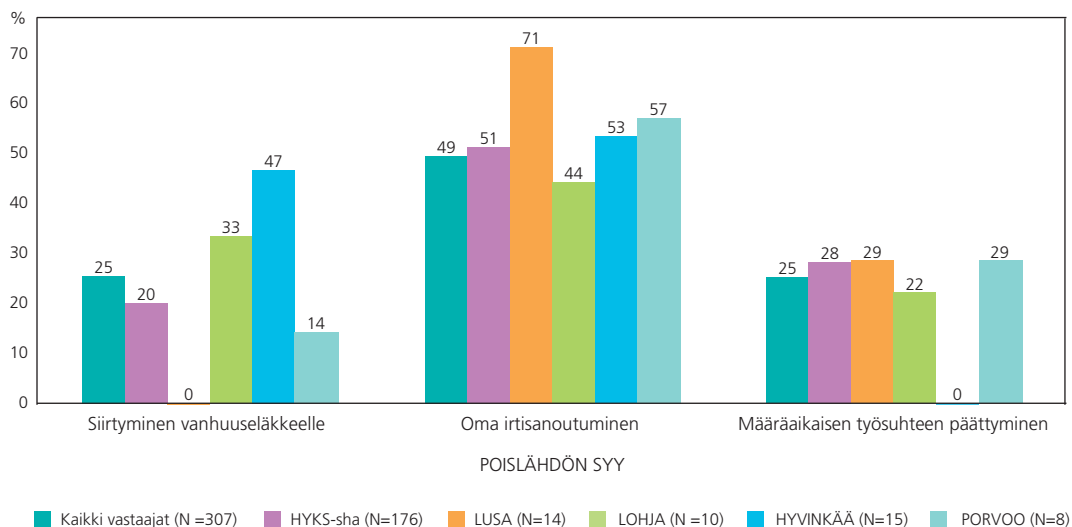
6.3 Henkilöstömäärän kehitys

HUS:n henkilöstö yhteensä ylittyi talousarvioon 2011 verrattuna 133 henkilöllä, ja työpanos 297 henkilötyövuotta (htv) mikä on 1,8 % enemmän kuin talousarviossa. Lääkäreiden htv:n määrä ylitti suunnitelman 4,3 % (92 htv). TPTK:ssa ja henkilöstökertomuksessa viitataan eräisiin syihin (esim. hoitotakuuvelvoitteiden täyttämiseksi tehty ylityöt ja digisanelujen purkamiseksi tehty hätätyö), mutta TPTK ei anna kattavaa selvitystä henkilöstömäärän ja -työvuosien kasvun syistä ja kohdentumisesta eri tehtävälueille.

HAVAINTO HUS:n tulee laatia selkeät pelisäännöt talousarviovuoden aikana käsiteltävien, talousarvioon sisällyttämättömien lisävirkojen ja – tehtävien osalta (mm. niiden perustelut, hyväksymisprosessi ja raportointi), jotta henkilöstömenojen kasvuun voidaan puuttua nopeasti talousarviovuoden kuluessa.

HUS:n henkilöstön muualla kuin HUS:ssa tekemää työtä ei pystytä arvioimaan, sillä sivutoimi-ilmoituksia ja sivutoimilupia ei rekisteröidä järjestelmällisesti.

HAVAINTO Sivutoimi-ilmoitus/lupakäytäntöä tulee muuttaa siten, että ilmoitukset kootaan yhteen. Ilmoitus/lupahakemus sivutoimesta – lomaketta tulee täydentää siten, että siitä käy ilmi myös hallitusjäsenyydet ja omistukset eli taloudelliset sidonnaisuudet.



KUVIO 8. Poislähdön syyt sairaanhoitoalueittain 2011 (% lähtökyselyyn vastanneista).

Lähde: 2011 lähtökyselyt.

7 Strateginen päämäärä 5: toimintatapojen ja rakenteiden jatkuva parantaminen

7.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta

| AVAINAVOITE 2013 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO AVAINAVOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA |
|--|--|
| <p>1. Prosessien ja palveluketjujen jatkuva parantaminen.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • vahvistettujen geneeristen osaprosessien määrä ja käyttöönottojen toteuma • kotiutusprosessi: siirtoviivepäivät, muut kotiutusprosessin mittarit • muiden prosessien ja palveluketjujen kehittyminen | <p>Geneeristen prosessien kuvaukset ovat valmistuneet. Niiden kuten myös palveluketjujen julkaiseminen ekstranetissä on siirtynyt vuoteen 2012. ○ ● ○</p> <p>Siirtoviivemaksu muutettiin 1.7.2011 alkaen siten, että laskutus tapahtuu aiheuttamisperiaatteen mukaisesti potilaan jäsenkunnalle. Kuitenkin maksuttomat "karenssipäivät" (2011 siirtoilmoitusta seuraavat kolme päivää somaattisilla erikoisaloilla ja 21 päivää psykiatriassa) ovat antaneet kunnille mahdollisuuden viivyttaa potilaiden jatkohoitoon siirtämistä maksuttomien "karenssipäivien" verran. Karenssipäivien maksajina ovat kaikki kunnat, eikä laskutus tapahdu aiheuttamisperiaatteen mukaisesti. Siirtoviivepäivien tavoitearvoa (0 päivää) ei saavutettu. TPTK:ssa kuvataan vuoden 2011 siirtoviivepäivät kunnittain.</p> <p>Uusi siirtoviivemaksu ei riittävästi kannusta jäsenkuntia jatkohoidon nopeaan järjestämiseen. Siirtoviivepäiviä oli (Navitas-siirtoportaalin siirtoviiveraportin mukaan) vuonna 2011 yhteensä n. 36 000 päivää (sisältäen myös karenssipäivät ja viikonloput), mikä vastaa yli kolmea 30-paikkaista vuodeosastoa.</p> |
| <p>2. Koko sairaanhoitopiirin voimavaroja hyödynnetään tehokkaasti. On käyttöön otettu systemaattinen toimintamalli, jolla työnjaosta ja yhteistyöstä HUS:n eri yksiköiden, jäsenkuntien terveyskeskusten ja erityisvastuualueen kanssa sovitaan ja sitä toteutetaan.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> • tuotannonohjaus ja resurssien käytön ennakointi ja suunnittelu on systematisoitu koko piirissä • kysyntä ja tarjonta on hallitusti tasapainossa. | <p>Tuotannonohjauksen toimintamallin määrittelytyö on TPTK:n mukaan valmis. ○ ● ○</p> <p>Kysynnän ja tarjonnan hallitun tasapainon saavuttamiseksi tehtävät toimenpiteet on siirretty vuodelle 2012.</p> <p>Ks. kohta 7.2.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>3. Tukipalveluiden toimintatavat ja rakene tukevat tehokkaasti ja laadukkaasti erikoissairaanhoidon toteuttamista sekä HUS-tasoisen tavoitetilan toteutumista.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> tukipalveluiden yksikkökustannukset ja laatu ovat kilpailukykyisiä muiden vastaavia palveluita tuottavien organisaatioiden kanssa (benchmarking) tuottavuuden parantaminen; tukipalveluiden yksikkökustannukset kehittyvät kustannustason nousua maltillisemmin ja jopa laskevat | <p>TPTK:ssa ei esitetä miten tukipalveluyksiköiden vertaisarvioinnin menetelmiä sekä niiden perusteella tehtäviä johtopäätöksiä ja toimenpiteitä olisi kehitetty, vaikka toimenpiteenä todetaan, että näin on tehty.</p> <p>TPTK:ssa ei esitetä tietoa tukipalveluiden yksikkökustannuksista, eikä vertailutietoja muiden toimijoiden yksikköhintoihin.</p> <p>Tukipalvelujen toimintatavat eivät kaikilta osin optimaalisesti tukeeneet 2011 erikoissairaanhoidon toteuttamista. Tulospalkkio-ym. kannustimet ohjaavat liikelaitoksia tuottavuuden lisäämisen ohella myös jatkuvaan toiminnan laajentamiseen. Tämä on ristiriidassa ydintoimintojen kustannustehokkuuden ja säästötavoitteiden kanssa.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p> |
| <p>4. Kansallinen edelläkävijä terveystoiminnassa linjauksissa ja palveluketjujen kehittämisessä.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> terveystoiminnallinen toimintaympäristö kehittyi palveluketjujen kehittämistä ja kokonaistehokkuuden edistämistä tukevalla tavalla | <p>Terveystoiminnallisiin linjauksiin on vaikuttettu aktiivisesti. Toimintajohtaja on osallistunut aktiivisesti julkiseen terveystoiminnalliseen keskusteluun.</p> <p>Palveluketjuja kehitetään eräissä yksiköissä, mutta osa kehittämishankkeista on viivästynyt aikataulusta. Palveluketjujen kuvaukset tunnetaan jäsenkunnissa heikosti ja niiden toimeenpanossa on kehittämisen varaa.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p> |
| <p>5. Sairaanhoidopiiri tuottaa kuntien lisäksi palveluja vakuutusyhtiöille ja itse maksaville potilaille. Tällainen toiminta eriytetään tarvittaessa muusta toiminnasta kilpailuneutraaliteettisäännökset huomioon ottaen.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ulkoinen myynti | <p>Tavoitteena oli, että itse maksavien potilaiden ja vakuutusyhtiöiden myynti vuonna 2011 ylittää 2010 toteutuneen tason. Tämä ei toteutunut, sillä vakuutusyhtiöitten laskutus väheni 6,7 % ja niiden osuus oli 1,1 % kokonaislaskutuksesta. Itse maksavien ulkomaalaisten ostamien palvelujen laskutus lisääntyi 22 %, mutta oli silti vain 0,3 % kokonaislaskutuksesta. Laskutus muilta kuin jäsenkunnilta lisääntyi 8,0 % edelliseen vuoteen verrattuna.</p> <p>Valtuusto päätti lokakuussa 2011 perustaa Hyksin kliiniset palvelut Oy:n, jonka on tarkoitus tarjota palveluita mm. näille potilasryhmille.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p> |

* Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu, keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa, punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.

Avaintavoitteiden saavuttamisen lisäksi tarkastuslautakunta arvioi tekonivelkirurgiaa, yhteispäivystyksiä, psykiatrisen rakennemuutosta ja ympäristötietoisuutta.

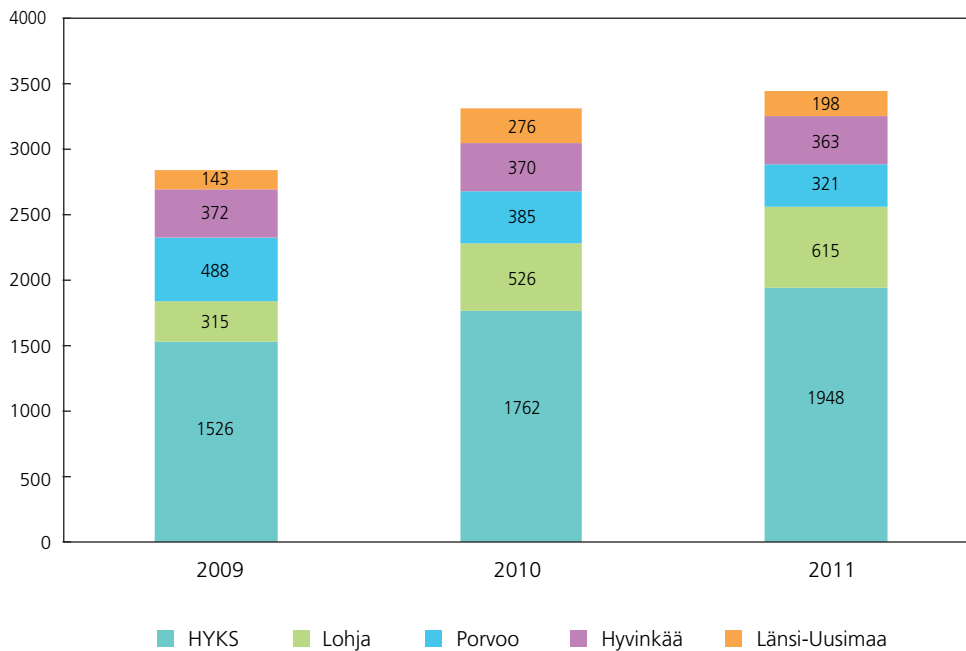
7.2 Tekonivelkirurgia HUS:n alueella

Lonkan ja polven primaaritekonivelleikkausten määrä lisääntyi 3,8 % (126 leikkausta) vuodesta 2010 vuoteen 2011. Hyksin sairaanhoitoalueella tehtiin 186 ja Lohjalla

89 leikkausta enemmän kuin 2010. Porvoossa leikattiin 64 ja Länsi-Uudellamaalla 78 leikkausta edellisvuotta vähemmän (kuvio 9).

Kehitys ei vastaa strategian mukaista linjausta voimavarojen tehokkaasta hyödyntämisestä. Tekonivelleikkauksia ei riittävästi ohjata sairaaloihin, joissa on vapaita resursseja. Aiempien vuosien tapaan Peijaksen sairaalassa tehtiin tekonivelleikkauksia lisätöinä, kun Porvoon sairaalassa olisi ollut vapaata kapasiteettia. Porvoon sairaalan osuus HUS:n vuosittaisista tekonivelleikkauksista väheni 3 % vuodesta 2010 vuoteen 2011, kun samanaikaisesti Peijaksen ja Lohjan sairaaloiden prosenttiosuudet kasvoivat.

Tekonivelleikkausten lkm



KUVIO 9. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten (vain primääri-leikkaukset) lukumäärät vuosina 2009-11 sairaanhoitoalueittain.

Lähde: V. Remes, 12.4.2012, HUS / Ortopedian ja traumatologian klinikka, Hilmo / THL.

HAVAINTO Tekonivelleikkausten tekopaikkojen valinnassa on ristiriita strategisten avaintavoitteiden ja toiminnan käytännön johtamisen välillä. Tekonivelleikkausten tekopaikoista tulee päättää koko HUS-alueen kapasiteetti huomioiden. Lisätöitä ei tule tehdä, mikäli samaan aikaan on resursseja vapaana toisessa HUS-alueen sairaalassa.

punnitaan erilaisia vaihtoehtoja, ja Helsingissä kehitetään kaupungin omaa akuuttisairaaloimintaa mm. lisäämällä yhteistyötä HUS:n erikoissairaanhoidon kanssa.

Yhteispäivystykseen siirtymisen perusteena on ollut huoli potilasturvallisuudesta ja päivystyspalvelujen laadusta sekä ongelmat terveyskeskuslääkärien rekrytoinnissa. Erilaisten päivystyksen järjestämistapojen kustannusvaikutuksista kuntien ja potilaiden kannalta ei ole saatavissa luotettavia tietoja johtuen kustannuslaskennan ongelmista.¹³

7.3 Yhteispäivystykset HUS:n alueella

Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan terveyskeskuspäivystystä, jonka HUS tuottaa tai jolle HUS myy tukipalveluita tai vuokraa tiloja, ja jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystys toimii samoissa rakennuksissa joko yhdessä tai rinnakkain. Vuonna 2011 HUS tuotti kolmessa yhteispäivystyksessä (Hyvinkäällä, Jorvissa ja Länsi-Uudellamaalla) sekä terveyskeskus- että erikoissairaanhoidon päivystyspalvelut. Peijaksen sairaalassa, Porvoossa ja Lohjalla HUS:n erikoissairaanhoidon päivystyspiste toimi rinnakkain terveyskeskuspäivystyksen kanssa, mutta eri tuottajan toimintana. Myös Lastenlinikalla päivystykset toimivat rinnakkain. Porvoossa on päätetty yhteispäivystykseen siirtymisestä. Lohjan seudulla ja Peijaksen alueella

7.4 Psykiatrian rakennemuutos

HUS:n psykiatriassa on ollut viime vuosina käynnissä laaja muutosprosessi, jossa on purettu psykiatrian laitospainotteisuutta yhteistyössä kuntien ja organisaatioiden henkilöstön kanssa. Sairaansijoja on vähennetty n. 120 ja voimavaroja siirretty avohoitoon. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen Tammiharjun sairaalan sairaansijamäärää on supistettu merkittävästi. Muutosprosessi kokonaisuutena ja henkilöstön sijoittumiset sekä yhteistoiminta ovat sujuneet hyvin. Hyksin psykiatrian Jorvin klinikkaryhmässä oli psykiatrien keskuudessa erilaisia näkemyksiä muutosprosessista ja sen johtamisesta. Yhteisymmärrystä haettiin

¹³ HUS alueen yhteispäivystyspalvelut. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysmallit ja niiden kustannusten vertailtavuus. HUS Ulkoisen tarkastuksen yksikkö, Tarkastuslautakunta, 2011.

johtajaylilääkärin vetämissä neuvotteluissa, joiden tuloksena klinikkaryhmä organisoitiin uudelleen vuoden 2012 alussa.

Tarkastuslautakunta toteaa, että psykiatrian palvelurakenteen muutos on positiivinen esimerkki merkittävästä rakenteellisesta kehittämistyöstä, jossa on siirretty resursseja yli sairaanhoitoalueiden, lisätty avohoitopainotteisuutta, hyödynnetty internetin mahdollisuuksia uusissa toimintatavoissa (HUS Mielenterveystalo) ja löydetty taloudellisesti tehokkaita ratkaisuja mm. keskittämällä ja karsimalla päällekkäisiä toimintoja.

7.5 Ympäristötietoisuuden lisääminen

HUS:ssa hyväksyttiin keväällä 2011 ympäristöohjelma vuosille 2011–15. Ohjelman toimeenpanoa ja ympäristövaikutusten arviointia koordinoi HUS-Tilakeskuksen yhteydessä toimiva HUS-Ympäristökeskus, jonka painopistealueita ovat mm. jätehuolto, energiatehokkuus ja materiaalitehokkuus. Sen tavoitteena on lisätä ympäristötietoisuutta organisaation kaikilla tasoilla siten että ympäristöasioiden huomioiminen on osa kaikkea toimintaa. Ympäristövaastavia, joiden tehtävänä on lisätä ympäristötietoisuutta organisaatiossa, on koulutettu jo tuhat. Kaikilla sairaan-

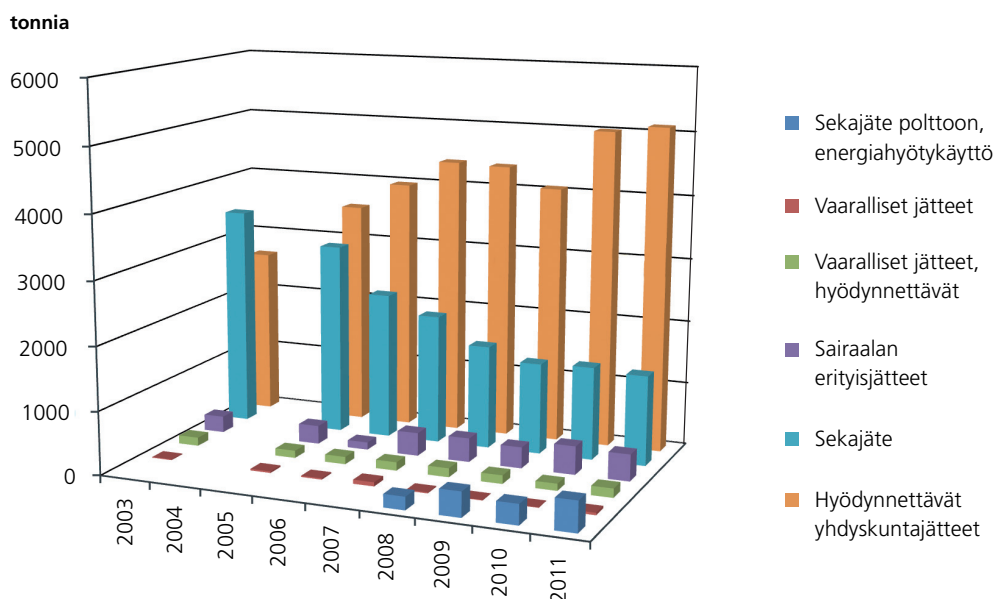
hoitoalueilla ja liikelaitoksilla on ympäristövastuuryhmittä.

Vuonna 2011 HUS:ssa syntyi 7,6 miljoonaa kiloa jätettä, josta 74 % meni hyötykäyttöön. Tästä biojätteen eli ruokajätteen osuus oli Helsingissä n. miljoona kiloa. Hyödynnettävän yhdyskuntajätteen määrä on lisääntynyt HUS:ssa vuodesta 2003 vuoteen 2011 ja samanaikaisesti sekajätteen määrä on vähentynyt (kuvio 10). Kokonaiskustannus vuoden 2011 jätemäärästä oli n. 3,3 milj. €.

Kertakäyttötavaroita käytetään edelleen runsaasti. Tavoitteena on, että esimerkiksi kertakäyttöisistä leikkausasuista ja -liinoista siirrytään osin kestäkäyttöisiin, pestäviin mikrokuitutuotteisiin. Vuonna 2011 kertakäyttöisiä leikkausakkeja käytettiin 170 000 kappaletta ja niiden kustannus oli 423 000 €. (Virta M, HUS-Ympäristökeskus, 2012)

Ympäristökeskus antaa vuosittain ympäristöraportin, jota ei arviointikertomusta kirjoitettaessa ollut vuodelta 2011 käytettävissä.

HAVAINTO Tarkastuslautakunta pitää tärkeänä sitä, että HUS:lle on laadittu ympäristöohjelma, jonka toimeenpano voi tuottaa myös kustannussäästöjä. Ympäristövaikutukset tulee ottaa huomioon HUS:n rakennushankkeissa jo tarjouskilpailuvaiheessa. Ympäristöraportin valmistumista tulee aikaistaa, jotta sen tiedot olisivat osa TPTK-asiakirjaa.



KUVIO 10. HUS:n jätemäärät vuosina 2003–11 (tonneissa).

Lähde: Virta M, HUS-Ympäristökeskus, 2012.

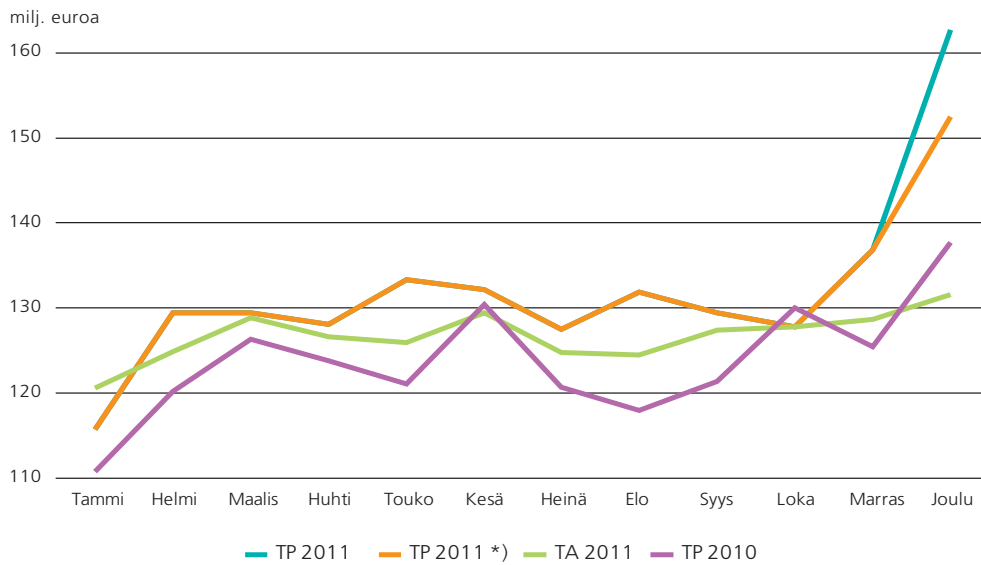
8 Strateginen päämäärä 6: luottamukseen perustuva kuntayhteistyö ja ennakoitavissa oleva tasapainoinen talous

8.1 Tarkastuslautakunnan arvio avaintavoitteiden toteutumisesta

| AVAINVAOITE 2013 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO AVAINVAOITTEIDEN TOTEUTUMISESTA |
|---|--|
| <p>1. Jäsenkuntien luottamusmies- ja virkamiesjohdon sekä niiden perusterveydenhuollon toimintayksiköiden johdon luottamus HUS:n erikoissairaanhoidon palveluiden tuottajana ja kumppanina on korkealla tasolla.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> omistajatytyväisyyskysely | <p>Omistajatytyväisyyttä ei voi arvioida, koska kyselyä ei toteutettu. Kuntayhteistyön muotoja on kuitenkin kehitetty esim. pitämällä kuntien johdolle koulutustilaisuuksia ja kuntapäätäjille yleisiä informaatio-tilaisuuksia. ○ ● ○</p> <p>HUSTRA-työryhmä on jatkanut toimintaansa käsitellen ajankoh- taisia, kuntien omistajaohjauksen kannalta merkittäviä talouden ja rahoituksen kysymyksiä ennen niiden virallista lauta- tai johto- kunta ja hallituskäsittelyä. Vastaavaa tiivistä HUS-laajuista yhtey- denpitoa ei ole käynnistetty perusterveydenhuollon ja erikoissai- raanhoidon palvelutuotannosta vastaavien virkamiesten välille.</p> |
| <p>2. Tiedotusvälineissä HUS mainitaan selvästi enemmän myönteisessä kuin kielteisessä mielessä.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> vuosittainen asiantuntija-paneelin arvio, asteikolla yhdestä viiteen saavutetaan taso 3,5 | <p>Asiantuntijapaneelia ei järjestetty. Mediaseurantapalvelun raportit osoittivat, että HUS:a koskeva uutisointi oli 2011 enemmän myönteistä kuin kielteistä. ○ ● ○</p> <p>Viestinnän hanke "HUS:n yksiköiden brändien kehittäminen" päättyi syksyllä 2011. Tarkastuslautakunnan havaintojen mukaan projektin toteuttamisessa on ollut ongelmia, eikä lopputulos ole tyydyttävä. Tästä huolimatta hankkeessa on syntynyt materiaalia esim. viestintätähdet (lääketieteellisin kriteerein valittuja huip- puosaajia ja -yksiköitä tai hoidollisesti korkeatasoisia asioita tai esimerkillisiä prosessi- ja palveluinnovaatioita), joita tulee viestinnässä hyödyntää.</p> |
| <p>3. Tuottavuuden kasvu; tuottavuus kasvaa 2 % vuosittain. Vuoden 2011 tuottavuustavoite on 1,6 %.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> DRG-pistekustannus (somaattinen tuotanto) psykiatrisen tuotannon tuottavuutta mittaava mittari (kehitettävä) | <p>HUS:n tuottavuuden kasvu jatkui. DRG-pisteiden määrä lisääntyi enemmän kuin sairaalakustannusindeksillä deflatoidut kulut. DRG-pistekustannus laski 2,0 % vuoteen 2010 verrattuna (lopullisella sairaalakustannusindeksillä korjattuna). ○ ○ ●</p> <p>Kuntayhtymätasoinen tuottavuustavoite saavutettiin. Hyksin tuottavuustavoite oli 1,5 % ja muilla sairaanhoitoalueilla 2,0 %. Hyksin, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet ylittivät niille asetetut tavoitteet, ja myös Hyvinkään sairaanhoitoalue pääsi lähelle tuottavuustavoitettaan.</p> <p>Psykiatrian osalta ei saatu määriteltyä ja käyttöön otettua psykiatrisen toiminnan tuottavuusmittaria, vaan työtä jatketaan 2012.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>4. Kilpailukykyinen hintakehitys, asukas-kohtaisten kustannusten hallinta.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● HUS:n antaman erikoissairaanhoidon kustannukset euroa/asukas, jäsenkunnat ● kuntien terveysmenot/asukas | <p>Valtuuston hyväksymä tavoite oli, että deflatoidut kustannukset asukasta kohti laskevat 2010 tasosta, mutta ne nousivat TPTK:n mukaan 0,4 % (ja lopullisella sairaalakustannusindeksillä lasketuna 0,15%).</p> <p>Kuntien erikoissairaanhoidon ja terveydenhuollon kustannuksissa on merkittävää vaihtelua jäsenkuntien välillä, ja nämä erot ovat suuria senkin jälkeen kun otetaan huomioon ikärakenteesta johtuvat tarve-erot.</p> <p>Kuntien kyky hallita erikoissairaanhoidon ja muiden terveyspalvelujen kysyntää, käyttöä ja kustannuksia vaihtelee, ja HUS:illa on varsin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa siihen kohdistuvaan palvelukysyntään.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p> |
| <p>5. Jäsenkuntien palvelusuunnitelmien ja budjetin hallinta</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● talousarvion sitovien tavoitteiden toteutuminen | <p>Jäsenkuntien kuntalaskutus ylitti talousarvion 2,6 %, mikä ensisijaisesti johtui ennakoitua suuremmasta palvelutuotannosta. Kuntayhtymätasolla valtuuston asettama sitova taloudellinen tavoite oli kuntayhtymän ulkoiset toimintakulut ilman liikelaitoksia, sisältäen ostot liikelaitoksilta ja tytäryhtiöiltä sekä tilikauden tulos. Kuntayhtymätasolla valtuuston asettama sitova taloudellinen tavoite ei toteutunut ja tilikauden alijäämäksi muodostui 16,1 milj. €.</p> <p>Sairaanhoitoalueille asetettu sitova tavoite oli talousarviossa vahvistettu tilikauden tulos. Vain Hyksin ja Hyvinkään sairaanhoitoalueet saavuttivat tulostavoitteensa.</p> <p style="text-align: right;">● ○ ○</p> |
| <p>6. Toiminnan laadun, vaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamista tukevat investoinnit.</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ● investointien tehokas ja läpinäkyvä priorisointi, toimiva kannattavuuslaskenta sekä valittujen hankkeiden systematisoitu ja lisäarvoa tuottava jälkiseuranta | <p>TPTK:n mukaan investointien jälkiseurantamalli on luotu, mutta kokemuksia sen käytöstä ei ole vielä raportoitu. Investointien läpinäkyvyyteen ja tehokkuuteen ja kannattavuuslaskentaan ei TPTK:ssa ole otettu kantaa.</p> <p>Väistösairaalan toiminnalliseen käytettävyyteen liittyvät ongelmat vuodelta 2011 osoittavat, että rakennushankkeiden suunnittelu, toteutus ja jälkiseuranta eivät aina toimi tyydyttävästi.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p> |

* Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu, keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa, punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.



KUVIO 11. HUS-kuntayhtymän toimintakulut kuukausittain vuosina 2010–11.

Lähde: Hallituksen selvitys tarkastuslautakunnalle 16.4.2012. *joulukuulta on eliminoitu lomapalkkavelan kirjaustavan muutos.

Avaintavoitteiden saavuttamisen lisäksi tarkastuslautakunta arvioi kustannusten hallintaa ja talousarvion pitävyyttä, kuntalaskutusta sekä HUS-kuntayhtymän ja jäsenkuntien mahdollisuuksia hallita palvelujen kysyntää ja kustannuksia.

8.2 Kustannusten hallinta

Tilinpäätös ja toimintakertomus ei anna tarkkaa selitystä valtuustossa 15.12.2011 hyväksytyyn talousarvion ylitykseen syistä, joten tarkastuslautakunta pyysi hallitukselta näistä selvityksen. Hallituksen selityksen mukaan toimintakulut nousivat joulukuussa merkittävästi suuremmiksi kuin vuoden muina kuukausina ja enemmän kuin joulukuussa edellisinä vuosina (kuvio 11). Tämä tuli toimivalle johdolle yllätyksenä, sillä taloushallinnon ennakointi- ja seurantajärjestelmät eivät viitanneet tällaiseen menokehitykseen siinä vaiheessa, kun talousarvion tarkistusta valmisteltiin joulukuun valtuuston kokoukseen. Joulukuun menojen kasvu ei selity toimintavolyymien muutoksilla, sillä joulukuun palvelutuotos oli jopa hieman edellisiä kuukausia vähäisempi.

Yksi syy talousarvion ylitykseen vuonna 2011 oli hoitotakuun toteuttamiseksi tehdyt lisätyöt, joiden määrä kasvoi 49 % vuodesta 2010 vuoteen 2011. Hoitotakuun edellyttämiä lisätyökorvauksia maksettiin HUS-Totalista saatavien tietojen mukaan 12,4 milj. € (kasvua edelliseen vuoteen 4,1 milj. €).

HUS:n talousarvion perusteena oleva jäsenkuntien palvelusuunnitelma ylittyi kaikilla kunnilla yhtä lukuun otta-

matta vähintään kerran vuosina 2008–11 (taulukko 3). Kolmen suurimman kunnan osalta talousarviot ylittyivät kaikkina neljänä vuotena, ja 13 jäsenkunnassa erikoissairaanhoidon käyttö ylitti talousarvion kaikkina vuosina 2008–11.

HAVAINTO HUS:ssa tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota tulosten tarkkuuteen ja kustannusten hallintaan, jotta päättäjät saavat oikeita ja ajantasaisia tietoja talouden ja toiminnan muutoksista, ja jotta talousarviossa pysyttäisiin.

8.3 Jäsenkuntien kuntalaskutus

HUS:n jäsenkuntien erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti ovat kohonneet maltillisesti vuosina 2006–10 verrattuna muihin yliopistosairaanhoidopiireihin, ja jäsenkuntien deflatoidut maksuosuudet asukasta kohti laskivat vuosina 2007–11 yhteensä 1,1 %. (TPTK liite 3)

Jäsenkunnat poikkeavat merkittävästi toisistaan sairaalakustannusindeksillä korjatun erikoissairaanhoidon menokehityksen (per asukas) suhteen. Eräissä kunnissa on lähes säännöllinen laskeva suunta vuosina 2007–11. Tällaisia kuntia ovat esimerkiksi Helsinki (jossa näin lasketut asukaskohtaiset kustannukset laskivat 2007–11 yhteensä 5,3 %), Kauniainen (-6,9 %), Kirkkonummi (-5,6 %) ja Lohja (-3,7 %). Joissakin kunnissa kustannukset nouse-

| Sovittu palvelusuunnitelma ylittyi kaikkina neljänä vuotena | Sovittu palvelusuunnitelma ylittyi kolmena vuotena neljästä | Sovittu palvelusuunnitelma ylittyi kahtena vuotena neljästä | Sovittu palvelusuunnitelma ylittyi yhtenä vuotena neljästä | Sovittu palvelusuunnitelma ei ylittynyt yhtenäkkään vuotena neljästä |
|--|---|---|--|--|
| Askola Espoo Helsinki Karkkila Kerava Lapinjärvi Lohja Loviisa Pornainen Porvoo Sipoo Tuusula Vantaa | Hyvinkää Kirkkonummi Nurmijärvi Raasepori Vihti | Hanko Karjalohja Mäntsälä | Inkoo Järvenpää Nummi-Pusula Siuntio | Kauniainen |

TAULUKKO 3. Kuntien HUS:n kanssa sopiman erikoissairaanhoidon palvelusuunnitelman ylittyminen vuosina 2008–11.

Lähde: HUS:n toiminta- ja taloussuunnitelmat vuosille 2008–10, vuoden 2011 talousarvio (hyväksytty 15.12.2010) ja tilinpäätös 2011.

vat lähes joka vuosi, ja tällaisiin kuntiin kuuluvat esim. Hyvinkää (+9,3 %), Kerava (+7,6 %) ja Porvoo (+6,9 %) (TPTK liite 3)

Tarkastuslautakunta toteaa, että kuntien kyky hallita erikoissairaanhoidon menokehitystä vaihtelee, ja erilaisen kehitystrendien syitä olisi syytä analysoida tarkemmin esim. terveydenhuoltolain edellyttämän terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinnan yhteydessä.

8.4 Jäsenkuntien ja HUS:n jaettu vastuu palvelujen kysynnän ja kustannusten hallinnasta

Tarkastuslautakunta on pohtinut miten HUS:n ja jäsenkuntien vastuu jakautuu kun jäsenkuntien menot toistuvasti ylittävät talousarvion. Lautakunta on kiinnittänyt huomiota mm. seuraaviin seikkoihin:

- HUS:n vastuulla on hoitaa kaikki lääketieteelliset kriteerit täyttävät potilaat, jotka on HUS:in lähetetty (tai jotka tulevat päivystyspotilaina ilman lähetettä), koska lainsäädäntöön ei sisälly priorisointilinjauksia.
- HUS:n vastuulla on lisätä tuottavuutta eli käyttää henkilöstö- ja muita voimavaroja entistä paremmin (kuten on tapahtunutkin, mutta tuottavuutta voidaan edelleen parantaa).
- Jäsenkuntien velvollisuutena on edistää väestön terveyttä (HUS:n asiantuntijoiden tukemana) ja ottaa terveysnäkökohdat huomioon kunnallisessa ja alueellisessa päätöksenteossa, tavoitteena sairastavuuden ja tapaturmien vähentäminen.

Tarkastuslautakunta toteaa, että jäsenkuntien vastuulla on tuottaa perusterveydenhuollon palvelut siten, että hoidon porrastus toimii ja että potilaat eivät heikon palvelutason (esim. koetun laadun tai pitkien odotusajkojen) vuoksi hakeudu erikoissairaanhoidon silloin kun perusterveydenhuolto olisi hoidon porrastuksen kannalta sopivampi taho.

9 Liikelaitosten ja tytäryhtiöiden tavoitteiden toteutuminen

9.1 Liikelaitokset

Liikelaitosten sitovia tavoitteita vuodelle 2011 olivat

- Talousarviossa vahvistettu nollatulos. Tavoite saavutettiin (ennen lomapalkkavelan laskentaperusteiden muutosta) lukuun ottamatta HUS-Apteekkia ja HUS-Desikoa.
- Liikelaitoskohtaisesti määritelty 2 %:n tuottavuustavoitteesta johdettu hintatason keskimääräinen muutos. Tavoite saavutettiin lukuun ottamatta HUS-Apteekkia, jossa hinnat nousivat 3,4 % tavoitetta enemmän.
- Tuloutustavoite korvauksena kuntayhtymän liikelaitokseen sijoittamalle peruspääomalle 3 %:n koron mukaisesti. Tavoite saavutettiin.

Taulukosta 4 ilmenee liikelaitoksille asetettujen avaintavoitteiden toteutuminen vuonna 2011. Balanced Scorecard -näkökulmien mukaisesti tarkasteltuna parhaiten toteutuivat talouteen liittyvät avaintavoitteet, joista toteutui kaksi kolmasosaa. Asiakas ja yhteiskunnallinen vaikuttavuus-näkökulmasta asetetuista avaintavoitteista

toteutui 50 % ja prosesseihin ja rakenteisiin liittyvistä tavoitteista sekä henkilöstöön liittyvistä tavoitteista 65 %. Asetetuista noin 150 avaintavoitteesta 12 % oli sellaisia, joiden toteutumista ei pystytty arvioimaan joko tavoitteen epäselvän määrittelyn tai mittarin epätarkkuuden takia tai siksi, että mittarin käytöstä oli luovuttu kesken vuotta.

9.2 Tytäryhtiöt

HUS-Kiinteistöt Oy:lle asetettiin taloudelliseksi tavoitteeksi

- Tuottavuuden 2 %:n kasvu, joka toteutui
- Tuottavuustavoitteesta johdettu tavoite reaalisen hintatason laskusta, joka toteutui
- Tilikauden nollatulostavoite, joka ei toteutunut

Uudenmaan Sairaalapesula Oy:lle asetettiin taloudelliseksi tavoitteeksi tilikauden nollatulostavoite, mikä ei toteutunut. Uudenmaan Sairaalapesula Oy:lle ei asetettu yleisestä linjasta poiketen tuottavuustavoitetta toiminnan laajenuksesta aiheutuneiden toimintahäiriöiden vuoksi.

| LIKELAITOS | Toteutuneiden avaintavoitteiden lukumäärä / kaikki asetetut avaintavoitteet | | | |
|-----------------------|---|--------------|------------------------|--------------------------------------|
| | Asiakas ja yhteiskunnallinen vaikuttavuus | Talous | Prosessit ja rakenteet | Henkilöstö, kyvykkyyks ja johtaminen |
| HUS-Apteekki | 2/3 | 0/3 | 9/12 | 3/9 |
| HUS-Röntgen | 5/7 | 2/2 | 1/2 | 2/2** |
| HUSLAB | 1/2 | 2/2 | 2/2* | 3/5 |
| Ravioli | 1/4** | 0/1* | 1/3** | 7/10* |
| HUS-Desiko | 1/2 | 1/3 | 2/2 | 3/6 |
| HUS-Logistiikka | 3/3 | 6/6 | 3/4* | 2/2* |
| HUS-Tietotekniikka | 1/3 | 1/1* | 4/6** | 4/5 |
| HUS-Lääkintätekniikka | 0/1* | 2/3 | ** | 4/4* |
| HUS-Servis | 0/3 | 2/3 | 0/3 | 4/6 |
| Yhteensä | 14/28 | 16/24 | 22/34 | 32/49 |

* lisäksi yksi tavoite, jonka toteutumista ei voida arvioida TTK:ssa annettujen tietojen pohjalta

** lisäksi kaksi tavoitetta, joiden toteutumista ei voida arvioida TTK:ssa annettujen tietojen pohjalta

TAULUKKO 4. Liikelaitoksille asetettujen avaintavoitteiden toteutuminen vuonna 2011 Balanced Scorecard -näkökulmien mukaan tarkasteltuna.

Allekirjoitukset

Helsingissä toukokuun 9. päivänä 2012



Markku Pyykkölä
tarkastuslautakunnan puheenjohtaja



Maija Anttila
tarkastuslautakunnan varapuheenjohtaja



Varpu-Leena Aalto
jäsen



Ulla Dönsberg
jäsen



Aatos Hallipelto
jäsen



Tuula Lind
jäsen



Kari T. Nukala
jäsen

LIITE 1

KÄSITTEET JA LYHENTEET

Balanced Scorecard (BSC) Tavoitejohtamisen työkalu, jolla strategia muunnetaan tavoitteiksi, mittareiksi ja toimintasuunnitelmaksi.

Benchmarking Vertailuanalyysi, jossa omaa toimintaa verrataan toisten toimintaan, usein parhaaseen vastaavaan käytäntöön.

Care Bundle Toimintamalli, jossa sovitaan 3-5 hoidon ydinkohtaa, joihin sitoudutaan ja joiden toteutumista seurataan.

Deflatoiminen Aikasarjan muuttaminen yhtenäiseen rahan arvoon kertomalla aikasarja sopivasta indeksistä (esim. Tilastokeskuksen sairaalakustannusindeksistä) lasketuilla kertoimilla.

Digisanelujärjestelmä Potilastietojärjestelmään integroitu digitaalinen sanelupalvelu.

Diagnosis Related Groups (DRG) Luokitusjärjestelmä, jossa potilaan saama hoito ryhmitellään päädiagnoosin, mahdollisten hoitoon vaikuttavien sivudiagnoosien, suoritettujen toimenpiteiden sekä potilaan iän ja sukupuolen ja sairaalasta poistumistilan mukaan kliinisesti mielekkäisiin ryhmiin.

DRG-pisteiden määrä Luku, jolla kuvataan yksikössä tehdyn työn määrää. Se lasketaan siten, että kunkin DRG-ryhmän tapausten lukumäärä kerrotaan ryhmän kustannuspainolla ja näin saadut luvut lasketaan yhteen. Kustannuspaino kuvaa kuhunkin DRG-ryhmään kuuluvien hoitajaksojen keskimääräisen kustannuksen ja kaikkien tarkasteltavan yksikön hoitajaksojen keskimääräisen kustannuksen suhdetta.

Episodi Potilaan koko hoitoprosessi eli kaikki vuodeosastohoitojaksot mukaan lukien päiväkirurgia, avohoitokäynnit, toimenpiteet ja muut suoritteet, jotka on tehty potilaan tietyn terveysongelman ratkaisemiseksi kalenterivuoden aikana.

Erytisvaltionosuus (EVO) Erikoissairaanhoitolaissa säädetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan järjestämisestä, joista aiheutuviin kustannuksiin valtio maksaa korvausta yliopistosairaaloita ylläpitäville kuntayhtymille ja muille terveydenhuollon toimintayksiköille.

Ekstranet HUS-Ekstranet on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu sivusto, joka palvelee Espoon,

Helsingin, Kauniaisten, Keravan, Kirkkonummen, Vantaan ja HUS:n potilasohjausta.

Finohta (Finnish office for health technology assessment) Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö THL:ssä.

Geneerinen prosessi Mallinnettu yleinen kuvaus ydin-toiminnoista tai palveluketjuista.

Global Trigger Tool Työkalu haittatapahtumien tunnistamiseen ja arviointiin.

HaiPro Työkalu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin.

Halo-katsaus Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen menetelmiin perustuva arvio terveydenhuollon menetelmän vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja kustannuksista.

Halo-ohjelma Hallittu menetelmien käyttöönotto ohjelma, joka on Finohtan (THL) ja sairaanhoitopiirien yhteishanke, ja jossa arvioidaan terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuutta, turvallisuutta ja kustannuksia.

Hirsch-indeksi Luku, joka ilmaisee samanaikaisesti yksittäisen tutkijan julkaisutehokkuuden ja tuotettujen julkaisujen merkittävyyden.

Henkilötyövuosi (htv) kuvaa kokoaikaiseksi muutetun henkilön työpanosta.

HUS-Total kuntaportaali Johdon raportointi- ja toiminnanohjausportaali, johon myös kunnilla on pääsy.

HUSTRATYÖRYHMÄ HUS:n ja jäsenkuntien talousjohdon työryhmä.

Kuntarekry Valtakunnallinen rekrytointijärjestelmä, joka mahdollistaa rekrytointiprosessin hallinnan, työpaikkailmoitukset, hakemukset ja raportit.

Kustannusvaikuttavuus Toiminnan vaikuttavuus suhteessa sen aikaansaamiseksi tarvittuihin panoksiin.

Primäärileikkaus Ensileikkaus

Somaattinen erikoissairaanhoito Somaattinen erikoissairaanhoito sisältää psykiatrian erikoisalaja lukuun ottamatta muut kliiniset erikoisalajat.

Telelääketiede Lääketieteellisen asiantuntija-avun siirtämistä ja käyttämistä tietoverkkojen avulla.

Telestroke-järjestelmä Telelääketieteen keinojen hyödyntämistä siten, että potilaat saavat liuotushoitoa myös sellaisilla paikkakunnilla, joilla ei ole jatkuvaa neurologiapäivystystä.

Tietu-järjestelmä Ohjelma, joka on tarkoitettu tieteellisen tutkimuksen hallintaan, käsittelyyn ja tilastointiin.

Tuottavuus Toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten välinen suhde.

Uranus Tuote- ja palvelukokonaisuus, joka sisältää potilaskertomuksen ja potilasprosessien ohjauksen.

Vaikuttavuus Palvelun tai toiminnan ansiosta tavanomaisissa oloissa saavutettu muutos terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa.

Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

Väistösairaala Meilahden tornisairaalan peruskorjauksen ajaksi rakennettu vuodeosastosiipi.

Lyhenteet

| | |
|-------------|---|
| AK | Arviointikertomus |
| AVH | Aivoverenkiertohäiriö |
| BSC | Balanced Scorecard, ks. käsitteet |
| CLES | Clinical Learning Environment and Supervision evaluation scale, Mittari ohjatun harjoittelun arviointiin |
| DRG | Diagnosis Related Groups, ks. käsitteet |
| EVO | Erityisvaltionosuus, ks. käsitteet |
| HUS | Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri |
| KYS | Kuopion yliopistollinen keskussairaala |
| sha | Sairaanhoitoalue |
| OYS | Oulun yliopistollinen sairaala |
| QALY | (Quality-adjusted life year) Laatupainotettu elinvuosi, joka ottaa huomioon hoidon seurauksena tapahtuneet muutokset sekä elämän pituudessa että laadussa |
| TAYS | Tampereen yliopistollinen sairaala |
| TOB | Työolobarometri |
| THL | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |
| TPTK | Tilinpäätös ja toimintakertomus |
| TTS | Talousarvio ja toimintasuunnitelma |
| TYKS | Turun yliopistollinen keskussairaala |
| 15D | Terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake |

LIITE 2

VUODEN 2010 ARVIOINTIKERTOMUKSEN HAVAINTOJEN JÄLKISEURANTA

Arviointikertomus vuodelta 2010 valmistui 9.5.2011 ja luovutettiin valtuustolle 30.5.2011. Valtuusto merkitsi arviointikertomuksen tiedoksi 15.6.2011, ja hallitus antoi lausuntonsa arviointikertomuksesta valtuustolle lokakuun kokouksessa. Alla olevaan taulukkoon on koottu vuoden 2010 arviointikertomuksen havainnot ja suositukset sekä tarkastuslautakunnan arviot niiden vaikutuksista. Arvioinnissa käytettyjen liikennevalojen värien merkitys on seuraava:

- Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2011 on saavutettu.
 Keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2011 on saavutettu mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2011 lopussa.
 Punainen = avaintavoitteen tavoitearvot ovat jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan.

| HAVAINNOT 2010 | TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO | |
|--|---|-------------|
| Kuntayhtymätason tavoitteiden toteutuminen | | |
| Kuntayhtymän tavoitteet on johdettava valtuuston hyväksymästä strategiasta ja niille on määriteltävä selkeät mittarit. Tulosalueitten ja liikelaitosten tavoitteet on johdettava päästrategiasta. | Kuntayhtymän tavoitteet TTS:ssa vuodelle 2012 on johdettu strategiasta. Sairaanhoidoalueilla on edelleen käytössä Balanced Scorecard (BSC) -tuloskorttien mukaiset tavoitteet ja mittarit, mikä vaikeuttaa strategisten tavoitteiden toteutumisen arviointia. | ○ ○ ● |
| Kuntayhtymätason tavoitteet ovat epämääräisiä, eikä tavoitteita ole operationalisoitu, mistä syystä useimpien tavoitteiden toteutumista on ollut mahdollista arvioida. | Osa avaintavoiteille asetetuista mittareista on epäselvästi määritelty. V. 2011 TPTK:ssa hallitus on raportoinut avaintavoitteiden toteutumisesta edellisiä vuosia järjestelmällisemmin. | ○ ○ ● |
| Raportointia on selkeytettävä. | TPTK:n rakenne on selkiintynyt verrattuna aikaisempiin vuosiin, mutta samat asiat toistuvat vuoden 2011 TPTK:n eri luvuissa tarpeettomasti. | ○ ○ ● |
| Määrärahojen ja tuloarvioiden toteutuminen | | |
| Määrärahatavoitteiden ylityksien/alitukusten syyt pitää analysoida ja selittää. | Merkittäville budjettipoikkeamille on annettu aiempaa paremmin selitykset, lukuun ottamatta joulukuussa 2011 tapahtunutta merkittävää käyttökustannusten nousua. Henkilöstömäärän lisäyksiä ei kuitenkaan riittävästi perustella, vaikka ne muodostavat merkittävän syyn budjettilyityksille. | ○ ● ○ |

| | | |
|--|--|-------------|
| Toiminnan työnjakomuutokset on otettava huomioon talousarviovalmistelussa. | Uusien taseyksiköiden ja tulosalueiden perustaminen on huomioitu talousarviossa. | ○ ○ ● |
| Investointien alituksia ei lainkaan selitetä tai analysoida. Rakennusinvestointien ja laitehankintojen alitukset tarkistettuunkin talousarvioon tulee selittää toimintakertomuksessa. Hankekohtaisten investointien ylityksiä/alituksia ei lainkaan perustella. Hankkeiden kokonaiskustannusarviot eroavat talousarviossa esitetystä luvusta. Tietojen pitää olla yhteneväiset molemmissa asiakirjoissa. Myös taulukoiden tietojen oikeellisuus pitää varmistaa. Investointeihin liittyvien tietojen pitää olla yhteneväiset sekä talousarviossa että toimintakertomuksessa. | Investointien toteutuminen on raportoitu aikaisempaa selkeämmin. | ○ ○ ● |
| Valtuuston asettamien strategisten tavoitteiden toteutuminen | | |
| HUS:n strategian yhdeksi päämääräksi hyväksyttiin potilaslähtöisyys. Tämän painotuksen täytyy näkyä kaikessa vuosiraportoinnissa. Termit (potilaslähtöisyys, vaikuttavuus ym.) pitää avata yksiselitteisesti. Potilasturvallisuus ja hoidon vaikuttavuus on nostettava selkeästi mitattavaksi tavoitteeksi. Toiminnalle on määriteltävä HUS-tasolla laatuindikaattorit. Näitä voivat olla esim. leikkausten lukumäärä/kirurgi/vuosi, uusintaleikkausfrekvenssi, infektiot. | Termejä potilaslähtöisyys ja vaikuttavuus ei ole määritely, eikä niiden mittaamista ole tarkemmin käsitelty. Vaikuttavuus näkyy vain Hyksin sairaanhoitoalueen tavoitteissa. Vain psykiatrian tulosyksikkö on asettanut mittareita vaikuttavuuden arvioimiseksi. Potilasturvallisuussuunnitelman laatu- ja vaikuttavuusmittareiden käyttöönotto siirtyi vuodelle 2012. | ● ○ ○ |
| Toimintoja, työnjakoa ja rakenteita on suunniteltava, ohjattava ja seurattava kokonaisuuksina sekä HUS-tasolla että erityisvastuualueella. Potilaita tulee ohjata hoitoon sinne, missä on kapasiteettia ja osaamista. Leikkausten teettäminen lisätyönä ei ole perusteltua eikä hyväksyttävää silloin, kun vapaata, normaalin työajan kapasiteettia on vapaana toisaalla organisaatiossa. Tekonivelleikkausten järjestämistapa on arvioitava uudestaan huomioiden leikkausmääristä annetut uudet suositukset. | Toimintoja on kehitetty mm. palveluja keskittämällä ja vähentämällä päivystyspisteitä. Potilasohjaus ei toteudu kaikilta osin tyydyttävästi, ks. tarkemmin kohta 7.2. | ○ ● ○ |

| | | |
|---|--|----------------------|
| <p>HUS:n omien asiantuntijoiden käyttöä toiminnan suunnittelussa tulee ensisijaistaa. Konsulttien käyttö tulee rajata vain niihin tehtäviin, joiden osaamista HUS:ssa ei ole. Kliinistä työtä tekeville lääkäreille pitää järjestää tutkimukselle varattua työaika. Myös muulle henkilöstölle tulee varata mahdollisuus irrottautua tutkimus- ja kehittämistehtäviin. Toimintaprosessien kehittämiseen tulee kannustaa.</p> | <p>Konsulttien käyttö mainitaan TPTK:n eräissä luvuissa mutta TPTK ei anna kokonaiskuvaa konsulttien käytöstä ja kustannuksista. Tutkimustyöhön varattua työajasta ei ole uusia ohjeita. Toimintaprosessien kehittämistä on kannustettu myöntämällä määrärahoja kehittämishankkeille, mutta niiden raportointi on puutteellista.</p> | <p>○ ● ○</p> |
| <p>Tutkimus- ja kehittämistoiminnan organisointi on otettava uuteen tarkasteluun, missä huomioidaan myös HUS:n tietovarantojen hallinnointi ja oikeellisuuden varmistaminen. Hankehallintaa ja projektityöskentelyä on parannettava: on arvioitava realistisesti oman työn osuus ja huomioitava se myös kustannuksissa. Tietojärjestelmien käytettävyyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota ja se tulee arvioida ennen lopullista käyttöönottoa.</p> | <p>HUS Plus-järjestelmästä annetut suositukset on huomioitu henkilöstöhallinnossa ja niitä on hyödynnetty Kuntarekry-järjestelmää käyttöönotettaessa. Digisanelujärjestelmän käyttöönottoon liittyi viivästymisiä ja epäluotettavuutta, joka vaikeutti potilaiden hoitoa ja jatkohoidon järjestämistä. Taloushallinnon tietojärjestelmiä on kehitetty, mutta niiden pitäisi tuottaa vielä ajantasaisempaa tietoa talousarvion toteutumisen seurantaan.</p> | <p>○ ● ○</p> |
| <p>Hoitoketjuille pitää yhteistyössä jäsenkuntien kanssa määritellä selkeät vastuutahot. Jäsenkuntien on omalta osaltaan varmistettava potilaiden jatkohoitomahdollisuudet. Jäsenkuntien edustajien vaikutusmahdollisuuksia HUS:n ohjauksessa ja molemminpuolisessa tiedonvälityksessä on kehitettävä HUS:n sääntöjen mukaisesti.</p> | <p>Pääkaupunkiseudun kuntien ja valtion aiesopimuksen tavoitteena oli kehittää v. 2011 aikana 4 hoitoketjua, mutta työ oli 2011 lopussa kesken. Kuntayhteistyötä on kehitetty mm. järjestämällä kuntien informaatio- ja keskustelutilaisuuksia sekä perustamalla HUS-Total kuntaportaali.</p> | <p>○ ● ○</p> |



Aivoverenkiertohäiriöiden (AVH) hoito esimerkkinä uudesta ja vaikuttavasta innovaatiosta

HUS:n aivohalvauksyksikössä tehdään vaikuttavaa ja innovatiivista työtä (arviointikertomus luku 3.5.2). Nopea oireiden tunnistus on aivohalvauksen menestyksellisen hoidon kriittinen osatekijä. Oireiden tunnistamisessa voidaan hyödyntää yksinkertaista muistisääntöä, joka tulee englanninkielisestä sanasta FAST:

F (face) Roikkuuko suupieli?

A (arm) Nouseeko käsivarsi?

S (speech) Sammaltaako puhe?

T (time) Muistuttaa kiireestä hälyttää ambulanssi (112)

Muistisääntö sopii sekä terveydenhuollon ammattilaisille että maallikoille.

Kannen kuva: Juhani Lassander, HUS-viestintä.