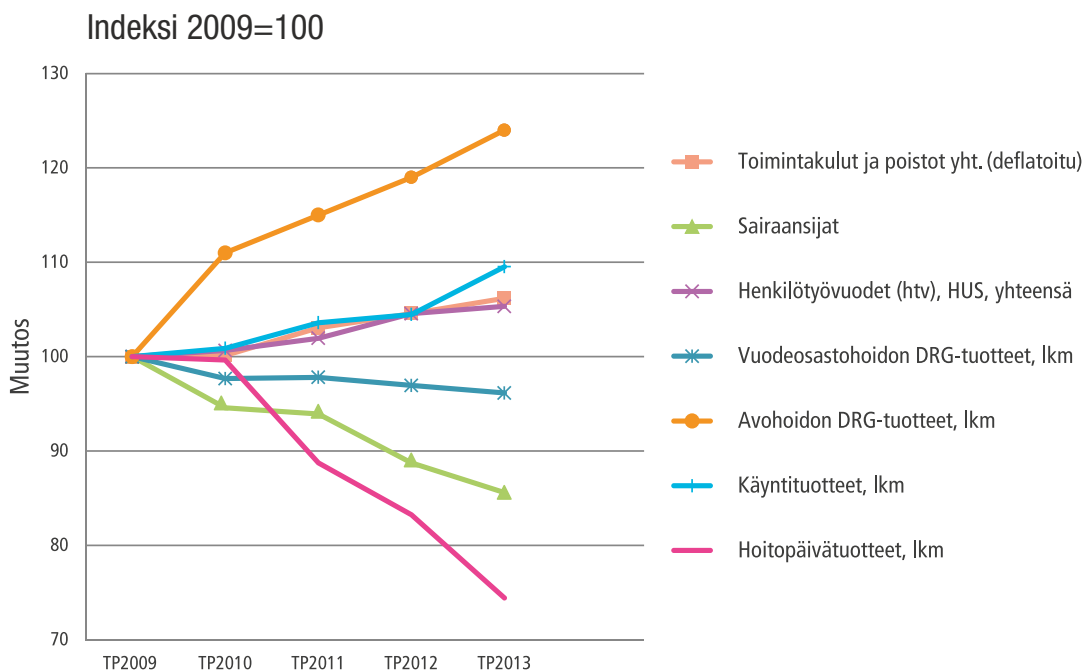


TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIOINTIKERTOMUS VUODELTA

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuustolle

2013

HUS:N TOIMINNAN JA TALOUDEN KEHITYS 2009-2013



Kuvion selitys arviointikertomuksen luvussa 4.5.1

SISÄLTÖ

1. PUHEENJOHTAJAN KATSAUS	3
2. TIIVISTELMÄ	4
3. ULKOINEN TARKASTUS	5
4. VUODELLE 2013 ASETETTujen STRATEGISTEN AVAINTAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN	6
4.1 POTILAS/ASIAKAS JA YHTEISKUNNALLINEN VAIKUTTAVUUS	7
4.1.1 Hoidon vaikuttavuus ja tulosten vertailu	10
4.1.2 Potilaslähtöisyys HUS:n toiminnassa	13
4.2 OPETUS JA TUTKIMUS	14
4.3 PROSESSIT, RAKENTEET JA JOHTAMINEN	15
4.4 HENKILÖSTÖ	16
4.5 TALOUS	17
4.5.1 Talouden tasapainotuksen toteutuminen	19
4.5.2 Sairaanhoidon talouden ja toiminnan vertailu	22
5. TARKASTUSLAUTAKUNNAN TYÖSUUNNITELMAAN 2013 KUULUNEITA ARVIOINTIAIHEITA	24
5.1 OSAAMISKESKUSUUDISTUS	24
5.2 SYDÄN- JA KEUHKOKESKUS HYKS:N ENSIMMÄINEN TOIMINTAVUOSI	25
5.3 HYKSIN OY KLIINISTEN PALVELUJEN TUOTTAJANA	28
5.4 UUSI LASTENSAIRAALA 2017 -HANKE	30
5.5 PALVELUSETELI TAPANA JÄRJESTÄÄ ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUITA	31
5.6 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEINEN ASIAKAS- JA POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ APOTTI	32
5.7 YHTYMÄHALLINNON SOPIMUKSET ASiantuntijapalveluista vuosina 2012-13	33
5.8 LEAN TOIMINTAMALLI JORVIN PÄIVYSTYKSEN KEHITTÄMISTYÖSSÄ	35
5.9 SAIRAANHOITAJIEN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TYÖNKUVIEN LAAJENTAMINEN	37
6. VUOSIEN 2011 JA 2012 ARVIOINTIKERTOMUSTEN VAIKUTTAVUUS	39

ALLEKIRJOITUKSET

Liite 1. Tulokset kyselystä "Sairaanhoidajien työnkuvien laajentaminen"

Käsitteet ja lyhenteet

1. PUHEENJOHTAJAN KATSAUS

Sote-ratkaisu syntyi arviointikertomuksen viimeistelyn ollessa loppusuoralla. Vuoden 2012 arviointikertomuksen kannessa olleen kuvan viesti suuruuden ekonomian vaikutuksesta oli HUS:n toimitusjohtajan mukaan yksi sote-sopuun ratkaisevasti vaikuttaneista tekijöistä.

HUS uudistaa organisaatiotaan muodostamalla Hyks-sairaanhoidon alueelle 12 osaamiskeskusta. Tavoitteena on HUS:n organisaatiotasojen vähentäminen, tehokkaat hoitoprosessit ja hoitoprosessien johtaminen yhtenä kokonaisuutena. HUS:n johdon tulee varmistaa, ettei osaamiskeskusten ympärille muodostu muureja, vaan ne toimivat yhdessä HUS:n yhteisten päämäärien saavuttamiseksi ja huippuhoidon varmistamiseksi.

Kiinnostava avaus erikoissairaanhoidon palvelujen rahoittamismallista on Uusi Lastensairaala 2017 –hanke. Suomen itsenäisyyden 100-vuotis juhluvuonna valmistuu uusi lastensairaala, joka rahoitetaan sekä yksityisillä että julkisilla varoilla. Hanke on saanut paljon julkisuutta ja sillä on iso joukko tukijoita. Lahjoituksia on kertynyt huhtikuussa 2014 yli 23 milj. euroa.

EU-direktiivi potilaiden vapaasta liikkuvuudesta vaikuttaa terveydenhuollon markkinoiden toimintaan. Vapaan liikkuvuuden myötä syntyy enemmän kilpailua, viitteitä on olemassa jopa yksityissairaalabuumista. Silloin kun yksityissairaaloita on perustamassa HUS:n omat työntekijät, tulee HUS:n varmistua siitä, että sivutoimilupien edellytykset ovat kunnossa. HUS:n on huolehdittava brändistään pystyäkseen vakuuttamaan asiakkaansa. HUS:n oma yksityissairaala HYKSin kliiniset palvelut Oy on vuoden ajan hakenut paikkaansa näiltä markkinoilta. Alun hankaluuksien jälkeen on mietittävä keinoja, joilla toiminta saadaan paremmin pyörimään.

Yliopistosairaaloiden tuottavuus nousi 2008–12 välisenä aikana noin 5 %, eniten Taysissä ja Hyksissä. Vaikka HUS ei vuonna 2013 tuottavuustavoitettaan saavuttanut, niin kustannuskehitys on ollut maltillista ja palvelutuotantoa on lisätty. Varsinkin loppuvuoden sopeuttamistoimenpiteet ja ulkokuntamyynä onnistuivat hyvin. Yliopistosairaaloiden välisessä vertailussa Hyks sijoittui neljänneksi sekä episodisesti DRG-tuottavuudessa vuonna 2012.

Syksyllä 2013 tarkastuslautakunta teki tutustumiskäynnin Karolinskaan, Tukholmaan. Tutustumiskäynnillä nousi esiin asioita, joiden soveltamista myös HUS:ssa kannattaisi harkita: johtamisen kehittämissuunnitelma, jossa panostettiin erityisesti johtoryhmien kehittämiseen, potilasprosessien joutavuuteen Lean-menetelmää hyödyntämällä, hoitajien kouluttaminen lääkärin tehtäviin erityisesti kroonisissa sairauksissa, lääkärin toimiminen vain joko julkisen tai yksityisen työnantajan palveluksessa, yksilöllinen palkkauspolitiikka, joustava budjetointi (kuluraami seuraa toimintaa). Karolinskan rooli puhtaasti tuottajaorganisaationa näkyi johtamisen jänteessä ja taloushallinnollisessa osaamisessa. Ruotsin terveydenhuollossa on käynnissä mielenkiintoisia kehittämishankkeita mm. laatuun ja hoidon vaikuttavuuteen perustuvan hinnoittelun osalta. Esimerkiksi Tukholman läänin maakäräjät maksaa leikkauksista pakettihinnan, mutta tietty osuus palkkiosta jää vuodeksi odottamaan selkäleikkauksen tuloksia. Sairaalan saama lopullinen palkkio on kiinni potilaan kivusta. Ruotsin esimerkki osoittaa, että laatua ja vaikuttavuutta on mahdollista mitata, jos siihen on halua.

2. TIIVISTELMÄ

Arviointikertomus perustuu tavoitelähtöiseen arviointiin. Tarkastuslautakunnan tavoitteena on valtuustokaudella 2013-16 käydä arvioinnissaan läpi koko organisaatio. Vuoden 2013 arvioinnin kohteena ovat strategiset avaintavoitteet. Niiden toteutumista arvioidaan luvun neljä taulukoissa, joissa toteutumista kuvaavat mittarit on jaettu tasapainotettujen tuloskorttien näkökulmien mukaan: potilas/asiakas ja yhteiskunnallinen vaikuttavuus; opetus ja tutkimus; prosessit, rakenteet ja johtaminen; henkilöstö ja talous.

Luvussa viisi tarkastuslautakunta arvioi vuoden 2013 työohjelmaansa sisältyneitä aiheita, jotka toteuttavat myös HUS:n strategiaa vuosille 2012-16: osaamiskeskusuudistus, Sydän ja keuhkokeskus HYKS, HYKSin kliniset palvelut Oy, Uusi Lastensairaala 2017 -hanke, palvelusetelit tapana järjestää erikoissairaanhoidon palveluja, Apotti, asiantuntijapalveluiden käyttö yhtymähallinnossa, Lean-toimintamalli päivystyksen kehittämisessä ja sairaanhoitajien työnkuvien laajentaminen.

Luvussa kuusi tarkastellaan vuosien 2011 ja 2012 arviointikertomusten vaikuttavuutta, eli sitä miten tarkastuslautakunnan havainnot ja suositukset on otettu huomioon toiminnassa ja taloudessa. Tarkastuslautakunta toteaa HUS:n toiminnan muuttuneen lautakunnan esittämien havaintojen ja suositusten suuntaan. Arviointikertomus vuodelta 2013 sisältää 12 havaintoa ja suositusta, joihin tarkastuslautakunta pyytää hallitukselta lausuntoa ja jotka se välittää valtuustolle tiedoksi.

Myönteisiä havaintoja vuodesta 2013

- taloudellinen tulos
- palvelujen sujuvoittamiseen tähtäävän Lean-toiminnan laajeneminen
- työolojen ja työtyytyväisyyden paraneminen vuosi vuodelta työolobarometrin mukaan
- potilasturvallisuuteen tähtäävän toiminnan lisääntyminen
- erikoissairaanhoidon poliklinikka- ja konsultaatio-toiminnan lisääntyminen perusterveydenhuollossa
- Uusi Lastensairaala 2017 -hankkeen nopea eteneminen

Eräitä asioita, joita tulee vielä kehittää

- hoitotulosten vertailtavuus HUS:n eri yksiköiden välillä sekä kansallisesti että kansainvälisesti
- talouden seurantaprosessit ja ennusteiden tarkkuus
- hoitoon pääsy terveydenhuoltolain mukaisten määräaikojen puitteissa (hoitotakuu)
- sairaanhoitoalueiden yhteistyö ja koordinaatio
- tutkimusrahoituksen turvaaminen
- hoito- ja palveluketjujen kehittäminen ja soveltaminen käytäntöön yhdessä perusterveydenhuollon kanssa



Eturivi (vas.): Tuula Lind, Markku Pyykkölä (pj.), Päivi Salli, takarivi (vas.): Kari T. Nukala, Maija Anttila (vpj.), Juha Malmi, Reijo Salmela (arviointijohtaja), Aatos Hallipelto ja Pirjo Räsänen (arviointipäällikkö).

3. ULKOINEN TARKASTUS

Tarkastuslautakunta vuosille 2013–2016 (27.3.2013–)

Varsinainen jäsen

Markku Pyykkölä, pj. (Kok.), Kerava
 Maija Anttila, vpj. (SDP), Helsinki
 Päivi Salli (Vihr.), Espoo
 Juha Malmi (PS), Vantaa
 Risto Ranki (Kok.), Helsinki*
 Aatos Hallipelto (Kok.), Helsinki**
 Tuula Lind (SDP), Kerava
 Kari T. Nukala (Kok.), Espoo

* Risto Ranki, ero 12.6.2013

** Aatos Hallipelto, jäsen 12.6.2013 alkaen

Varajäsen

Raimo Huvila (Kok.), Vantaa
 Merja Vuori (SDP), Espoo
 Taru Tiusanen (Vihr.), Järvenpää
 Piritta Poikonen (PS), Lohja
 Seija Muurinen (Kok.), Helsinki
 Seija Muurinen (Kok.), Helsinki
 Tapani Eskola (SDP), Porvoo
 Heikki Kurkela (Kok.), Kauniainen

Ulkoisen tarkastuksen yksikkö

Reijo Salmela, arviointijohtaja, lautakunnan esittelijä, dos., LKT, THT

Pirjo Räsänen, arviointipäällikkö, dos., FT, esh., lautakunnan sihteeri

Jenni Hämäläinen, erikoissuunnittelija, YTM, TtK, sh

Pirkko Hirvelä, tarkastusassistentti, HSO-sihteeri

Sari Koskinen-Kivilahti, kehittämisspäällikkö, ThM, vuorotteluvapaa 2.1. – 12.12.2013

Ritva Pehkonen-Eurén, tarkastusassistentti, tradenomi, MBA, Yo-merkonomi, vuorotteluvapaa 2.1. – 1.12.2013

Yhteystiedot

HUS, Palvelukeskus, Stenbäckinkatu 9, rakennus 7 A

(09) 4711, etunimi.sukunimi@hus.fi

Tilintarkastusyhteisö

KPMG Julkishallinnon Palvelut Oy, vastuunalainen tilintarkastaja Jorma Nurkkala, JHTT, KHT.

4. VUODELLE 2013 ASETETTUIJEN STRATEGISTEN AVAINTAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN

Tarkastuslautakunnan arvio perustuu vuoden 2013 tilinpäätös ja toimintakertomuksen (TPTK-asiakirja) tietoihin, muuhun asiakirja-aineistoon ja virkamiesten haastatteluihin ja kyselyihin. TPTK-asiakirja on laadittu kuntalain vaatimusten mukaisesti. Ympäristöasioista on laadittu erillinen ympäristöraportti ja henkilöstötoimintaa käsitellään erillisessä henkilöstökertomuksessa. Potilasturvallisuusasioista raportoidaan vuosittain erillisessä raportissa, mutta sen käsittelyaikataulu poikkeaa muista em. raporteista siten, ettei raportin lopullinen versio ole tarkastuslautakunnan käytettävissä arviointikertomusta tehtäessä. Lisäksi kuntayhtymä laatii vuosittain sisällöltään suppeamman ns. viestinnällisen vuosikertomuksen, joka on tarkoitettu asiakkaille ja sidosryhmille. Joissakin sairaanhoitopiireissä (esim. Tyks) on laadittu erillisiä potilashoidon vuosikertomuksia osaksi toimintakertomuskokonaisuutta.

Vuodelle 2013 oli asetettu 19 avaintavoitetta, ja niiden saavuttamista mitataan TPTK-asiakirjassa 39 mittarilla, joille oli asetettu 44 tavoitearvoa. Tarkastuslautakunnan arvio tavoitteiden toteutumisesta ilmaistaan liikennevaloja käyttäen. Joidenkin avaintavoitteiden toteutumisen arvioinnin yhteydessä tarkastuslautakunta nostaa esiin tärkeinä pitämiään asioita, joille ei oltu asetettu tavoitearvoa vuodelle 2013.

Tarkastuslautakunta arvioi vihreän liikennevalon syntyvän 16 tavoitearvon kohdalla, punainen liikennevalo syttyy 26 tavoitearvon kohdalla ja keltainen liikennevalo 2 kohdalla. Tarkastuslautakunnan arvio poikkesi kymmenen tavoitearvon kohdalla suluissa olevista hallituksen arvioista (kyllä/ei/tietoa ei vielä käytettävissä).

4.1 POTILAS/ASIAKAS JA YHTEISKUNNALLINEN VAIKUTTAVUUS

- Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2013 on saavutettu,
- Keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2013 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2013 lopussa,
- Punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan. Suluissa oleva on hallituksen arvio (kyllä/ei, tietoa ei vielä käytettävissä) tavoitearvon toteutumisesta.

AVAINTAVOITTEET, MITTARIT JA TAVOITEARVOT 2013	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA (suluissa hallituksen arvio)
Hoitotulosten vertailtava laatu	
Mittari(t) Toiminnan osuus, jossa hoitotulosten vertailtavuus on osana toimintayksiköiden ohjaamista	
Tavoitearvo(t)	
2013 käynnistetään vähintään neljä HUS-tasoisesti koordinoitua yhtenäisten toimintamallien pilottia (painehaavan ehkäisy, kivun hoito, kaatumisten ehkäisy ja ravitsemuksen turvaaminen)	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Kivun hoidon pilottia ei aloitettu.
Potilasturvallisuus	
Mittari(t) Potilasturvallisuussuunnitelman mukaiset raportointikäytännöt on otettu käyttöön kaikissa sairaanhoidon yksiköissä HaiPro-ilmoitusten edellyttämät potilasturvallisuutta parantavat toiminnan muutokset sisältyvät toimintasuunnitelmiin	
Tavoitearvo(t)	
2013 raporttien käsittely on toteutunut suunnitelman mukaisesti ja potilasturvallisuutta parantavat toiminnan muutokset on toteutettu	Tavoite toteutui. ● (kyllä)
	Asioita, jotka ovat edistyneet Potilaiden ja heidän läheistensä mielipiteiden ja ideoiden huomioon ottaminen (toteutettiin kysely sairaanhoitoalueen väestölle). Johtajaylilääkärin ohje 1/2014: Potilaan tunnistaminen ja tunnisterannekkeen käyttö.

	<p>Asioita, joissa edelleen kehitettävää HUS-ToTal-ohjelmassa olevat OECD mittareiden tulokset ovat edelleen osin epäluotettavia. Mittariston luotettavuuden lisäämiseksi on perustettu validointityöryhmä.</p> <p>Tarkastuslautakunta pyysi 5/2013 selonteon HUS-Kuvantamiselta PACS –potilastietojärjestelmän ongelmista. Puutteita oli järjestelmän suorituskyvyssä ja vakaudessa, puheentunnistuksessa ja eri potilastietojärjestelmien välisessä kommunikaatiossa. Selonteon mukaan ne eivät vaarantaneet potilasturvallisuutta. 4/2014 tilanne on seuraava¹</p> <ul style="list-style-type: none"> » 13 ilmoitusta HaiPro-ohjelmaan (6/2013 – 3/2014), joista 3 on tehty ilmoitus myös HUS-riskit järjestelmään » Laatuosoitus parantunut, vikailmoitusten määrä laskenut » Hyväksymistarkastus tekemättä (mahdollisesti huhtikuussa 2014) » Käynnistetty ulkopuolisen tekemä arviointi » Käyttäjätyytyväisyys mitattiin syksyllä 2013 ja todettiin, että se voisi olla parempikin. Sen jälkeen otettu käyttöön kuvankatselusovellus, jonka arvellaan parantaneen käyttäjätyytyväisyyttä » Järjestelmätuki on keskitetty ATK-apuun
Hoidon vaikuttavuus	
Mittari(t) Se osuus toiminnasta sekä uusien kalliiden teknologioiden käyttöönotosta, joka on hoidon vaikuttavuuden arvioinnin piirissä	
Tavoitearvo(t)	
2013 aloitetaan ainakin kahden potilasryhmän vaikuttavuusarvioinnin uusintatutkimus ja kahden uuden potilasryhmän tutkimus vuosittain	Tavoite ei toteutunut. ● (kyllä) Järjestelmällisiä arviointihankkeita ei arviointiylilääkärin tietojen mukaan ole käynnistetty tavoitteen mukaisesti.
2013 Mini-HTA-arvio sisällytetään osaksi investointihakemusprosessia ja määritellään vaikuttavuusarvion käyttöperiaatteet uusien hoitomenetelmien käyttöönotossa ERVA-alueella.	Tavoite toteutui. ● (kyllä) HUS:n investointiohjeessa (pysyväsohje 5/2013) on vaatimus Mini-HTA –arvioinnista, mutta arvioita ei v. 2013 tehty. HYKS-ervaon on perustettu menetelmien arviointiryhmä.
	Asioita, jotka ovat edistyneet Ensimmäinen Mini-HTA arviointi tehtiin aiheesta ”Rustosolujen siirtoleikkaukset”.
	Asioita, joissa edelleen kehitettävää Arviointiylilääkärin vetämän vaikuttavuushankkeen lisäksi HUS:ssa tehdään vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimusta eri klinikoissa tutkijalähtöisesti. Tietoja ei kootusti saatavissa.

1 Tieto saatu: Toimitusjohtaja Putkonen J, 4.4.2014.

Hoidon yhtäläinen saatavuus ja oikea-aikaisuus	
Mittari(t) Kiireellisten (1–30 pv) diagnoosien ja potilasryhmien hoidon kriteerit ja niiden toteutuminen TH-lain edellyttämän ensihoidon järjestäminen palvelutasopäätöksen mukaisena laadukkaasti ja tehokkaasti Hoitoon ja tutkimukseen odottavien potilaiden määrä asukaslukuun suhteutettuna	
Tavoitearvo(t)	
2013 määritetty 10 yleisimmän potilasryhmän kriteerit ja arvioitu niiden toteutuminen	Tavoite ei toteutunut. ● (TPTK-asiakirjan sivulla 20 ei, mutta sivulla 4 kyllä)
2013 ensihoito järjestetty HUS:n toimesta kaikilla sairaanhoitoalueilla	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Ensihoito siirtyi 1.1. HYKS-sha:en vastuulle.
Hoitoon ja tutkimukseen odottavien potilaiden määrä asukaslukuun suhteutettuna on pienin yliopistosairaanhoitopiireistä	Tavoite ei toteutunut. ● (tietoa ei vielä käytettävissä) Yli 180 vrk hoitoa odottaneiden potilaiden %- osuus oli HUS:ssa yo-shp:en korkein 1,3 (2,4 % vuonna 2012) (Pirkanmaan shp 1,0; Pohjois-Pohjanmaan shp 0,8; Pohjois-Savon shp 0,3; Varsinais-Suomen shp 1,1). Tästä huolimatta hoitoon pääsy toteutui edelliseen vuoteen verrattuna paremmin huolimatta kasvaneesta lähetemäärästä. Valviralle annettiin tilanteesta kolme selvitystä, joista ei seuraamuksia.
Terveydenhuollon kokonaisuuden johtaminen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumaton yhteistyö ja kysynnän hallinta	
Mittari(t) Yhteisten palveluketjujen toimivuus Terveydenhuoltopalvelujen järjestämissuunnitelmien toteutuminen ja vuosittainen päivittäminen Esh:n poliklinikatoiminnan volyyymi pth:ssa Elektiivisten lähetteen lukumäärä	
Tavoitearvo(t)	
Sairaanhoitoalueilla määritelty kolme palveluketjua toimivuusmittareineen	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
2013 alueittain kaikki kunnat kattava järjestämissuunnitelma valmis ja HUS-tason järjestämissuunnitelma hyväksytty valtuustossa	Tavoite toteutui. ● (kyllä)
2013 esh:n poliklinikatoiminnan volyyymi pth:ssa 20 htv:ttä	Tavoite toteutui. ● (kyllä)
Elektiivisten lähetteen lukumäärä lisääntyy enintään 1 % vuodessa	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Lähteet lisääntyivät kiireettömään hoitoon 5,5 %.

Omistajaohjauksen edesauttaminen ja yhteiskunnallinen vaikuttavuus

Mittari(t) Omistajatytyväisyys Kolme eri arvioijapanelistin (HUS:n hallitus, omistajakunnat, tiedotusvälineiden edustajat) muodostaman ryhmän antama 3–5 väittämään perustuva numeerinen arvio HUS:n yhteiskunnallisesta vaikuttavuudesta. HUS osallistuu aktiivisesti päätöksillään, kannanotoillaan ja virkamiestyöskentelyllä keskusteluun sosiaali- ja terveydenhuollon tulevasta palvelurakenteesta edistämällä perustasolla tapahtuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja sellaista vertikaalista integraatiota (perustaso ja erikoissairaanhoidon yhdessä), joka turvaa yhtä aikaa kuntien edun mukaisen laadukkaan ja kustannusvaikuttavan erikoissairaanhoidon ja tehokkaat perustasolla toteutettavat erikoissairaanhoidon palvelut, esimerkiksi erikoislääkärivastaanotot ja konsultaatiot	
Tavoitearvo(t)	
Toteutetaan omistajatytyväisyyskysely, tavoitearvo 8 (asteikolla 4–10)	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Omistajatytyväisyysmittauksia ei tehty ja ratkaisu perustellaan TPTK-asiakirjassa. HUS on määrätietoisesti pyrkinyt vaikuttamaan sote-ratkaisun syntyyn tavoitteena säilyttää yhtenäisen esh Uudellamaalla.
Vuosina 2013–16 tavoitearvo 8,5 jokaisena vuonna (asteikolla 4–10)	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
HUS-alueen ja HYKS-ervan soterakenteesta valmistuu suunnitelma 31.5.2013 mennessä	Tavoite toteutui osittain. ● (kyllä) V. 2013 valmistuneita suunnitelmia ei toteutettu, valtioneuvosto teki lopullisen päätöksen vasta 2014.

4.1.1 Hoidon vaikuttavuus ja tulosten vertailu

HUS:n strategiassa vuosille 2012–16 on tavoitteeksi määritetty, että hoito on turvallista ja laadultaan korkeatasoista. Sen todentaminen edellyttää, että hoidon tuloksia mitataan ja vertaillaan muihin sairaaloihin sekä Suomessa että kansainvälisesti.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) **Perfect-hankkeessa** on tutkittu eräiden erikoissairaanhoidon palvelujen vaikuttavuutta sairaanhoitopiireittäin. Tarkasteluun on otettu mukaan potilasmäärältään suuria tai kustannuksiltaan merkittäviä sairausryhmiä, joiden osalta tiedot on päivitetty vuoteen 2010 saakka². Taulukossa 1 esitetään aivo- ja sydäninfarktipotilaiden ja lonkkamurtumapotilaiden hoitopäivien määrä ja kuolleisuus 365 päivän seuranta-aikana. Tiedot kuvaavat sairaanhoitopiirien jäsenkunnissa asuvien potilaiden hoitopäiviä ja kuolleisuutta riippumatta siitä, missä sairaalassa hoito toteutettiin. Tiedot on vakioitu iän,

sukupuolen ja liitännäissairauksien suhteen, ja hoitopäivien määrä lisäksi vuoden elossaolopäivien suhteen.

Lonkkamurtumapotilaille kertyi koko maassa keskimäärin 86,8 hoitopäivää 365 päivän seuranta-aikana. Aivo- ja sydäninfarktipotilailla vastaavat luvut olivat 61,5 ja 19,9 hoitopäivää. Vuoden kuolleisuus oli noin 19 % kaikissa kolmessa potilasryhmässä. HUS:n jäsenkuntien potilaille kertyi hoitopäiviä sekä lonkkamurtumien että aivoinfarktien hoidossa hieman enemmän kuin maassa keskimäärin, ja myös kuolleisuus ylitti näissä potilasryhmissä hieman maan keskimääräisen tason. HUS:n jäsenkuntien sydäninfarktipotilailla sekä hoitopäivien käyttö että etenkin kuolleisuus olivat alle maan keskitason.

Suomessa on saatavissa hyvin vähän Perfect-hankkeen tapaista tietoa erikoissairaanhoidon palvelujen vaikuttavuudesta. Esimerkiksi Ruotsissa tilanne on toinen lainsäädännöllisestä velvoitteesta johtuen. Seuranta-ajasta, rekisteritietojen aikaa vievästä tarkastelusta ja tutkimuslupamenettelystä johtuen rekisteritutkimuksen tulokset eivät ole ajantasaisia.

² <http://terveytemme.fi/perfect/tulokset/index.html>

Sairaanhoitopiiri	Lonkkamurtuma		Aivoinfarkti		Sydäninfarkti	
	Hoitopäivien lkm (ka)	Kuolleisuus (%)	Hoitopäivien lkm (ka)	Kuolleisuus (%)	Hoitopäivien lkm (ka)	Kuolleisuus (%)
Etelä-Karjala	85,4	15,9	56,5	17,8	18,9	18,9
Etelä-Pohjanmaa	93,2	19,6	56,2	20,4	20,2	20,1
Etelä-Savo	92,8	20,0	54,9	18,8	19,0	20,3
Helsinki ja Uusimaa	87,1	19,5	63,3	19,4	19,5	17,5
Itä-Savo	95,2	16,6	59,9	19,7	20,7	20,2
Kainuu	78,0	23,2	61,3	24,2	19,7	21,5
Kanta-Häme	89,1	19,7	44,7	19,8	20,5	20,0
Keski-Pohjanmaa	94,9	22,3	68,6	17,1	17,5	17,8
Keski-Suomi	88,1	20,4	59,2	17,8	22,5	18,5
Kymenlaakso	95,4	19,9	71,3	20,8	18,4	22,9
Lappi	88,0	17,9	66,5	19,1	23,9	18
Länsi-Pohja	89,7	17,5	58,3	18,6	20,7	20,2
Pirkanmaa	90,2	19,4	57,1	19,5	21,6	16,8
Pohjois-Karjala	84,3	18,5	67,7	19,7	19,6	23,7
Pohjois-Pohjanmaa	92,9	18,2	53,6	16,8	19,4	17,2
Pohjois-Savo	87,6	18,6	57,6	19,4	21,9	19,4
Päijät-Häme	75,7	18,8	60,4	18,3	18,2	23,2
Satakunta	98,3	19,7	56,4	20,4	20,1	19,6
Vaasa	83,1	15,7	59,7	19,2	21,5	16,2
Varsinais-Suomi	93,0	20,5	59,8	19,1	20,2	18,1
Koko maa	86,8	19,3	61,5	19,2	19,9	19,0

Taulukko 1. Lonkkamurtuma-, aivoinfarkti- ja sydäninfarktipotilaiden vakioitu hoitopäivien määrä ja kuolleisuus (%) 365 päivän kuluessa sairastumisesta vuosina 2008–2010 sairaanhoitopiireittäin. Punaisella merkityt arvot ylittävät valtakunnallisen keskiarvon ja sinisellä merkityt alittavat sen. Lähde: <http://www.terveytemme.fi/>, viitattu 3.4.2014.

Koska sairaanhoitopiirien väliset erot yleensä muuttuvat hitaasti, voidaan tässä esitetyistä tuloksista vetää kuitenkin eräitä päätelmiä. Arvioiduissa kolmessa potilasryhmässä kuolleisuus oli HUS:n jäsenkuntien potilailla alle maan keskitason vain sydäninfarktin osalta. Hoitopäivien lukumäärä (mikä kuvastaa hoito- ja kuntoutusprosessin tehokkuutta) oli kaikissa kolmessa potilasryhmässä lähellä maan keskitasoa. Tulokset viittaavat siihen, että HUS ei ainakaan vuosina 2008-10 ollut strategiansa otsikoinnin mukaisesti edelläkävijä näillä mittareilla arviotuna näissä potilasryhmissä; lähivuosien seurantatiedot osoittavat onko HUS saavuttanut edelläkävijän aseman.

Vuonna 2012 HUS liittyi sairaaloiden tuloksia arvioimaan brittiläiseen **Dr Foster –järjestelmään**. Järjestelmässä on tietoja 40 sairaalaan indikaattoreista (kuolleisuus, uusinta-hoitajaksot ja hoidon pituus). Järjestelmästä saatavan tiedon mukaan HUS on maailman paras sairaala aivoinfarktien hoidossa (alhaisin yhden vuoden kuolleisuus). Asiantuntijoiden mukaan yksi olennainen asia tuloksen takana on maailman nopeimpiin kuuluva liuotushoito. Tämä tieto annettiin julkisuuteen Dr Foster –järjestelmästä uutisoitaessa, sillä tieto on todennettavissa muistakin lähteistä. Dr Fosterin parempi tulos HUS:n aivohalvauksuolleisuuden osalta verrattuna THL:n Perfect-hankkeen tuloksiin johtunee siitä, että Dr Fosterin vertailut perustuvat uudempaan aineistoon vuodelta

3 Silmätaudeissa mukana vain leikkaaneet lääkärit. Korvataudit ei sisällä audiologeja eikä foniatreja. Neuro- ja verisuonikirurgian lisätöitä ei tiedossa, muilta erikoisaloilta vähennetty prosentuaalisesti erikoisalan lisätöiden osuus. Elinsiirtokirurgian toimintaprofiili poikkeaa muista. Osa-aikaisten erikoislääkäreiden suoritteet on skaalattu vastaamaan 100 % työaika (alle 50 % työaika tekeviä ei huomioitu). Poliklinikakäynnit on painotettu 25 min. ja polikliiniset toimenpiteet 50 min. kestoiksi.

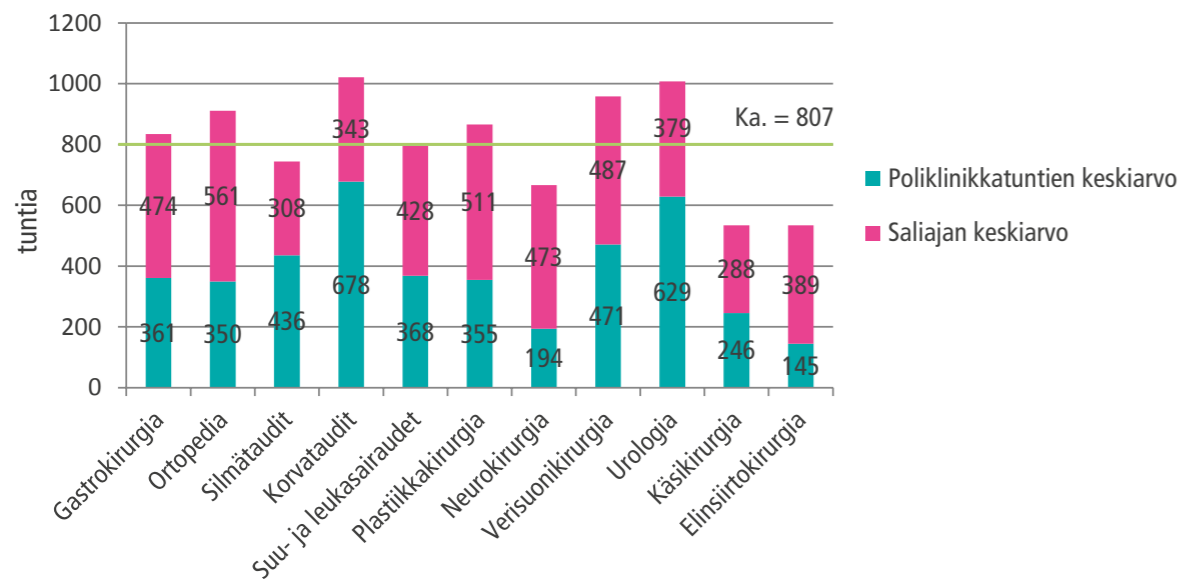
2012 ja että Dr Fosterin -aineisto tulee vain Hyksistä kun Perfect-aineisto sisältää kaikki HUS:n jäsenkuntien potilaat vuosilta 2008-10 hoitopaikasta riippumatta. Dr Fosterista ei voi vielä julkaista muuta vertailutietoa vuodelta 2013, sillä HUS:n tietoihin liittyy epävarmuustekijöitä, jotka vaativat selvittelyä.

HUS isona organisaationa antaa jo itsessään hyvän mahdollisuuden tehdä arviointia ja jo nykyisillä tietojärjestelmillä on mahdollista tarkemmin seurata tuottavuutta ja kuormittavuutta. Tästä on esimerkkinä **HYKS-operatiivisen toimialueen tuottavuusarviointi**⁴, joka perustuu vuoden 2012 tietoihin suoritteista ja resursseista yksiköittäin.

Raportin keskeisimmät tulokset ovat

- Leikkausyksiköiden hoitajatuottavuus on kansallista tasoa, mutta yksiköiden välillä esiintyy eroja. Pääosin keskussairaaloista muodostuvassa vertailujoukossa leikkaussaliaika tunteina per henkilötyövuosi on keskimääräisesti 212, HUS:ssa se vaihteli välillä 185-267. Raportti suosittelee hoitajatyöpanoksen tarkempaa mittaamista ja seuranta.
- Anestesiologian erikoislääkäreiden työpanoksen jakautumisessa oli vaihtelua eri leikkausyksiköiden välillä. Raportti suosittelee anestesiologiresurssien kohdentumisen jatkuvaa seuranta ja yhtenäistä arviota tarpeesta (montako anestesiologia tarvitaan leikkaussalia kohti).
- Erikoislääkäreiden välillä on erikoisalakohtaisia eroja leikkaussali- ja poliklinikasuoritteissa (kuvio 1). Raportti suosittelee laatimaan minimitavoitteet kliinisten suoritteiden osalta ja tavoitteiden toteutumisen seuranta.

4 HYKS-operatiivisen toimialueen tuottavuus. Loppuraportti 21.2.2014. Nordic Healthcare Group.



Kuvio 1. Erikoislääkäreiden suoritteet leikkausyksiköissä ja poliklinikoilla huomioituna haastatteluihin perustuvalla vuodeosastokuormituksella ja lisätöillä³. Lähde: HYKS – operatiivisen toimialueen tuottavuus, loppuraportti 21.2.2014.

Huolimatta siitä, että kyse on pilottitutkimuksesta ja metodi vaatii vielä validointia, niin ilmenneitä eroja on analysoitava ja pohdittava keinoja, joilla tuottavuutta voisi parantaa vertailussa heikommin pärjänneissä yksiköissä. Tulokset antavat arvokasta tietoa johtamiseen ja tuloksia tulee hyödyntää toiminnan määrittelyssä ja suuntaamisessa, kehityskeskusteluissa ja henkilökohtaisten työsuoritusten arvioinnissa ja palkitsemisessa.

HAVAINTO: Tietoa HUS:n eri yksiköiden tuottavuudesta ja palvelujen vaikuttavuudesta on vähän saatavissa, ja tiedon tuottaminen on paljolti ulkopuolisten asiantuntijoiden tekemää. HUS:n omia rekisteriaineistoja olisi mahdollista käyttää laajemmin tuottavuutta, vaikuttavuutta ja laatua koskevan tiedon analysointiin ja tulosten perusteella klinisen toiminnan kehittämiseen. Operatiivisen tulosyksikön tuottavuudessa on eroja erikoisalojen välillä.

SUOSITUS: Toiminnan arvioimiseksi ja vertaamiseksi muihin palveluntuottajiin HUS:n tulee nykyistä enemmän tuottaa ja julkaista tietoa palvelujen tuottavuudesta, vaikuttavuudesta ja laadusta kansallisesti ja kansainvälisesti hyväksytyillä mittareilla. Myös asiakkailla ja potilailla tulee olla mahdollisuus arvioida HUS:n toimintaa julkaistujen tietojen perusteella.

4.1.2 Potilaslähtöisyys HUS:n toiminnassa

Potilaslähtöisyys on yksi HUS:n viidestä arvosta. Strategisena päämääränä vuosille 2012–16 on potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito. Päämäärä sisältää 22 tavoitetta, jotka koskevat asiakkaiden lakisäateisten oikeuksien toteutumista, hoidon laatua, hoitoympäristöä, hoidon saavutettavuutta, asiakkaiden kohtelua, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä sekä potilaiden vaikutusmahdollisuuksia.

Samalla, kun valinnanvapauden lisääntyminen tulee antamaan potilaille enemmän valtaa terveydenhuollon toiminnan ohjaamisessa, tulee se myös lisäämään potilaiden omaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Potilaasta tulee osallistuva ja valitseva asiakas, joka tulee ottaa huomioon toiminnan ohjaamisessa. Asiakaslähtöisyys on yksi terveydenhuoltolain (1326/2010, § 2) tavoitteista. Asiakkaat tulisi sitouttaa hoitoonsa ja ottaa mukaan hoidon suunnitteluun. ICT-teknologiaa voitaisiin hyödyntää paremmin asiakkaiden terveydentilan ja sairauksien seurannassa ja yhteydenpidossa.

Yksilöiden ja ryhmien mahdollisuudet toimia asiakkaina ovat erilaiset muun muassa sosioekonomisista ja toimintakyvyn eroista johtuen. Palveluiden tasa-arvoinen kohdentuminen edellyttää, että palvelujärjestelmässä tunnistetaan erilaisia asiakasryhmiä ja niiden tarpeita. Erillisinä asiakasryhminä strategiassa mainitaan kieliryhmät, lapset, pitkäaikaissairaat ja saattohoitopotilaat. Näiden lisäksi HYKS-alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa mainitaan erityisinä ryhminä ikäihmiset, mielenterveyspotilaat, päihdepotilaat ja lastenpsykiatrian potilaat.

Potilaslähtöisyys näkyi v. 2013 muun muassa seuraavissa asioissa

- ohjaukseen, opastukseen ja vertaistukeen keskittyvä **potilastukipiste Olka aloitti toimintansa** ja on esimerkki siitä, miten palveluiden asiakaslähtöisyyttä voidaan kehittää yhdessä vapaaehtoisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Olka koordinoi sairaalan vapaaehtoistyötä ja tarjoaa muun muassa vertaistukea potilaille, käytännön apua sairaalassa liikkumiseen sekä tietoa potilasjärjestöistä. Huhti-joulukuussa pisteessä kävi 2300 kävijää ja siellä työskenteli 20 vapaaehtoista tehden yhteensä 592 h töitä.
- HUS on ollut mukana kehittämässä **Mielenterveys-talo.fi -palvelua**, joka tarjoaa internetissä tietoa mielenterveydestä ja mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta sairaanhoitopiirin alueen väestölle. Palvelun kautta toteutetaan nettihoitoa ns. matalan kynnyksen palveluina masennuksesta ja paniikkihäiriöistä kärsiville potilaille.
- potilasturvallisuustyössä otettiin käyttöön ns. **verkkoavoviihimenetelmä, jonka tarkoituksena on tuoda esiin erityisesti potilaiden näkökulma** ja potilasturvallisuuteen liittyvät kokemukset kehittämistyön tueksi.
- toimintayksikkökohtainen **potilaspalautteiden jatkuvan keräämisen mahdollistava järjestelmä** otettiin käyttöön. Tuloksista tai siitä, millaisiin kehittämistoimiin palaute on johtanut, ei ole vielä raportoitu.

4.2 OPETUS JA TUTKIMUS

- Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2013 on saavutettu,
- Keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2013 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2013 lopussa,
- Punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan. Sulussa oleva on hallituksen arvio (kyllä/ei, tietoa ei vielä käytettävissä) tavoitearvon toteutumisesta.

AVAINAVOITTEET JA MITTARIT 2013	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
Tutkimusrahoitus lisääntyy	
Mittari(t) Tutkimusrahoituksen määrä	
Tavoitearvo(t)	
2013 HUS:n oma tutkimusrahoitus 5,0 milj. €	Tavoite toteutui. ● (kyllä)
Kilpailtu HUS:n ja HY:n lääketieteellisen tiedekunnan ulkopuolinen yhteenlaskettu tutkimusrahoitus (EU, Tekes, Akatemia, säätiöt) lisääntyy vuosittain 5 %	Tietoa ei ole olemassa. ● (tietoa ei vielä käytettävissä)
2013 kliinisen lääketutkimuksen laskutus 8,0 milj. €	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
Terveydenhuollon ammattilaisten koulutus vastaa palvelujärjestelmän tarvetta	
Mittari(t) Palvelujärjestelmän tarpeen mukaisten koulutusmäärien toteutuminen	
Tavoitearvo(t)	
Erva-tasoinen lääkärin ja hammaslääkärin vuoteen 2025 ulottuvan tarveselvityksen edellyttämät muutokset koulutusohjelmiin tehty 2013	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
Erva-tasoinen hoitajien vuoteen 2025 ulottuva koulutustarveselvityksen edellyttämät muutokset koulutusohjelmiin on tehty 2013	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)

4.3 PROSESSIT, RAKENTEET JA JOHTAMINEN

AVAINAVOITTEET JA MITTARIT 2013	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
Palveluiden hintakilpailukyky	
Mittari(t) Vakioidun tuotekorin hintakehitys <ul style="list-style-type: none"> » Sairaanhoidollisen palvelutuotannon tuotekorit tulosyksiköittäin/erikoisaloittain » Tukipalveluyksiköiden tuotekorit Vertailukelpoisten palveluhintojen kilpailukykyisyys <ul style="list-style-type: none"> » Luodaan säännöllinen (vähintään vuosittainen) BM muiden julkisten ja valittujen yksityisten toimijoiden välillä 	
Tavoitearvo(t)	
Deflatoitu hintakorin hinta laskee tai pysyy ennallaan verrattuna vuoden 2012 tasoon	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Sh-alueiden tuotekorien laskutushintojen muutokset vuoteen 2012 verrattuna HYKS -2,2 %, Hyvinkää -6,0 %, Lohja -4,6 %, Porvoo -3,8 %, Länsi-Uusimaa +4,4 %.
Palveluhinnat ovat kilpailukykyisiä verrattuna muiden organisaatioiden vertailukelpoisiin hintoihin	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
Informaatio- ja kommunikaatioteknologian (ICT) tuottavuuden lisääminen ydintoiminnan näkökulmasta	
Mittari(t) Yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä HUS:lla ja HYKS-sha:n jäsenkunnilla	
Tavoitearvo(t)	
2013 järjestelmän hankintapäätös tehty	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Ks. arviointikertomuksen luku 5.6.
HUS:n sairaaloiden työnjaot ja toiminnan avohoitopainotteisuus	
Mittari(t) Sairaanhoidoalueiden välinen työnjakosuunnitelma eri potilasryhmien osalta Avohoidon osuus jäsenkuntalaskutuksessa	
Tavoitearvo(t)	
2013 suunnitelma laadittu	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
Avohoidon suhteellinen osuus jäsenkuntalaskutuksesta (DRG-avohoitotuotteet ja käyntituotteet) kasvaa 1 % vuosittain 2013–16.	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Jäsenkuntayhteistyö laajeni tukipalveluissa (mm. välinehuolto, kuvantamispalvelut, hankinta- ja logistiikka, potilassiirrot, ateriapalvelut).

Sisäinen yrittäjyys toimintamallina	
Mittari(t) Sisäiseen yrittäjyyteen kannustavan toimintamallin käyttöön- otto	
Tavoitearvo(t)	
2013 pilotti, missä määritetään toiminnalliset ja taloudelliset reunaehdot, joiden puitteissa ao. yksikkö voi sisäisen yrittäjyyden mallin mukaisesti toimia itsenäisesti (mm. toimintamalli, asiakasvastuu, työaika ja palkkaus)	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)
Tutkimustulosten hyödyntäminen kliinisessä työssä	
Mittari(t) Käypä hoito- tai muihin näyttöön perustuviin suosituksiin perustuvien hoitoprosessien osuus	
Tavoitearvo(t)	
Selvitetään 2013 näyttöön perustuvien hoitoprosessien osuus ja asetetaan sen perusteella tavoitteet seuraaville vuosille.	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Näyttöön perustuvien suositusten toteutumisesta HUS:ssa laadittiin auditointiraportti, jonka mukaan HUS:lla ei ole kansallisista näyttöperusteisista suosituksista omia/alueellisia hoito-ohjeita tai – ketjuja. HUS:n lukuisten hoito-ohjeiden laatu ja ajantasaisuus vaihtelevat, niitä ei ole verkossa ollenkaan tai löytyvät huonosti. Ohjeiden hallinta tulee vastuuttaa ja ne tulee saattaa sisäverkkoon ja mahdollisesti avoimeksi kaikille. ⁵

5 Karma P, Roine RP, Simonen O, Himberg JJ, Isolahti E. Näyttöön perustuvien suositusten toteutuminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Auditointiraportti 12.9.2013.

4.4 HENKILÖSTÖ

AVAINAVOITTEET JA MITTARIT 2013	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
Henkilöstön riittävyys ja rekrytointi sekä tuloksellisen ja kustannustehokkaan toiminnan mahdollistava henkilöstörakenne	
Mittari(t) Vakinaisen henkilöstön %-osuus henkilöstömäärästä Vuoden aikana pois siirtyneet vakinaiset valinnat (%) Henkilöstörakennesuunnitelman tehneet vastuuyksiköt (%)	
Tavoitearvo(t)	
Vakinaisen henkilöstön osuus 81 % v. 2013	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Mittarin arvo v. 2013: 79,2 %.
Poissiiirtyneet vakinaiset < 10 % v. 2013	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Mittarin arvo v. 2013: 8,1%.
Henkilöstörakennesuunnitelma tehty 25 %:ssa vastuuyksiköistä v. 2013	Tavoite ei toteutunut. ● (ei)

Henkilöstön osaaminen	
Mittari(t) Osaamisen kehittämissuunnitelma tehty	
Tavoitearvo(t)	
2013 tulosalue-, tulosyksikkö- ja liikelaitostaso 100 %	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Ks. arviointikertomuksen luku 5.9.
Vuorovaikutteinen johtaminen	
Mittari(t) Esimiesindeksi (TOB)	
Tavoitearvo(t)	
3,9 v. 2013	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Mittarin arvo v. 2013: 3,7.

4.5 TALOUS

AVAINAVOITTEET JA MITTARIT 2013	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
Tehokas toiminta	
Mittari(t) Jäsenkuntien maksuosuus/asukas Jäsenkuntien esh:n nettomenot/asukas Jäsenkuntien terveydenhuollon nettomenot/asukas	
Tavoitearvo(t)	
Deflatoitu maksuosuus ei nouse vuoden 2012 tasosta (mahdolliset työnjaolliset muutokset huomioidaan)	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Deflatoitu maksuosuus nousi vuoden 2012 tasosta 2,1 %.
Maan edullisin sairaanhoitopiirin vertailussa (esh:n nettomenot/asukas)	Tavoite toteutui. ● (tietoa ei vielä käytettävissä)
Sijoittuminen kolmen edullisimman sairaanhoitopiiriin joukkoon	Tietoa ei vielä ole. ● (tietoa ei vielä käytettävissä)
Tuottavuuden parantaminen	
Mittari(t) Somaattisen palvelutuotannon deflatoitu DRG-pistekustannus (€/DRG-piste) Psykiatrian palvelutuotannon osalta käytetään v. 2012 luotavaa tuottavuusmittaria Tukipalvelujen (liikelaitokset, tulosalueet, taseyksiköt ja tytäryhtiöt) oma tuottavuusmittari tukipalveluyksikkötasolla sekä palvelukokonaisuuksittain THL:n kansallinen tuottavuusvertailu (episodituottavuus)	

Tavoitearvo(t)	
Kokonaistasolla (kuntayhtymä ja konserni) tuottavuuden parannus v. 2013 1,5 %. Deflatointikertoimena käytetään sairaalakustannusindeksiä.	Tavoite ei toteutunut. ● (ei) Mittarin arvot v. 2013: Henkilötyön tuottavuus +1,1 %, DRG-pisteen kustannukseen perustuva tuottavuus +0,9 %.
Tukipalvelujen omat tuottavuusmittarit kehitetty	Tavoite toteutui osittain. ● (kyllä) Tukipalveluyksikölle on tilakeskusta ja tietohallintoa lukuun ottamatta määritelty tuottavuusmittarit.
HYKS sijoittuminen yliopistosairaalarhymässä kahden parhaan joukkoon	Tietoja ei vielä ole. ● (tietoa ei vielä käytettävissä) V. 2012 tietoihin perustuvassa vertailussa HYKS oli yo-sairaaloista toiseksi huonoin.
Hyvinkään sairaalan sijoittuminen keskussairaalarhymässä kahden parhaan joukkoon	Tietoa ei vielä ole. ● (tietoa ei vielä käytettävissä) V. 2012 tietoihin perustuvassa vertailussa tavoite toteutui.
Muut HUS:n sairaaloiden sijoittuminen ryhmässä muut sairaalat parhaan puolikkaan joukkoon	Tietoa ei vielä ole. ● (tietoa ei vielä käytettävissä) V. 2012 tavoite toteutui osittain (ei LUS:n osalta).
Psykiatrian palvelutuotannon osalta käytetään v. 2012 luotavaa tuottavuusmittaria. Tuottavuustavoitteelle ei ollut asetettu tavoitearvoa	Psykiatrian uusi tuottavuusmittari ei ollut käytössä. ● (ei)
Investoinnit parantavat toiminnan laatua, tehokkuutta ja tuottavuutta	
Mittari(t) Suurten investointien (yli 10 milj. €) jälkiseurantamallin käyttöönotto ja toteuttaminen Investointien kannattavuuslaskennan kehittäminen sekä systemaattinen käyttöönotto yli 10 milj. € investoinneissa Omavaraisuusaste % TA:n rahoitusosassa vuositason määriteltävän tarvittavan pitkäaikaisen rahoituksen järjestäminen ulkoisista rahoituslähteistä	
Tavoitearvo(t)	
Jälkiseurantamalli toteutuu ja tulokset analysoidaan. Tuloksia hyödynnetään uusien investointien suunnittelussa	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Jälkiseurantamallia on hyödynnetty Kolmiosairaalassa, mutta toiminta elää osin niin nopeasti, että seuranta on hankalaa. Myös Hyvinkään akuuttisairaalan suunnittelussa mallia on hyödynnetty.
Kaikista uusista yli 10 milj. €:n investoinneista on laadittu kattava kannattavuuslaskenta Invest for Excel –mallin avulla	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Otettu käyttöön kaikissa yli 0,5 milj. euron investointiesityksissä.
TP:ssä 2013 omavaraisuusasteen tavoitearvo vähintään 40 %	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Omavaraisuusaste oli 40,1 %.
Tarvittavan rahoituksen toteutuminen	Tavoite toteutui. ● (kyllä) Vuonna 2013 ei nostettu uutta pitkäaikaista lainaa.

4.5.1 Talouden tasapainotuksen toteutuminen

Valtuusto asetti joulukuussa 2012 vuodelle 2013 sitovaksi taloudelliseksi tavoitteeksi kuntayhtymän sitovat nettokulut eli HUS:n omistajakunnille kohdistuvat kulut, jotka olivat 1 412 milj. euroa. Tavoitteeksi asetettiin 7 milj. euroa alijäämäinen tulos. Talousarviossa pysymistä pidettiin haastavana.

Hallituksen maaliskuussa 2013 hyväksymä talouden sopeuttamisohjelma sisälsi useita toimenpiteitä henkilöstökulujen vähentämiseksi:

- tulospalkkioiden poistaminen
- kliinisen toiminnan tuloksellisuuspalkkioiden poistaminen
- Nopsa-palkkioiden poistaminen vuoden jälkipuoliskolta
- lyhytaikaisten sijaisten ja vuokratyövoiman käytön vähentäminen
- toimenpiteitä palkkaliukumien ja vakanssilisäysten rajoittamiseksi

Toimitusjohtaja antoi 18.4.2013 ohjeen henkilöstökustannusten hallinnasta vuonna 2013. Tulosyksiköille asetettiin kevään aikana tavoitteet talouden tasapainottamiseksi.

Sitovat nettokulut ylittivät talousarvion tammi-heinäkuussa 2,1 %, ja siksi hallitus päätti syyskuussa tehostaa toimenpiteitä toiminnallisissa ja taloudellisissa tavoitteissa pysymiseksi. Hallitus päätti, että henkilöstötyöpanosta pitää vähentää loka-joulukuussa arviolta 3 %:lla tammi-heinäkuussa 2013 toteutuneelta uralta. Hallitus päätti myös, että uusien virkojen ja toimien perustaminen edellyttää kuntayhtymän toimitusjohtajan lupaa, ja ottaa käyttöön virkojen ja toimien täyttölupamenettelyn. Toimitusjohtaja antoi suosituksen, että johdossa ja tukitoiminnoissa työskentelevät pitäisivät 3-7 päivän palkattomia vapaita loppuvuoden aikana.

Tammi-lokakuun 2013 talouden seurannan ja päivitettyjen ennusteiden perusteella hallitus esitti joulukuussa valtuustolle vuoden 2013 sitovien nettokulujen vahvistamista 15,9 milj. euroa talousarviota suurempana, jolloin uudeksi tulostavoitteeksi tuli 8,4 milj. euroa alijäämäinen tulos. Tulos muodostui kuitenkin ennakoitua paremmaksi, ja alijäämän sijasta tulos muodostui 10,6 milj. euroa ylijäämäiseksi. Sitovat nettokulut alittivat alkuperäisen talousarvion 0,1 %.

Mistä hyvä taloudellinen tulos syntyi

Koska HUS:n toimintakuluista on yli 60 % henkilöstökuluja, oli talouden tasapainottamistoimien kannalta oleellista, että henkilöstökustannusten hallinta onnistui hyvin. Tammi-heinäkuussa henkilöstökustannukset ylittivät talousarvion 1,9 %, mutta elo-joulukuussa ne jäivät 3,6 % alle talous-

arvion. Vuoden 2013 henkilöstökulut alittivat alkuperäisen talousarvion 4,4 milj. euroa ja valtuuston joulukuussa 2013 muuttaman talousarvion 20,6 milj. euroa. Virkojen ja toimien täyttölupamenettelyllä saatiin noin 170 000 euron säästöt, kun 67 täyttölupa-anomusta hylättiin. Suositus palkattoman virka- tai työvapaan pitämisestä loppuvuoden 2013 aikana tuotti noin 550 000 euron säästöt. Lyhytaikaisten sijaisten käyttöä vähentämällä saatiin 1 milj. euron säästövaikutus. Säästöjä saatiin myös rajoittamalla palkkaliukumia. Palkkaliukumat lisäsivät henkilöstömenoja v. 2013 0,6 % kun vastaava luku v. 2012 oli 1,4 %⁶.

Hyvään tulokseen vaikutti HYKS-sairaanhoidoalueen 15,4 milj. euron ylijäämäinen tulos, josta operatiivisen tulosyksikön osuus oli 9,6 milj. euroa. Hyvään tulokseen vaikutti myös se, että muut kuin jäsenkunnilta perittävät palvelutot (mm. HUS:n ulkopuolisten kuntien laskutus ja kunnille suoraan myytävät laboratorio- ja kuvantamispalvelut) lisääntyivät 15,4 % ja ylittivät tavoitteen neljällä prosentilla.

Miten taloutta hoidettiin vuonna 2013

Talousennusteiden osuvuus osoittautui heikoksi. Toimitusjohtaja totesi blogissaan 13.9.2013 seuraavasti: "Olemme ylittämässä sitovat nettomenomme ainakin kahdella prosentilla. Emme pysty enää loppuvuoden aikana vähentämään niin paljon menojamme, että pääsisimme täysin talousarvion lukuihin, mutta tavoittelemme tilannetta, jossa menojen ylitysprosentti olisi enintään 1,5 %". Alkuperäisen talousarvion tavoite kuitenkin saavutettiin sitovien nettomenojen osalta. Marraskuussa 2013 laaditun vuosienennusteen ja helmikuussa 2014 varmistuneen tilikauden lopullisen tuloksen välinen ero oli 19 milj. euroa (josta henkilöstökulujen osuus oli yli 16 milj. euroa).

Talouden tasapainottamistoimien valmistelu käynnistettiin jo alkuvuodesta, ja keinoja lisättiin useammassa vaiheessa kun arvioitiin, että aiemmin päätetyt toimenpiteet eivät riittäisi. Loppuvuodesta johto viestitti toistuvasti taloustilanteen vakavuudesta ja siitä, että sovitut talouden sopeuttamistoimet pitäisi toteuttaa. Ilmeisesti tällä kriisiviestinnällä (ja sillä, että toimenpiteistä keskusteltiin laajasti ja tiedotettiin hyvin) oli vaikutusta. Vuonna 2013 ei nähty samanlaista toimintamenojen suurta ylitystä kuin esim. marras-joulukuussa 2011, vaan etenkin joulukuun toimintamenot jäivät merkittävästi ennakoitua pienemmiksi. Sitovat nettokulut ylittivät selvästi ensimmäisellä vuosipuoliskolla, ja hyvä lopputulos saatiin vuoden loppupuoliskon sopeuttamistoimilla (kuviot 2).

6 Lähde: Henkilöstösuunnittelupäällikkö Karppinen T. 3.4.2014.

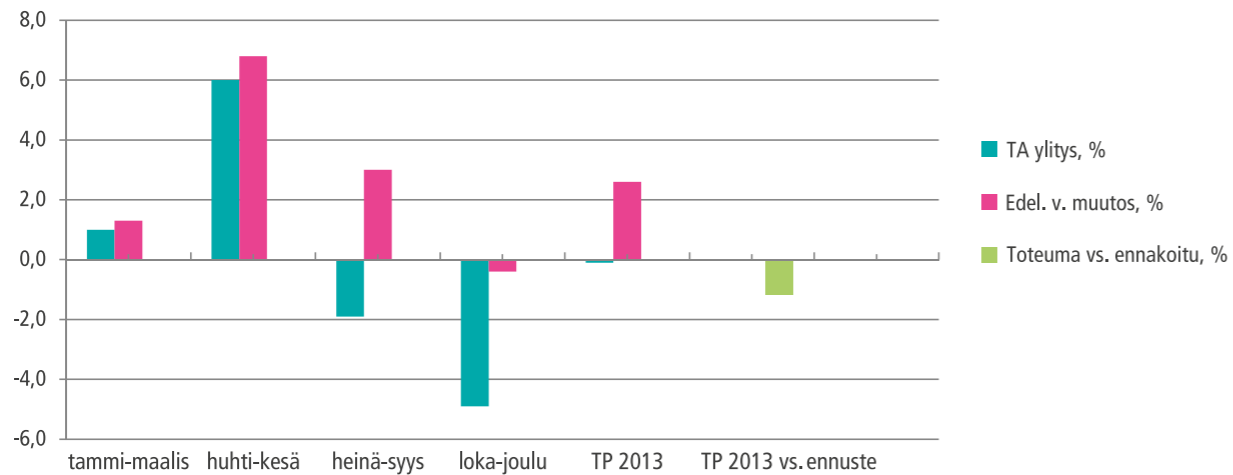
Hallitus keskittyi akuuttien talousongelmien hoitamiseen ja lykkäsi suunnitelmien laatimista talouden tasapainottamiseksi pidemmällä aikavälillä. Hallitus päätti helmikuussa, että huhti-toukokuussa hallituksen päätettäväksi tuodaan pidemmän aikavälin kehittämis- ja tuottavuusohjelma, mutta sellaista ei käsitelty hallituksessa vuoden 2013 aikana. Tarkastuslautakunta suositteli vuoden 2012 arviointikertomuksessa, että hallituksen tulee esittää valtuustolle suunnitelma HUS:n talouden tasapainottamiseksi.

Tuottavuuden parantuminen on hidastunut, eikä vuoden 2013 tuottavuustavoitetta (+1,5 %) saavutettu. Henkilötyön tuottavuus parani 1,1 % ja DRG-pisteen (deflatoidun) hinnan perusteella laskettu tuottavuus parani 0,9 % edelliseen

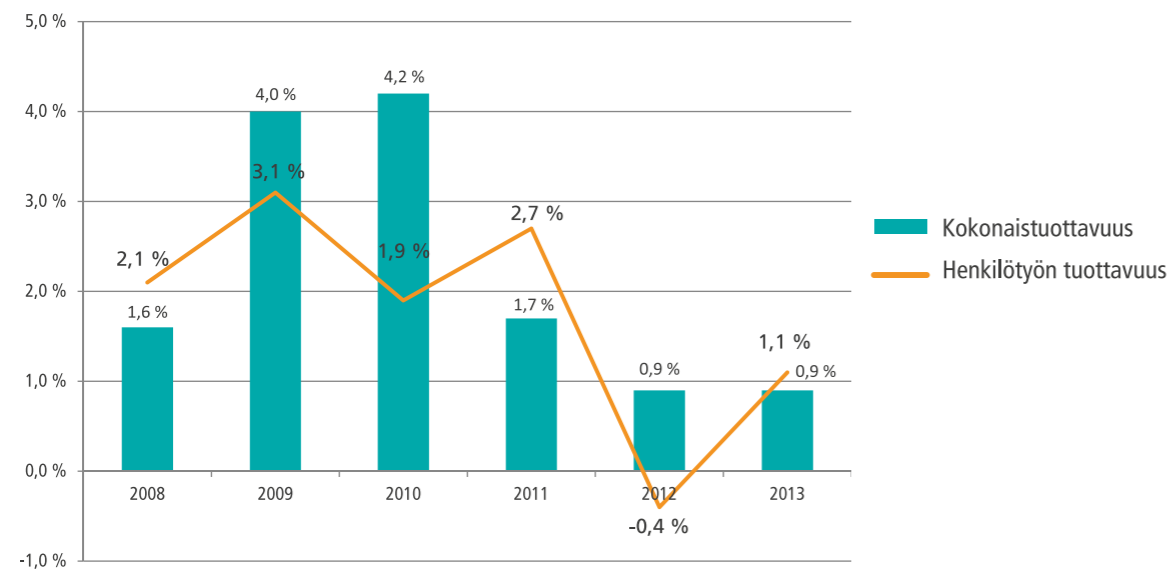
vuoteen verrattuna. Hallitus ei ole toimintakertomuksessa tarkemmin käsitellyt sitä, miksi tuottavuuden kehitys on hidastunut edellisiin vuosiin verrattuna, ja mitä tuottavuustavoitteiden saavuttamiseksi aiotaan tehdä (kuvio 3). Viimeisimmissä THL:n julkaisemissa sairaaloiden tuottavuusvertailuissa vuodelta 2012 HUS oli sekä episodi- että DRG-tuottavuudessa neljäntenä 5 yliopistosairaalan välisessä vertailussa.⁷ HUS oli vuonna 2013 edelleen edullisin shp. kun tarkastellaan kuntalaskutusta asukasta kohti (HUS 899 € ja muut shp:t ilman Ahvenanmaata keskimäärin 1 033 €/asukas)⁸.

7 Sairaaloiden tuottavuus 2012. THL 2014. <http://www.julkari.fi/handle/10024/114599>

8 HUS:n tiedote 9.4.2014, perustuen Kuntaliiton ja Tilastokeskuksen tietoihin.



Kuvio 2. Sitovat nettokulut vuosineljänneksittäin vuonna 2013. Lähde: Yhtymähallinto, talousjohto.

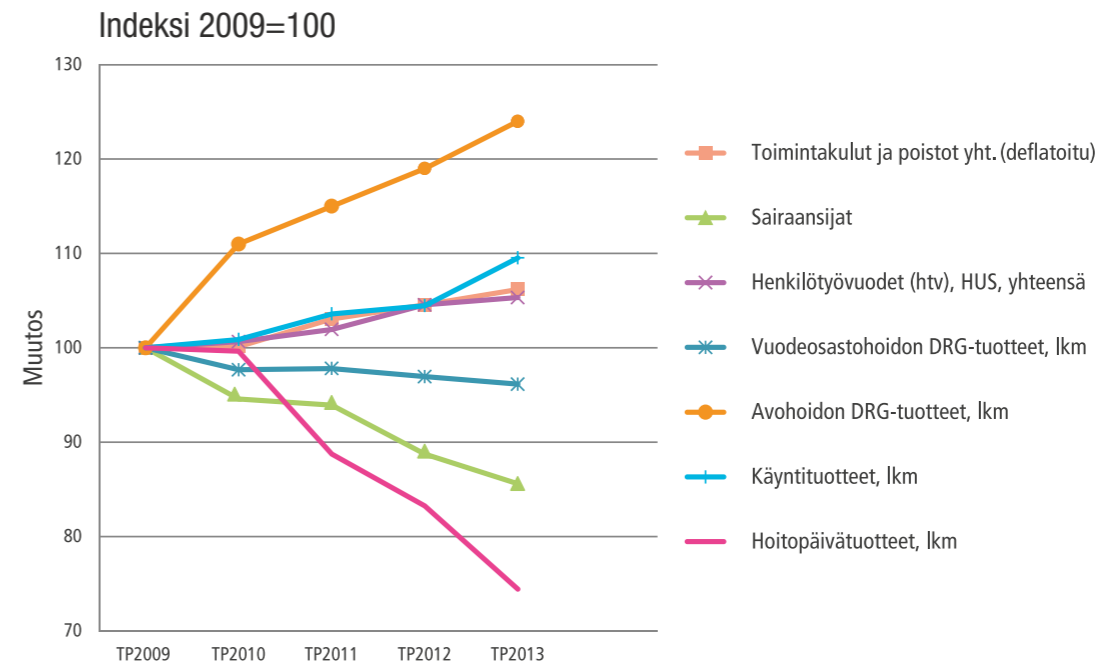


Kuvio 3. Kokonaistuottavuuden ja henkilötyön tuottavuuden kehitys edellisiin vuosiin verrattuna HUS:ssa vuosina 2008-2013. Lähde: Yhtymähallinto, talousjohto.

Hallitus määritteli talouden sopeuttamisohjelman reunaehdoiksi päivystyksen ja kiireellisen hoidon tavoitteiden toteutumisen ja hoitotakuuvelvoitteiden täyttämisen sekä henkilöstön palvelussuhdeturvan säilyttämisen. Hallitus täsmensi päätöstään 7.10.2013 edellyttäen, että kaikissa kuntayhtymän yksiköissä hoidon saatavuus on lainmukaisessa tilanteessa vuoden loppuun mennessä. Reunaehdot täytyivät lukuun ottamatta sitä, että hoitotakuun mukaisia veloitteita ei pystytty täyttämään. Polikliiniseen hoitoon yli 3 kk odottaneiden määrä lisääntyi merkittävästi, ja vuoden lopussa yli 3 kk jonossa olleita oli 2 187 (2012 lopussa 964). Hoitoon pääsy osastolle toteutui hieman paremmin kuin vuotta aiemmin. HUS:iin saapuneista läheteistä 3,1 % käsiteltiin hoitotakuun edellyttämän määräajan (21 vrk) jälkeen, mikä oli enemmän kuin muissa sairaanhoitopiirissä⁹.

Kuviossa 4 esitetään HUS-kuntayhtymän toiminnan ja talouden kehitys alkaen vuodesta 2009 keskeisten tunnuslukujen valossa. Resursseja kuvataan henkilötyövuosilla ja sairaansijojen määrällä. Toimintaa kuvataan vuodeosastohoidon ja avohoidon DRG-tuotteiden sekä käyntituotteiden ja hoitopäivätuotteiden määrällä. Kustannuksia kuvataan toimintakulujen ja poistojen määrällä (sairaalakustannusindeksillä deflatoituna). Toimintakuluissa ja henkilötyövuosissa on mukana myös liikelaitokset, koska varsinkin henkilötyövuosien rajoittaminen pelkästään sairaanhoitoalueisiin antaisi

9 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/erikoissairaanhoiton_hoitoonpaasy, viitattu 10.4.2014



Kuvio 4. HUS:n toiminnan ja talouden kehitys tilinpäätösten 2009-13 mukaan. Muuttujille on annettu vuonna 2009 arvo 100. Lähde: Yhtymähallinto, talousjohto 20.3.2014.

virheellisen kuvan, sillä sairaanhoidollisen palvelutuotannon tuottamiseen tarvitaan myös tukipalveluiden panos.

Sekä sairaansijojen että hoitopäivien määrä on laskenut vuodesta toiseen, ja samanaikaisesti käyntituotteiden ja etenkin avohoidon DRG-tuotteiden määrä on lisääntynyt. Toiminnan painopiste on siirtynyt avohoidon suuntaan nopeammin kuin mitä talous- ja toimintasuunnitelmia laadittaessa on osattu ennakoita.

HAVAINTO: Talouskehityksen ennusteet eivät pitäneet paikkaansa, ja osittain tästä syystä talouden tasapainottoimet painottuivat loppuvuoteen. Tuottavuustavoitteita ei saavutettu. Hallituksen reunaehdot talouden sopeuttamistoimille eivät toteutuneet hoitoon pääsyn osalta.

SUOSITUS: Talouden seurantaprosessien ja ennusteiden tarkkuutta tulee edelleen parantaa. Hallituksen tulee valmistella suunnitelma talouden tasapainottamiseksi ja tehokkuuden parantamiseksi viimeistään vuoden 2015 talousarvion yhteydessä. Tulevina vuosina mahdollisesti tarvittavat talouden tasapainottamistoimenpiteet tulee pyrkiä toteuttamaan tasaisemmin toimintavuoden aikana, jotta vaikutukset eivät kohdistu liian painotetusti "äkkijarrutuksena" loppuvuoteen.

4.5.2 Sairaanhoidoalueiden talouden ja toiminnan vertailu

HUS:n organisaation kehittämisen painopiste oli osaamiskeskusten muodostamisessa Hyksiin. Vähemmälle huomiolle on jäänyt se, miten kaikki viisi sairaanhoidoaluetta toimivat kokonaisuutena, miten ne eroavat toisistaan ja mitä vaihtuuksia ja heikkouksia niillä mahdollisesti on. Tarkastuslautakunta on vertaillut sairaanhoidoalueita vuoden 2013 tunnuslukujen perusteella (taulukko 2).

Vuonna 2013 tuotettujen palvelujen laskutusta, määrää ja henkilöstöä koskevista tunnusluvuista voidaan päätellä, että sairaanhoidopiirin toiminta keskittyi vuonna 2013 entistä enemmän Hyksiin. Jäsenkuntalaskutusosuusien mukaan tarkasteltuna Hyksin osuus koko HUS:n palvelutuotannosta oli 77,6 %. Laskutusosuudella painotettu palvelujen volyymi (otettu huomioon hoitopäivät, käyntituotteet ja DRG-tuotteet) lisääntyi Hyksissä 3,3 %, ja Hyksin osuus koko HUS:n henkilötövuosista kasvoi noin 0,3 %.

Jäsenkuntien maksuosuus HUS:n palveluista oli selvästi korkein LU:n sh-alueella (1156 €/asukas) ja pienin Hyksin jäsenkunnissa (864 €/asukas). Hyksin jäsenkuntien maksuosuutta selittävät mm. Helsingin omat erikoissairaanhoidon palvelut, laaja yksityissektorin palvelutarjonta ja -käyttö sekä palvelujen kysynnän kannalta suhteellisen nuori ja terve väestö.

Palvelukysyntä kasvoi vuonna 2013 lukuunottamatta LU:n sh-alueella, jossa oli lyhimmat jonotusajat poliklinikakäynnille. Keskimääräisen odotusajan vaihtelu välillä 33 vrk (LU) ja 50 vrk (Lohja) on varsin suuri, ottaen huomioon strategian tavoitteen palveluiden yhtäläisestä saatavuudesta asuinpaikasta riippumatta. Päiväkirurgisten leikkausten osuus kaikista vuonna 2013 tehdyistä leikkauksista vaihteli Hyksin 37 %:sta Lohjan 52 %:iin, mikä heijastelee sairaalois-

sa tehtävien toimenpiteiden erilaisuutta, mutta ehkä myös sairaaloiden erilaisia toimintakulttuureita. Edellä mainitut luvut perustuvat TPTK-asiakirjan tietoihin, mutta Hyksin operatiivisen tulosyksikön tietojen mukaan päiväkirurgisten leikkausten osuus elektiivisistä leikkauksista oli 51 %.

Ensikäyntien määrä lisääntyi lukuun ottamatta LU:n sairaanhoidoaluetta. Hyksissä ja Porvoon sh-alueella oli eniten uusintakäyntejä suhteessa ensikäynteihin. Asiakaspalautteen mukaan potilaat olivat tyytyväisimpiä poliklinikakäynteihin Lohjan ja Hyvinkään sairaanhoidoalueilla.

Henkilötöyön tuottavuus (DRG-pisteet/htv) oli Porvoon sairaanhoidoalueella 14 % parempi kuin Hyksissä. Tuottavuuden lisäys edelliseen vuoteen verrattuna oli tällä mittarilla arvioituna paras Lohjan ja LU:n sh-alueilla.

Vakinaista henkilöstöä oli suhteellisesti eniten LU:n sh-alueella (83,5 %) ja vähiten Hyksissä (76,5 %). Hoitohenkilöstön sairauspoissaoloja¹⁰ oli eniten Hyvinkään ja Lohjan sh-alueilla.

HAVAINTO: Sairaanhoidoalueiden välillä on merkittäviä eroja esimerkiksi palvelujen tuotantotavoissa ja –kustannuksissa, tuottavuudessa ja asiakastytyväisyydessä.

SUOSITUS: Sairaanhoidoalueiden välisiä eroja toimintatavoissa ja –kustannuksissa tulee analysoida paremmin, raportoida erojen syitä myös tilinpäätös ja toimintakertomus-asiakirjoissa, ja koko organisaation tulisi ottaa oppia todetuista parhaista käytännöistä.

¹⁰ Tieto saatu: Henkilöstösuunnittelupäällikkö, Karppinen T, 12.3.2014.

	HYKS	Hyvinkää	Lohja	Länsi-Uusimaa	Porvoo
Talous					
Sh-alueen %-osuus koko HUS:n jäsenkuntalaskutuksesta	77,6	9,3	4,7	2,6	4,0
Laskutusosuudella painotetun volyymin muutos (%) TP2013/TP2012	3,3	0,2	2,2	-5,7	1,5
Jäsenkuntien maksuosuus (€/asukas)	864	948	1011	1156	967
Palvelut					
Ensikäyntien määrän muutos (%) TP2013/TP2012	2,7	3,6	2,5	-0,4	7,3
Uusintakäyntejä suhteessa ensikäynteihin	2,4	1,55	1,85	1,95	2,25
Päiväkirurgian osuus (%) leikkauksista	36,9	48,9	51,9	45,6	48,1
Keskimääräinen odotusaika pkl-hoitoon (vrk)	40	44	50	33	37
Tuottavuus					
DRG-pisteet/htv	188,8	203,8	203,7	201,1	216,1
DRG-pisteet/htv muutos (%) TP2013/TP2012	1,0	-0,4	4,4	3,4	1,7
Henkilöstö					
Henkilötövuosien osuus (%)	77,3	11,0	4,8	2,9	3,9
Henkilötövuoden hinta (€)	65 842	62 693	64 957	67 318	66 846
Vakinaisen henkilöstön osuus (%)	76,5	82,1	80,8	83,5	78,8
Hoitohenkilökunnan sairauspoissaolot (pv/työntekijä)	14,2	17,3	15,8	14,3	13,2
Asiakastytyväisyys					
Kokonaisarvio pkl-käynnistä (asteikko 1-5, jossa 5 on paras)	4,51	4,69	4,77	4,13	4,11

Taulukko 2. Sairaanhoidoalueiden tunnuslukuja vuodelta 2013.

5. TARKASTUSLAUTAKUNNAN TYÖSUUNNITELMAAN 2013 KUULUNEITA ARVIOINTIAIHEITA

5.1 Osaamiskeskusuudistus

HUS:n strategiassa on organisaation kehittämistavoitteiksi asetettu organisaation madaltaminen, prosessimainen hoito, prosessien johtaminen ja prosessiorganisaatio sekä osaamiskeskusten perustaminen (hallitus 17.6.2013 § 111). Tavoitteisiin pyritään organisoimalla sairaanhoidollinen palvelutuotanto osaamiskeskusperiaatteella. HUS:n ensimmäinen osaamiskeskus, Sydän- ja keuhkokeskus HYKS, aloitti toimintansa vuoden 2013 alussa, Syöpäkeskus vuoden 2014 alussa ja 10 muuta osaamiskeskusta on tarkoitus perustaa vuoteen 2015 mennessä.

Osaamiskeskusuudistusta on valmisteltu työryhmissä ja valmistelussa on käytetty myös ulkopuolisia konsultteja. HUS:n johtavia virkamiehiä on käynyt tutustumassa Yhdysvalloissa, Norjassa ja Iossa-Britanniassa osaamiskeskusperiaatteella organisoituihin sairaaloihin.

Osaamiskeskusten toimintaperiaatteiksi linjattiin, että niiden tulee olla hallinnoltaan suhteellisen itsenäisiä yksiköitä, jotka huolehtivat itse sisäisestä laskentatoimesta ja joiden tulee pystyä kattamaan omat toimintakulunsa omilla myyntituotoillaan. Henkilöstön osalta tavoitteeksi on asetettu pyrkiminen ns. magneettisairaalamalliin.

Elokuussa 2012 toimitusjohtaja asetti työryhmän, jonka tarkoituksena oli selvittää toiminnot, joille osaamiskeskusia kannattaa perustaa, osaamiskeskusten toimintaperiaatteet sekä organisaatorakenteet ja osaamiskeskusten vaikutukset muihin HUS:n toimintoihin ja talouteen. Asiaa käsiteltiin hallituksessa 17.6.2013 (§ 111) työryhmän työn pohjalta, mutta loppuraporttia työryhmä ei jättänyt. Toimitusjohtaja asetti syyskuussa 2013 uuden työryhmän valmistelemaan osaamiskeskusten toimintaperiaatteita sekä HUS:n ja Hyksin organisaatorakenteita. Työryhmän loppuraportti valmistui helmikuun 2014 lopussa sisältäen yleisluonteisen ihanne-mallin. Työryhmä toteaa, että mallin toteuttaminen on haasteellista osaamiskeskusten kokoeroista ja toiminnallisesta erilaisuudesta johtuen. Raportti pitää suositeltavana menetelytapaa, jossa helmikuussa valituille osaamiskeskusten johtajille varataan mahdollisuus näkemystensä ilmaisemiseen ennen lopullisia päätöksiä.

Osaamiskeskuksista teetettiin kaksi ulkopuolista selvitystä¹¹, joiden tuloksia käytetään perusteluna osaamiskeskusuudistusta koskevissa päätössiakirjoissa.¹² Finprolta tilatussa selvityksessä¹³ (24 000 € + alv) kuvattiin maineeltaan hyviksi arvioitujen eurooppalaisten ja yhdysvaltalaisen sairaaloiden organisaatiomalleja ja haastateltiin sairaaloiden edustajia. Laajan selvityksen (227 s.) mukaan osaamiskeskusten hyödyt liittyivät potilaan hoidon, tutkimuksen ja henkilökunnan oppimisen integraatioon, parantuvaan työnantajamielikuvaan, hoitoprosessin sujuvoitumiseen ja kustannustehokkuuden kasvuun. Toisaalta todettiin, että haasteena on muutoksen aikaansaaminen, optimaalisen osaamiskeskusten koon määrittäminen, oppimisen mahdollistavan koulutusjärjestelmän luominen, keskustusten välinen yhteistyö ja resurssien uudelleenjakoon. Selvitykseen ei sisällynyt järjestelmällistä kustannusten, tulosten tai laadusta kertovien tunnuslukujen vertailua tai vertailua muilla tavoin organisoituihin sairaaloihin. Sairaaloissa, joissa oli siirretty osaamiskeskusmalliin, haastatellut kuitenkin pitivät sitä pääsääntöisesti klinikka-perusteista mallia parempana ja katsoivat sen edistävän hoidon potilaslähtöisyyttä ja toiminnan tehokkuutta.

Myös osaamiskeskusmallin kustannushyötyanalyysi toteutettiin ulkopuolisena hankintana (BearingPoint) hintaan 29 000 € + alv.¹⁴ Toimeksiantoehdotus (22.3.2013) on nimetty Osaamiskeskusselvityksen kustannushyötyanalyysiksi, mutta 30.5.2013 saatu loppuraportti on nimeltään Osaamiskeskusten strateginen arviointi. Tavoitteena oli keskittyä kahteen osa-alueeseen: kustannushyötyanalyysiin ja uudistuksen kriittisiin onnistumisedellytyksiin, mutta loppuraportissa keskitytään pääasiassa jälkimmäiseen. Raportin yhteenvedossa tehdyt synteetit ja arviot toteutumisesta vaativat lisäselvittelyä, tarkempaa identifiointia ja mittareita. Esimerkiksi synteesi palveluiden saatavuudesta asiakkaan näkökul-

11 Toimitusjohtajan päätös 3.4.13 (§ 39), yhtymähallinnon hankintapäätös 18.4.12.

12 Hallituksen pk 17.6.13 (§ 111), 2.9.13 (§ 133).

13 Lehtovuori L. Organizational Structure Overview of Leading Hospitals in USA and Western Europe. FinPro.

14 Toimitusjohtajan päätös 3.4.13 (§ 39).

masta ei täysin pidä paikkaansa. Raportissa esitetään, että nykyinen toimintamalli ei ole tuottanut yhtä hyvää saataavuutta kilpailijoihin verrattuna, mutta tosiasiaa esimerkiksi vuonna 2012 HUS:ssa ensimmäisen käynnin osalta 90 päivän määräaika toteutui muita yliopistosairaanhoitopiirejä paremmin.

Tieteellistä näyttöä on hyvin vähän siitä, millainen merkitys osaamiskeskusmallilla on erikoissairaanhoiton toiminnan tuloksiin ja kustannuksiin. Tämä seikka ei tule selkeästi esiin hallituksen osaamiskeskusuudistusta koskevissa asiakirjoissa, vaan perusteluissa on vedottu pääasiassa hallituksen teettämiin konsulttiselvityksiin, joiden lähempi tarkastelu osoittaa, ettei niiden perusteella ole mahdollista tehdä luotettavia johtopäätöksiä siitä, mikä on organisaatorakenteen merkitys erikoissairaanhoiton tuloksiin ja kustannuksiin.

Vaikka näyttö on vaillinaista, niin jos osaamiskeskukset toimivat kuten HUS on tavoitteeksi asettanut, niin ne mahdollistavat huippuosaajien yhteistyön, jossa prosessit on hiottu siten, että hyötyjä on monia:

- potilas (hoidon laatu ja turvallisuus parantuu)
- organisaatio (kilpailukyky)
- terveydenhuollon ammattilainen (erikoisosaaminen, työn houkuttelu)
- kunta (kustannustehokkuus)
- palvelujärjestelmä (pth:n ja esh:n yhteistyö)
- tiedeyhteisö (tieteellinen tutkimus)

HAVAINTO: Organisaatorakenteen muuttamisen valmistelu on tehty osin näyttöön perustumattomien ja vaillinaisten perusteluiden pohjalta.

SUOSITUS: Osaamiskeskusten toiminnassa tulee varmistaa koko HUS:n tehokas johtaminen, ottaen huomioon sekä eri osaamiskeskusten että eri sairaanhoitoalueiden väliset yhteistyö- ja koordinaatiotarpeet. Osaamiskeskusten toimintaa tulee arvioida suhteessa tavoiteasetteluun.

5.2 Sydän- ja keuhkokeskus HYKS:n ensimmäinen toimintavuosi

Koska sydän- ja keuhkokeskus HYKS:n perustaminen oli ensimmäinen vaihe osaamiskeskusiin rakentuvan organisaation kehittämisessä, tarkastuslautakunta arvioi sen toimintaa ja käynnistämistä saatuja kokemuksia, joilla voi olla merkitystä koko osaamiskeskushankkeen kannalta.

Sydän- ja keuhkokeskus HYKS aloitti toimintansa 1.1.2013. Keskukseen on keskitetty aiemmin medisiiniseen ja operatiiviseen tulosyksikköön kuuluneet erikoisalut: kardiologia, sydänkirurgia, keuhkosairaudet ja thoraxkirurgia.

Sydän- ja keuhkokeskukseen tuli v. 2013 lähetteitä 6,4 % enemmän kuin edellisellä vuonna, ja hoidettujen potilaiden määrä lisääntyi 6,2 %:lla. Jäsenkuntalaskutus ylitti talousarvion 10,2 %:lla johtuen etenkin tuotteiden keskihinnan, mutta myös palvelumäärän noususta. Osaamiskeskuselle asetetut sitovat nettokulut ylittivät 6,8 milj. euroa (6,3 %)¹⁵.

Keskuksella oli ongelmia hoitotakuun asettamien velvoitteiden toteuttamisessa. Syynä olivat mm. lähetemäärän lisääntyminen, sydänkirurgian pitkä leikkausjono jo toimintavuoden alussa, sydänlinjan vuodeosastopaikkojen vähäisyys ja leikkauksalitoiminnan koordinaatio-ongelmat.¹⁶ THL:n tilastojen mukaan sydän- ja rintaelinkirurgiassa hoitoon pääsy kesti HUS:ssa kevättä 2013 lukuun ottamatta pidempään kuin useimmissa muissa yliopistosairaanhoitopiireissä (kuvio 5). Myös kardiologiassa odotusajat hoitoon olivat pitkiä, tosin loppuvuodesta tilanne parantui (kuvio 6). Keuhkosairauksissa vain Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä päästiin HUS:ia nopeammin hoitoon vuoden 2013 loppupuolella.

Sydän- ja keuhkokeskuksen perustamisvaiheessa sille määriteltiin useita tavoitteita¹⁷. Sen lisäksi määriteltiin tarkempia tavoitteita mittareineen HYKS-lautakunnan vuodelle 2013 vahvistamissa tasapainotetuissa ohjauskorteissa, joilla seurataan yhteisten strategisten tavoitteiden toteutumista.

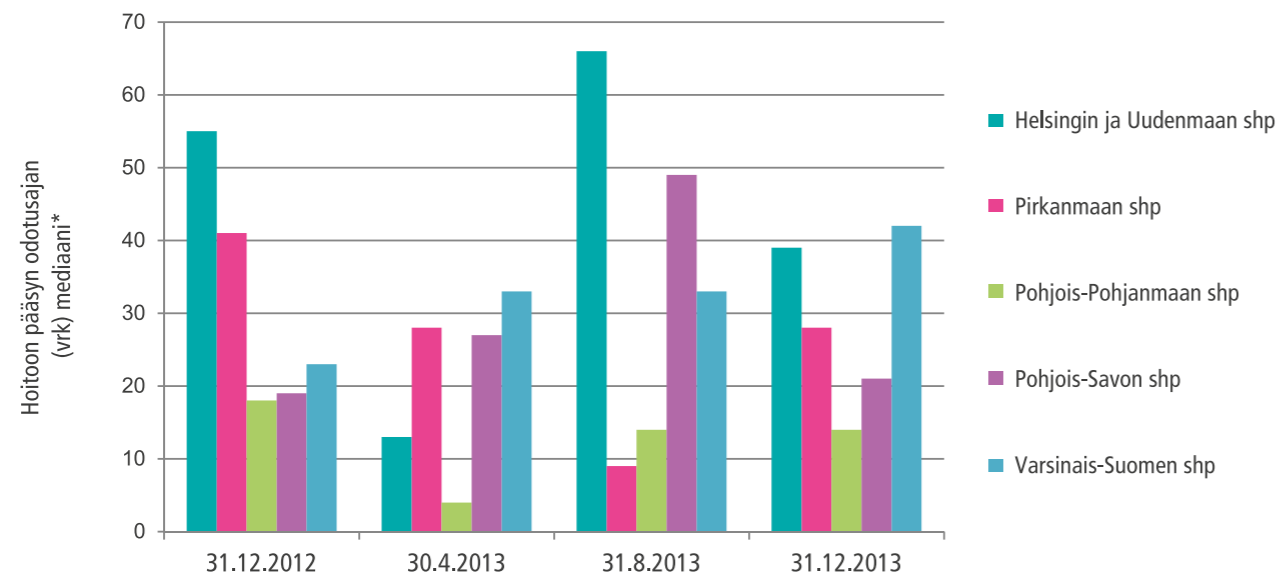
15 HYKS-sairaanhoitoalueen tulosyksikkökohtaisten käyttösuunnitelmien toteumat vuodelta 2013. HYKS-lautakunta 18.3.2014.

16 Toimialajohtaja Markku S. Nieminen, tarkastuslautakunnalle annettu selvitys 2.12.2013.

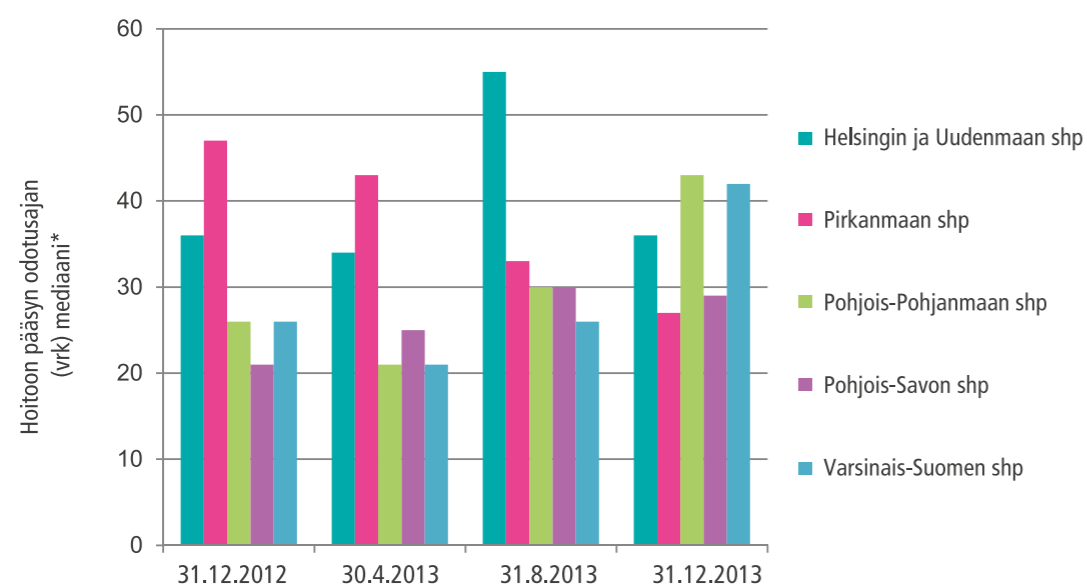
17 Sydänkeskuksen jatkosuunnittelu ja toiminnan käynnistäminen v. 2013 alusta. HYKS-lautakunta 15.11.2011 § 89.

Taulukkoon 3 on koottu toiminnan ja talouden kannalta keskeiset tavoitteet ja arvio niiden toteutumisesta (tai muutoksesta tavoitteiden suuntaan) ensimmäisen toimintavuoden aikana. Monet taulukon tavoitteista ovat selviä, että ei ole realistista odottaa niiden saavuttamista yhdessä vuodessa.

Useimmat tavoitteista jäivät toteutumatta, tai arviointiin tarvittavia tietoja ei ole saatavissa. Sydän- ja keuhkokeskusten toiminta on käynnistynyt ripeästi, ja sen haasteena on nyt sille asetettujen moninaisten tavoitteiden saavuttaminen, mikä edellyttää myös paljon työtä mittareiden ja tietotuotannon kehittämiseksi.



Kuvio 5. Hoitoon pääsyn odotusajan mediaani sydän- ja rintaelinkirurgiassa yliopistosairaanhoidopiireittäin vuonna 2013. Lähde: THL:n hoitoonpääsytiedot, viitattu 17.2.2014. *Mediaani on suuruusjärjestykseen asetettujen havaintojen keskimääräinen arvo.



Kuvio 6. Hoitoon pääsyn odotusajan mediaani kardiologian erikoisalalla yliopistosairaanhoidopiireittäin vuonna 2013. Lähde: THL:n hoitoonpääsytiedot, viitattu 7.2.2014. *Mediaani on suuruusjärjestykseen asetettujen havaintojen keskimääräinen arvo.

Mitä Sydän- ja keuhkokeskus HYKS:n ensimmäisestä toimintavuodesta voidaan oppia

Sydän- ja keuhkokeskusten kannalta keskeiset toiminnot teho-osastot ja leikkaussalit eivät ole keskuksen hallinnassa, vaan niiden palvelut hankittiin sisäisinä ostoina operatiiviselta tulosyksiköltä. Tämä voi vaikeuttaa hoitoprosessien kehittämistä, ja sisäisten palveluostojen hinnannousu voi merkittävästi vaikuttaa osaamiskeskusten palvelutuotteiden hintoihin. Yksi osaamiskeskusten organisoimisen tärkeimpiä ratkaisuja onkin se, mitä Hyksin resursseja osaamiskeskukset käyttävät yhteisesti, ja mitä resursseja pitää olla osaamiskeskusten omassa hallinnassa. Osaamiskeskusten intressit saattavat olla ristiriidassa HUS-kuntayhtymän yleisten intressien kanssa.

Tuottavuuden parantaminen on yksi HUS:n keskeisistä tavoitteista, mutta osaamiskeskusten perustaminen voi vaikeuttaa taloutta ja tuottavuutta koskevien lukujen vertailukelpoisuutta siirtymävaiheessa.

Uusille osaamiskeskuksille tulee määritellä selkeät tavoitteet ja mittarit, joiden avulla tavoitteiden saavuttamista voidaan luotettavasti arvioida.

HAVAINTO: Sydän- ja keuhkokeskus HYKS:n palveluhintojen vertailu muiden yliopistosairaaloiden vastaaviin palveluhintoihin osoittautui mahdottomaksi johtuen palvelutuotteiden ja niiden hinnoittelun erilaisesta määrittelystä sekä haluttomuudesta antaa tietoja julkiseen vertailuun, kun vertailukelpoisuus on kyseenalainen.

SUOSITUS: HUS:n tulee yhdessä muiden yliopistosairaaloiden kanssa kehittää osaamiskeskusten ja vastaavien yksiköiden palvelutuotteiden ja niiden hinnoittelun vertailukelpoisuutta ja tietojen avointa saatavuutta.

Tavoite ¹⁸	Arvio toteutumisesta tai muutossuunnasta
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitopolkujen ja -ketjujen optimointi*. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eteisvärinän hoitoketjumalli valmistui. • Noin 30 % sovitusta leikkauksista jouduttiin eri syistä siirtämään (v. 2012 noin 12 %); hoitoketjut ja -prosessit eivät toimi optimaalisesti.
<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa*. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyötä ei kuvata toteumaraportissa. Keskuksella ei ollut poliklinikkatoimintaa perusterveydenhuollossa.
<ul style="list-style-type: none"> • Kustannustehokkuuden parantaminen, ja talous-, laatu- ja vaikuttavuusseurannan luominen*. • Vakioidun tuotekorin deflatoitu hinta laskee tai pysyy ennallaan. • Avohoidon osuus jäsenkuntalaskutuksesta kasvaa %-yksiköllä joka vuosi. • Jäsenkuntien deflatoitu maksuosuus ei nouse v. 2012 tasosta. • Tuottavuus paranee eli DRG-pisteen (deflatoitu) kustannus laskee 1,5 %. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kustannustehokkuus heikkeni johtuen voimakkaasta palveluhintojen noususta. Laadun ja vaikuttavuuden seurannan menetelmiä tai tuloksia ei ole raportoitu. • Deflatoitu tuotekorin hinta nousi 1,6 %. • Avohoidon osuus laskutuksesta laski 2,3 %-yksikköä. • Deflatoitu maksuosuus/asukas nousi 7,1 %. • DRG-pisteen (deflatoitu) kustannus nousi 2,5 % (mutta laski koko Hyksissä -1,2 %).
<ul style="list-style-type: none"> • Kilpailukykyisen aseman saavuttaminen muihin tuottajiin nähden*. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoon pääsyn ja odotusaikojen suhteen kilpailukyky oli heikko. • Palvelujen hinnasta tai laadusta ei ole vertailukelpoisia tietoja yliopistosairaaloiden kesken.
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoon pääsy toteutuu terveydenhuoltolain mukaisesti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitotakuun veloitteet eivät toteutuneet; ongelmia oli sekä läheteiden käsittelyssä että päivystyksellisten ja elektivisten sydänleikkausten osalta.
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas/potilastyytyväisyys. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suunniteltua kyselyä ei toteutettu.

Taulukko 3. Sydän- ja keuhkokeskus HYKSille asetettuja tavoitteita ja arvio niiden toteutumisesta vuonna 2013.

¹⁸* = tavoitteet HYKS-lautakunnan 15.11.2011 asettamia, muut tavoitteet HYKS-lautakunnan 29.1.2013 vahvistamien tasapainotettujen ohjaukskorttien tavoitteista.

5.3 HYKSin Oy klinisten palvelujen tuottajana

HUS:n valtuusto perusti lokakuussa 2011 HUS-konserniin kuuluvan klinisiä palveluja tuottavan tytäryhtiön HYKSin kliniset palvelut Oy:n (jäljempänä HYKSin Oy). Valtuusto päätti merkitä ja maksaa perustettavan osakeyhtiön osakepääomasta enintään 750 000 euroa. Lisäksi valtuusto asetti kahdeksan reunaehtoja toiminnan ja kustannusten läpinäkyvyyden varmistamiseksi. Huhtikuussa 2013 HUS:n hallitus myönsi yhtiölle 700 000 € pääomallainaan. HUS:n tilintarkastusyhteisö on arvioinut HYKSin Oy:n liiketoimintasuunnitelman v. 2012 ja toiminnan toteutumista valtuuston asettamien reunaehtoista v. 2013. Liiketoimintasuunnitelman mukaan yhtiö täydentää HUS:n palvelutarjontaa muille kuin julkisen sektorin asiakkaille eikä sen toiminta vaikuta HUS:n potilaiden hoitoon.

Tarkastuslautakunta on arvioinut miten HUS:n valtuuston HYKSin Oy:lle asettamat reunaehdot ovat toteutuneet (taulukko 4), ja mitä mahdollisia riskejä HYKSin Oy:n toimintaan liittyy. Vihreä väri tarkoittaa, että toiminta on asetettuna reunaehdon mukaista, keltainen, että toiminta on osittain asetettuna reunaehdon mukaista ja punainen, että asetettu reunaehto ei toteudu.

HYKSin Oy:n perustaminen sai paljon julkisuutta ja sen toimintaa seurataan tarkasti mm. muiden yksityisen sektorin toimijoiden ja kilpailuviranomaisten toimesta. Euroopan komissiolle tehtiin v. 2011 kantelu HYKSin Oy:n perustamiseen liittyen, mutta komission päätöstä ei ole vielä olemassa. Toiminta ei ole käynnistynyt odotusten mukaisesti. Liikevaihto oli v. 2013 vain noin puolet suunnitellusta: liikevaihto oli 843 096 € ja tulos -755 263 €. Yhtiön toimitusjohtajalle maksettiin kuitenkin yhden kuukauden rahapalkka bonuksena vuoden 2013 toiminnasta. Yhtiön tulostiedot yhdistetään konsernitilinpäätökseen ja yhtiö raportoi toiminnastaan vähintään kaksi kertaa vuodessa HUS:n hallitukselle.

HYKSin Oy:n perustamisella tavoiteltiin henkilöstön parempaa sitouttamista HUS:iin tarjoamalla mahdollisuuksia lisätöihin ja –ansioihin, mutta on epäselvää missä määrin tätä tavoitetta on saavutettu 2013 kun toiminta oli vielä vähäistä, ja jotkut HUS:n parhaista osaajista siirtyivät muihin uusiin yksityissairaaloihin. Tavoitteena oli myös leikkaussalien ja muiden kalliiden resurssien käyttöasteen nostaminen, mutta vuoden 2013 vähäisellä toimintavolyymillä ei ollut tähän merkittävää vaikutusta.

Kun valtuusto päätti HYKSin Oy:n perustamisesta, perusajatuksena oli, että yhtiö voisi tuottaa palveluja esimerkiksi HUS:lle hoitojonojen purkamiseksi ja potilaiden hoitoon pääsemistä koskevien hoitotakuusäännösten nou-

dattamiseksi; ns. täky-potilaille kiireellisen hoidon jälkeen annettavan kuntoutus- ja muun hoidon (leikkaukselliset toisen vaiheen korjaukset); kuntien tai muiden sairaanhoitopiirien ”palvelusetelipotilaille” ja HUS:n hallituksen niin halutessa myös HUS:n ”palvelusetelipotilaille”; itse maksaville potilaille, joiden hoidon järjestäminen ei kuulu HUS:n velvollisuuksiin tai tehtäviin. Tammikuussa 2013 toimitusjohtaja esitti julkisuudessa arvion, että v. 2013 yhtiö hoitaa noin 6000 potilasta. Vuonna 2013 yrityksen potilaana oli 190 eri henkilöä, joista 151 hoidettiin polikliinisesti ja 39 vuodeosastolla. Hoidetuista 190 henkilöstä 86 kotikunta oli HUS-jäsenkunta (45 %). Sairaalapalvelujen vienti ulkomaille oli yksi HYKSin Oy:lle asetetuista tavoitteista. Polikliinisesti hoidetuista potilaista 21 % oli ulkomaalaisia ja vuodeosastolla hoidetuista 77 %.

Ongelmaksi on muodostunut se, etteivät työntekijät olekaan niin innokkaita tekemään lisätöitä yhtiössä, kuin mitä suunnitteluvaiheessa otaksuttiin. Syynä on osittain ollut erimielisyys palkkauksen perusteista. Lisäansioita on mahdollista saada ilman yhtiössä työskentelemistä tekemällä lisätöitä HUS:lle. Toimintaa hankaloittaa myös puute tehohoitopaikoista. Lisähaasteen yhtiön toiminnalle tuo myös muuttuva markkinatilanne, alalle on tullut uusia kilpailevia yrityksiä.

HUS:n johdon haasteena on ohjata HYKSin Oy:n toimintaa siten, että tytäryhtiön toiminta ei aiheuta riskejä HUS:n maineelle (esim. eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä jäsenkuntien potilaille tai HYKSin Oy:n tukemista hinnoittelulla), henkilökunnan työmotivaatiolle (esim. henkilökunnan tyytymättömyys HYKSin Oy:n potilaiden hoidosta saatuihin korvauksiin) tai HUS:n taloudelle (esim. tappiollisten tilinpäätösten toistuminen).

HAVAINTO: HYKSin kliniset palvelut Oy:n toiminta ei ole käynnistynyt odotusten mukaisesti. Toiminnan suunnittelu perustui oleellisesti väärään arvioon HUS:ssa käytettävissä olevasta tuotantokapasiteetista. Valtuuston asettamien reunaehtoista toteutumisesta on vielä osin parannettavaa.

SUOSITUS: HUS:n on yhtiön suurimpana omistajana syytä huolella miettiä keinoja, joilla yhtiön toiminta saadaan käännettyä voitolliseksi, ja ettei menetetä sitä potentiaalia, joka yhtiöllä voisi parhaimmillaan olla.

Valtuuston asettamat reunaehdot	Tarkastuslautakunnan arvio
HUS-kuntayhtymällä tulee olla aina vähintään 51 %:n osuus yhtiöstä. HUS:n omistus- osuuden laskeminen alle 60 %:a edellyttää HUS:n valtuuston hyväksyntää.	Reunaehto täyttyy. ●
Jäsenkunnista on edustus HYKSin Oy:n hallituksessa.	Reunaehto täyttyy. ●
Henkilöstö ei saa omistaa yhtiön osakkeita.	Reunaehto täyttyy. ●
HYKSin Oy:n toiminta ei saa vaarantaa HUS:n lakisääteisten tehtävien hoitamista HUS:n jäsenkuntien potilaiden hoidossa eikä erityisvastuualueen ja valtakunnallisesti keskitettyjen tehtävien hoitamisessa	Reunaehdon täyttymisestä ei ole täyttä varmuutta. Koska HYKSin Oy:ssä työskentelevät lääkärit ovat HUS:n viroissa, on tähän kaksoisrooliin liittyvien esteellisyyssääntöjen oltava selkeitä. Esimerkiksi HYKSin Oy:n potilaalle toimenpiteen suorittava henkilö ei saa olla sama henkilö, joka tekee päätöksen siitä, onko HUS:illa kapasiteettia hoitaa ko. HYKSin Oy:n potilas. ●
HYKSin Oy:n toiminnan ei tule suuntautua HUS:n nykyisen perustoiminnan alueille, pois lukien palvelusetelipotilaiden hoito.	Reunaehdon täyttymisestä ei ole täyttä varmuutta ja sen tulkinta on hankalaa. HYKSin Oy:n palveluvalikoima sisältää samanlaisia palveluja kuin HUS:n palveluvalikoima, eikä ole selkeästi määritetty mitä HUS:n nykyinen perustoiminta tässä yhteydessä tarkoittaa. Laskutustietojen mukaan 45 % HYKSin Oy:n potilaista oli vuonna 2013 HUS:n jäsenkunnista ¹⁹ , ja reunaehdon toteutumista tulee tarkastella erityisesti näiden jäsenkuntien potilaiden osalta. ●
Henkilöstön palvelussuhteen ehdot ja työaikaseuranta HYKSin Oy:ssä ja HUS:ssa tulee olla selvät ja niiden seurannasta huolehditaan tarkoin.	Reunaehto ei täysin toteudu. Läpinäkyvyyden ja HUS:n julkisen kuvan vuoksi HUS:n on kiinnitettävä enemmän huomiota lääkäreiden työajan seurantaan (mukaan lukien myös HYKSin Oy:ssä tehdyt työt). Seurannan tulee täyttää sekä työsuojeluviranomaisten että HUS:n omien ohjeiden vaatimukset. ●
Kustannusten laskennan ja määrittelyn tulee olla tasapuolista ja läpinäkyvää ja auditoituva ulkopuolisen toimesta	Tarvitaan lisäselvityksiä, käsitteiden tarkempaa määrittelyä tai tarkennuksia jo tehtyihin hinnoittelupäätöksiin. Tavoitteena on, että HUS laskuttaa antamistaan palveluista HYKSin Oy:ltä markkinaehtoisen hinnan. Markkinaehtoisten hintojen määrittely on kuitenkin vaikeaa, koska yliopistosairaaloiden rooli markkinaehtoisten palvelujen tuottamisessa on toistaiseksi ollut vähäinen. Vertailu muihin vastaaviin yksiköihin Suomessa on mahdotonta, sillä vastaavaa osakeyhtiötä ei Suomessa ole olemassa. Hinnoittelussa onkin päädytty noudattamaan vähintään omakustannusperiaatetta. ●
HYKSin Oy:n toiminnan tulee alentaa HUS:n kustannustasoa	Reunaehto ei toteudu. HYKSin Oy:n toiminta on ollut tappiollista vuosina 2012 ja 2013. Tulevina vuosina HYKSin Oy:n toiminta voi alentaa HUS:n kustannustasoa, mikäli se pystyy jakamaan osinkoja osakkeenomistajille, maksamaan korkoja saamastaan pääomallainasta, alentamaan HUS:n infrastruktuurin käytön yksikkökustannuksia (esim. lisäämällä kalliiden tilojen ja laitteiden käyttöastetta) tai laskuttamaan tuotantokustannuksia korkeamman hinnan HYKSin Oy:lle myymistään palveluista. ●

Taulukko 4. Valtuuston asettamat reunaehdot HYKSin Oy:n toiminnalle ja tarkastuslautakunnan arvio reunaehtoista toteutumisesta.

19 Tieto saatu: Jansson R, HYKSin Oy:n Uranus-järjestelmä, 11.3.2014.

5.4 Uusi Lastensairaala 2017 -hanke

Vuonna 1946 valmistuneen Lastenklinikan vastuulla on pääkaupunkiseudun lastensairauksien hoidon lisäksi monien vakavien ja vaativien lastensairauksien hoito koko Suomen osalta. Lastenklinikan huono kunto on ollut tiedossa jo pitkään. Uuden lastensairaalan rakentaminen ei ollut HUS:n investointiohjelmassa, mutta sairaalan huono kunto ja huoli sairaista lapsista synnyttivät monitoimijahankkeen, jossa sairaala rakennetaan siten, että kortensa kehoon kantavat kansalaiset, yksityinen ja julkinen sektori.

Uusi lastensairaala toteutetaan uudenlaisen, ensikertaa Suomessa kokeiltavan rahoitusmallin ns. säätiömallin avulla²⁰. Sairaalan rakentamisen kustannusarvio on 160 milj. € + ALV. Tarvittavista varoista 30 milj. € aiotaan saada keräyksellä kansalaisilta, yrityksiltä, säätiöiltä ja yhteisöiltä. Keräystä hoitaa Uusi Lastensairaala 2017 tukiyhdistys ry. HUS lahjoittaa tietyin ehdoin²¹ 40 milj. € ja valtio antaa hankkeeseen 40 milj. €. Lisäksi Uuden Lastensairaalan Tukisäätiö ottaa lainaa, jonka määrä tulee olemaan 50 milj. €, mikäli keräystavoite ja kustannusarvio toteutuvat.

Stiftelsen Nya Barnsjukhusets Stöd –Uuden Lastensairaalan Tukisäätiön tarkoituksena on tukea ja edistää lastentautien lääketieteellistä tutkimusta, opetusta ja erikoistumista pediatriseen lääketieteeseen. Tarkoituksen toteuttamiseksi säätiö rakennuttaa ja ylläpitää lastensairaala. Tarkoitustaan säätiö toteuttaa varainkeruusta saaduilla varoilla, vuokratuloilla ja muilla tuloilla. Tiloja käytetään lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon ja yliopistoasteiseen tutkimuskäyttöön.²²

20 Valtuuston pöytäkirja 13.12.2012 (§ 40).

21 Valtuuston pöytäkirja 11.12.2013 (§ 45).

22 Uuden Lastensairaalan Tukisäätiön säännöt. <http://uusilastensairaala2017.fi/> viitattu 14.2.2014.

Vuonna 2013 hanke on edennyt seuraavasti

- Valtuusto merkitsi tiedokseen tilannekatsauksen valmistelusta (27.3.2013, § 14).
- Hallitukselle esiteltiin Uuden Lastensairaalan valmistelutilanne 14.5.2013 kokouksen info-osuudessa, oheismateriaalina oli 4.3.2013 päivätty hankeselvitys
- Valtuusto hyväksyi tehtäväksi aiesopimuksen (12.6.2013, § 22) ja se allekirjoitettiin 15.7.2013
- Valtuusto päätti 40 milj. euron maksamisesta ja ehdoista (11.12.2013, § 45)
- Hankesuunnitelma, jonka laativat hankkeessa rakennuttajana toimiva Sweco PM Oy yhteistyössä Naisten- ja lastentautien tulosyksikön, HUS-Tilakeskuksen ja HUS:n hankejohdon kanssa, käsiteltiin HUS:n hallituksessa maaliskuussa 2014
- Säätiö solmi sopimuksen rakennuttamisesta ja valvonnasta Sweco PM Oy:n kanssa
- Sairaalan pääsuunnittelijaksi on valittu Antti-Matti Siikala ja arkkitehtiryhmittymä Arkkitehtitoimisto Sarc Oy sekä Arkkitehtiryhmä Reino Koivula Oy
- Ramboll Finland Oy on valittu uuden lastensairaalan rakenne- ja geosuunnittelijaksi (työn tilaaja on KOY Uusi lastensairaala)
- Pöyry on valittu uuden lastensairaalan lvia-suunnittelijaksi
- Projektin operatiivisesta ja käytännön toteutuksesta vastaava johtoryhmä kokoontui ensimmäisen kerran lokakuun lopussa (kuusi jäsentä, joista säätiö nimeää puolet ja HUS puolet)
- Säätiön keräystavoitteesta on toteutunut huhtikuussa 2014 yli 23 milj. euroa.

Tarkastuslautakunta on seurannut hankkeen etenemistä, siitä seurannutta laajaa julkisuutta ja kuullut hankkeesta HUS:n virkamiehiä. Tarkastuslautakunnan mielestä Lastensairaala 2017– hankkeeseen liittyy ainakin seuraavia kysymyksiä, joiden hallinta edellyttää avointa tiedonvaihtoa ja keskustelua HUS:n ja säätiön välillä: Onko selvää kenellä on vastuu, kuka hankkeen omistaa HUS:n sisällä? Miten säätiö voi käytännössä edistää lastenlääketieteellistä tutkimusta, opetusta ja pediatriseen lääketieteeseen erikoistumista rakennuttamalla ja ylläpitämällä tähän tarkoitukseen sopivia tiloja? Johtaako hankkeen toteutus muusta rakennussuunnittelusta irralliseen suunnitteluun?

5.5 Palveluseteli tapana järjestää erikoissairaanhoidon palveluita

Suunnitellun hoidon saatavuuden ja oikea-aikaisuuden varmistamiseksi HUS pyrkii strategiansa mukaisesti tasapainotamaan kysynnän ja tarjonnan vaihtelua oman toiminnan joustojen lisäksi hyödyntämällä kilpailutettua palveluseteli-toimintaa. Palvelusetelin käytön on katsottu lisäävän myös potilaan valinnanvapautta sekä kuntien ja yksityisten palvelun tuottajien yhteistyötä. HUS:n hallitus päätti vuonna 2010, että kaihirurgian palveluja hankitaan palveluseteliä käyttäen kilpailuttamalla yksityisiä palvelutuottajia. Toiminta käynnistettiin pilottihankkeena vuosille 2011–14.

Hyksin silmäklinikan ostopalveluista ja palvelusetelien käytöstä aiheutuvat kustannukset ovat viime vuosina lisääntyneet noin miljoonalla eurolla vuodessa. HUS antoi vuonna 2013 noin 5400 palveluseteliä kaihileikkauksiin, mikä oli 54 % kaikista HUS:n itse tuottamista tai järjestämissä kaihileikkauksista. HUS:n hallituksen päätöksen (18.2.2013, § 18) mukaan HUS:n pitäisi itse tuottaa 60 % kaihileikkauksista, mutta 2013 tämä ei toteutunut johtuen mm. silmäklinikan tilojen saneerauksesta ja Lauttasaareen perustetun Läntisen Silmänsairaalan käynnistymisestä ennakoitua myöhemmin vasta vuoden 2013 loppupuolella.

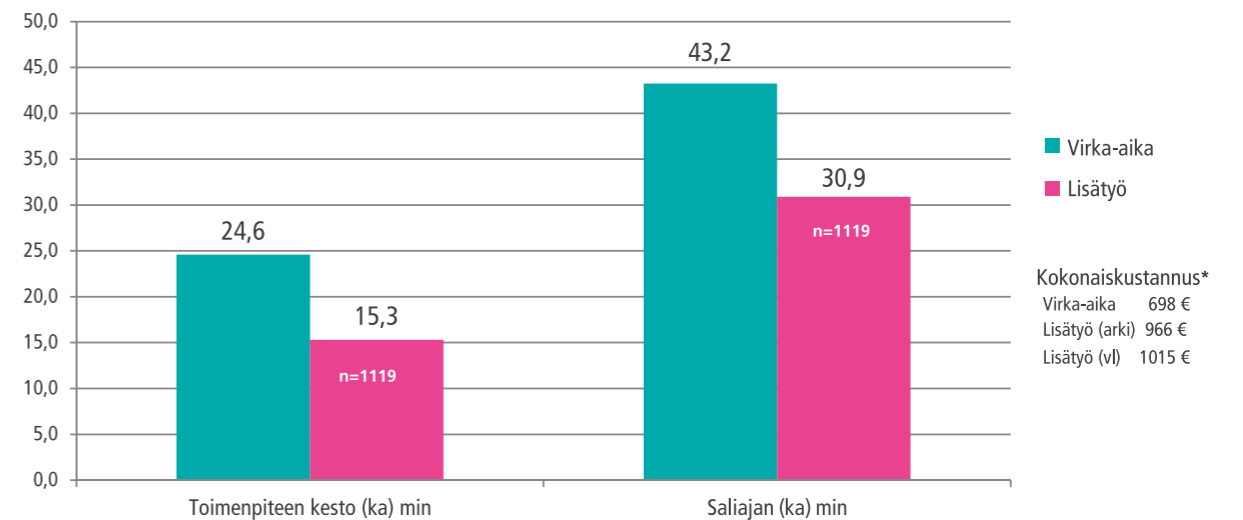
Palvelusetelillä tuotetusta kaihileikkauksesta HUS maksaa palvelun tuottajalle 660 € ja potilas 90 €. HUS:lle tulee lisäksi palvelusetelin käsittelykustannuksia 75 €. HUS:n

omassa toiminnassa, jota Hyksin lisäksi on myös Lohjan sairaalassa, kaihileikkauksen nettokustannus on HUS:lle 748 €. HUS:ssa lisätyönä tehdyn kaihileikkauksen kustannus on vuonna 2012 tehdyn konsulttiselvityksen²³ mukaan selvästi korkeampi, 1016 €. Selvityksen johtopäätös oli, että kaihileikkaus lisätyönä ei ole kustannustehokasta, eikä kaihileikkauksia taloudellisesta näkökulmasta kannata lisätyönä tehdä. Vuonna 2013 lisätyönä tehtiin 1119 kaihileikkausta (Silmäklinikka ja Läntinen silmänsairaala).²⁴ Lisätyönä tehtyjen leikkausten kustannuksia nostavat lääkärin toimenpidepalkkiot ja muun henkilökunnan lisätyökorvaukset. HUS:n kustannuslaskenta ei mahdollista eri tuotantotapojen kustannusten vertailua, koska lisätyön lisäkustannus vyyrytetään kaikkiin leikkauksikustannuksiin. Kuviossa 7 esitetään kaihileikkaustoimenpiteen keston ja saliajan keston keskiarvot sekä virka-aikana että lisätyönä. Kuviossa esitetään myös konaiskustannus virka-aikana ja lisätyönä tehtynä perustuen HYKS-operatiivisen toimialueen tuottavuusraporttiin vuodelta 2012.

Tarkastuslautakunta arvioi palvelusetelitoimintaa tarkoituksenmukaisuusnäkökulmasta ottaen huomioon palvelusetelien käytöstä saadut kokemukset vuosilta 2011–13.

23 HYKS-operatiivisen toimialueen tuottavuus, Nordic Healthcare Group, loppuraportti 11.9.2012.

24 Tieto saatu: Yliääkäri Jousela I 21.2.2014.



Kuvio 7. Kaihileikkaustoimenpiteen (CJE20) kesto ja saliajan keskiarvo minuutteina virka-aikana ja lisätyönä vuonna 2013 (lähde: yliääkäri Jousela I, 21.2.2014) sekä kokonaiskustannus vuonna 2012 (lähde: HYKS-operatiivisen toimialueen tuottavuus, NHG, loppuraportti 11.9.2012).

Palvelusetelien käyttöä koskevan dokumenttianalyysin ja asiantuntijahaastattelujen²⁵ perusteella voidaan vetää seuraavia johtopäätöksiä:

- Palvelusetelillä hankitun kaihileikkauksen kustannus on jokseenkin sama kuin HUS:n omassa päiväaikaisessa toiminnassa.
- Hallituksen päätösten perusteluissa on ristiriitaa palveluseteliin liittyen; silmänsairauksissa sen vähentämistä on perusteltu kasvaneilla hallintokuluilla ja sillä, että toiminnan ohjaaminen vaikeutuu monituottajamallissa. Samalla palvelusetelin käyttöönottoa muilla erikoisaloilla on perusteltu silmänsairauksissa saaduilla hyvillä kokemuksilla.
- Tuotantotavasta riippumatta HUS:lla on vastuu järjestämiensä palvelujen laadusta. Seurannassa ei ole todettu laatueroja HUS:n oman ja palvelusetelillä hankitun kaihikirurgian välillä. Palvelujen hankinta palvelusetelillä on tarkasti määritelty Sitran palvelusetelioppaassa²⁶ ja palveluiden kriteerit, laatu ja tuotantoprosessi on määritelty tarkoin sääntökirjoissa.
- Seuraavana kehitysvaiheena on sähköisen palvelusetelin käyttöönotto, minkä on arvioitu vähentävän hallintotyötä ja mahdollistavan palvelusetelien käytön glaukooman hoidossa ja myös muilla erikoisaloilla. HUS hallitus päätti 3.6.2013 jatkaa palvelusetelipilottia vuoden 2016 loppuun, hyväksyi laajentamisen laskimo- ja käsikirurgiaan ja valtuutti toimitusjohtajan päättämään uudet kohteet ja hyväksymään uudet sääntökirjat.

HAVAINTO: Palvelusetelin hyvin suunniteltu käyttö on parantanut kaihikirurgian saatavuutta ja potilaan valinnan vapautta. Palvelusetelin käyttö edellyttää kuitenkin HUS:lta paljon hallinnollista työtä.

25 Klinikaryhmän johtaja Ramsay H, yllääkäri Kentala E ja osastoryhmän päällikkö Fagerholm N 11.2.2014.

26 Melin T, Koila T, Tuominen-Thuesen M, Uotinen S. Palveluseteliopas. Käsikirja palvelusetelin käyttöönotolle ja hinnoittelulle. KL-Kustannus. Helsinki 2012.

5.6 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apotti

HUS on mukana kansallisesti merkittävässä Apotti –hankkeessa. Apotti on tietojärjestelmä, asiakas- ja potilastietojen talletuspaikka ja monipuolinen asiakas- ja potilasportaali sähköistä asiointia ja palveluja varten. Lisäksi hanke pyrkii terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintatapojen muutokseen.

Apotin suunnittelun alkuvaiheessa sen arvioitiin tulevan tuotantokäyttöön v. 2016, mutta kilpailutuksen käynnistyminen pitkittyi ja tarjoukset pyydettiin neuvottelumenetelystä varten vasta 30.8.2013. Tarjouksen jättäneistä toimittajista tai toimittajien yhteenliittymistä kuusi hyväksyttiin maaliskuussa 2014 alkaviin neuvotteluihin. Tämän jälkeen kilpailusta on vetäytynyt pois kaksi ehdokasta. Päätös ohjelman toimittajasta on tarkoitus tehdä vuoden 2015 alussa, jonka jälkeen alkaa toteutus, testaus ja käyttöönotto. Viive pakottaa HUS:n neuvottelemaan nykyisen Uranus-tietojärjestelmän ylläpidon jatkamisesta tai hankkimaan vaihtoehtoisen ratkaisun. Tämä tulee tehtäväksi kohtuullisen nopealla aikataululla, sillä HUS:n hallitus on 23.1.2012 sopinut Logican (elokuusta 2012 alkaen CGI) kanssa järjestelmän ylläpidosta vuoden 2015 loppuun, eikä Apotti tule olemaan vielä siinä vaiheessa valmis käyttöönotettavaksi. HUS:lla on optio-oikeus jatkaa sopimusta CGI:n kanssa yhdellä vuodella eli vuoden 2016 loppuun.

SUOSITUS: Palvelujen järjestämistapojen lisääntyessä HUS:n pitää kehittää laskenta- ja seurantajärjestelmää siten, että saadaan tarkempaa vertailutietoa eri tavoilla (omana päivätoimintana, lisätyönä, palvelusetelillä, ostopalveluna) tuotettujen palvelujen todellisista kustannuksista. Palvelujen erilaisia tuottamis- ja järjestämistapoja koskevien päätösten tulee perustua kustannusvaikuttavuutta koskevaan tietoon. Hankittaessa palveluja ulkopuolisilta tulee noudattaa esteellisyys- ja jääviyssäännöksiä.

Aihealue	Sopimusten lkm	Sopimusten yhteisarvo €	Esimerkkejä sopimuksista
Henkilöstöhallinto	6	29 750 + X*	Työolobarometrin kysely ja sen raportointi. Rekrytointia tukevia arviointipalveluja.
Laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus	9	167 675 + X*	Laatu- ja vaikuttavuusrekisterien ylläpito. Potilasprosessien mallintaminen ja kehittäminen. Potilasturvallisuutta koskevien aivoriisien järjestäminen.
Organisaatio- ja johtamisrakenteiden uudistaminen	7	159 300	Selvitys L-Euroopan ja USA:n johtavien sairaaloiden organisaatio-rakenteista. Osaamiskeskusselvityksen kustannus-hyötyanalyysi. Toiminta- ja tilasuunnittelun asiantuntijapalveluita.
Tietohallinto	23	935 388	Sovellus- ja asiantuntijapalveluita tietojärjestelmien ylläpitoon ja kehittämiseen.
Yhteistyösopimukset	8	55 128	Asiantuntijapalveluita opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen.
Yleishallinto ja juridiikka	3	49 300	Asiantuntijapalveluita tytäryhtiön markkina-arvon määrittämiseen, liikelaitosten yhtiöittämistä koskeviin selvityksiin sekä riskienhallintaan.
Yhteensä	56	1 396 541 + X*	

Taulukko 5. HUS:n yhtymähallinnon sopimukset asiantuntijapalvelujen hankkimiseksi vuosina 2012-13. * X = sopimusten kokonaiskustannuksia ei saada Dynastyta (esim. tarjous tai sopimuksen muita liitteitä puuttuu, joten sopimusten kokonaiskustannukset ovat taulukossa esitettyä korkeammat).

Apotin hankinnan ensimmäisestä tarjousten käsittelystä on tehty valitus, ja lisää valituksia saattaa tulla hankinnan seuraavissa vaiheissa. Nämä saattavat pitkittää Apotin käyttöönottoa useilla vuosilla, ja samalla nostaa hankkeen kustannuksia. Hankintaan liittyvien riskien lisäksi HUS:n on syytä varautua myös muihin mahdollisiin riskeihin, jotka mainitaan Apotin riskianalysissä.²⁷ Valtakunnallisen sote-ratkaisun merkitys tietojärjestelmien kehittämiselle niin kansallisella kuin kunkin sote-alueen tasolla on arvioitu merkittäväksi.

HAVAINTO: Apotin laajamittainen käyttöönotto v. 2016 ei onnistune alkuperäisten suunnitelmien mukaisesti.

SUOSITUS: HUS:n on varauduttava ylläpitämään nykyisiä potilastietojärjestelmiä ja varmistettava niiden jatkuva Apotin käyttöönottamiseen saakka. HUS:n on yhdessä Apotin kehittämisessä mukana olevien kuntien kanssa varauduttava hankkeen pitkittymiseen, kustannusten nousuun ja muihin riskeihin.

27 Apotti riskianalyysi. http://www.hel.fi/static/taske/apotti/Apotti_riskianalyysi_05-2013.pdf, viitattu 12.2.2014.

5.7 Yhtymähallinnon sopimukset asiantuntijapalveluista vuosina 2012-13

Kannattaako asiantuntijuus hankkia omaan organisaatioon vai onko kannattavampaa ostaa tarvittava asiantuntijuus organisaation ulkopuolelta? Mikä toiminta organisaatiossa on niin keskeistä, että osaamisen on oltava itsellä ja saatettava siinä jopa johtoasema? Onko organisaatiossa kapea-alaista, laadutonta tai kallista osaamista, joka olisi järkevämpää hankkia ulkopuolelta? Näiden kysymysten valossa ison organisaation kuten HUS tulisi olla hyvin selvillä siitä, kuinka paljon, ja mihin hintaan ja millaisilla osaamisalueille ulkopuolista asiantuntijuutta ostetaan ja mikä vaikutus sillä on päätöksentekoon.

Tarkastuslautakunta selvitti organisaation ulkopuolelta hankittujen asiantuntijapalvelujen käyttöä yhtymähallinnossa vuosina 2012-13. Asiantuntijapalvelut on tässä ymmärretty laajasti, ja niihin sisältyy esim. konsultti-, koulutus- ja IT-palveluita. Tietohallinnon sopimukset otettiin mukaan molemmilta vuosilta, vaikka tietohallinto liitettiin yhtymähallintoon vasta v. 2013 alusta lukien. Tarkastelu perustuu asiankäsittelyjärjestelmä²⁸ Dynastyta sovitulla hakukriteereillä²⁹ löytyneisiin sopimuksiin. Tarkasteluun otettiin mukaan kolme sopimusta, joita ei löytynyt asiankäsittelyjärjestelmästä (taulukko 5).

28 Asiankäsittelyjärjestelmä on organisaation toimintaan kuuluvien asioiden, asiakirjojen ja töiden hallinnan, valmistelun, päätöksentöön ja arkistoinnin tietojärjestelmä.

29 Hakukriteerit on saatavana ulkoisen tarkastuksen yksiköstä.

Asianhallintajärjestelmästä löytyi sekä sopimuksia että puitesopimuksia. Näiden tarkastelu osoitti, että pelkän sopimuksen otsikon perusteella ei voi tehdä lopullisia johtopäätöksiä sopimuksen luonteesta tai sisällöstä. Puitesopimuksista kolme oli vuodelta 2012 ja 25 vuodelta 2013 johtuen siitä, että hankintalain mukaista puitejärjestelyä alettiin käyttää enemmän vuonna 2013. Puitejärjestelyllä tarkoitetaan hankintayksikön ja yhden tai usean toimittajan välistä sopimusta, jonka tarkoituksena on vahvistaa tietyn ajan kuluessa tehtäviä hankintasopimuksia koskevat ehdot, kuten hinnat ja suunnitellut määrät. Jos useampi toimittaja on otettu puitejärjestelyyn mukaan ja osa ehdoista on auki, yksittäiset hankinnat kilpailutetaan kevennetyllä kilpailumenettelyllä ns. minikilpailutuksella puitejärjestelyn ehtojen mukaisesti.

Selvitys osoitti, että HUS:n ulkopuolelta hankittujen asiantuntijapalveluiden selvittäminen asiantuntijajärjestelmästä on työlästä, eikä kaikkia sopimuksia ja niiden kustannuksia pystytä kohtuullisella työllä jäljittämään. Tiedot kirjataan järjestelmään eri tavoin ja kirjaamisessa on usein puutteita. Kaikkia sopimuksia ei löydy järjestelmästä. Joistakin sopimuksista puuttuu liitteet, joista ilmeni sopimuksen arvo. Sopimuksista ilmenee vain kustannusarvio tai sovittu laskutuksen enimmäismäärä. Laskutustiedot pitää selvittää erikseen kirjanpidon pääkirjoista tai laskujen käsittelyjärjestelmästä (Rondo), eikä sopimuksia ole linkitetty sopimusta koskeviin laskutustietoihin.

Selvitys osoitti myös, että eräillä tehtävälueilla HUS on huomattavan riippuvainen ulkopuolisista asiantuntijoista. Tämä ei välttämättä perustu strategiaan linjauksiin, vaan siihen, että kun havaitaan uudenlaisen asiantuntemuksen tarve, sitä saa usein huomattavasti nopeammin ulkopuolisilta asiantuntijoilta kuin perustamalla uusia asiantuntijavakansseja omaan organisaatioon. Tällöin riskinä on mm. organisaation oman asiantuntijuuden vähentyminen, jopa sen syntymisen estäminen ja riippuvuuden lisääntyminen ulkopuolisista toimijoista. Riskinä on myös se, että päätökset perustuvat liikaa ulkopuolisten asiantuntijoiden arvioihin.

HUS:n tietohallinto hankkii paljon asiantuntemusta eri tietojärjestelmien ylläpito- ja kehittämistehtäviin oman organisaation ulkopuolelta. Tällöin voi syntyä tilanne, jossa vain ulkopuolisella toimijalla on hallussaan riittävä tieto ja osaaminen tietojärjestelmien toimivuuden varmistamiseksi. HUS:n kannalta on tärkeää, että sillä on asiantuntijoita, jotka ymmärtävät organisaation käyttämien tietojärjestelmien

kehittämistarpeet ja joilla on vankka osaaminen asiantuntijapalvelujen kilpailuttamisesta ja hankkimisesta.

Myös laatu-, vaikuttavuus- ja tuottavuustietojen tuottaminen on suurelta osin ulkoistettu sopimuksilla esim. Tieto Oy:lle, BCB Medicalille, Nordic Healthcare Groupille sekä brittiläiselle Dr Foster Global Comparators - ohjelmalle, jotka kaikki käyttävät HUS:n rekisteriaineistoja. Ulkoistamiseen liittyy riski, että HUS:n sisällä ei ole riittävästi asiantuntemusta omien tilasto- ja rekisteriaineistojen analyttiseen hyödyntämiseen klinisen toiminnan ja hallinnon tarpeisiin. HUS:n oman osaamisen ja kapasiteetin lisääminen edistäisi oman tietotuotannon hyväksikäyttöä.

HUS:n oikeudet työn tuloksiin tulisi määrittellä siten, että vältetään riippuvuus toimittajasta.

HAVAINTO: HUS:n käyttämien ulkopuolisten asiantuntijapalveluiden määrää ja kustannuksia on vaikea arvioida johtuen mm. erilaisista kirjaamistavoista.

SUOSITUS: Sopimuskäytäntöjä, asiantuntijajärjestelmää ja kirjaamistapoja tulee kehittää siten, että ulkopuolisten asiantuntijapalvelujen ja niiden laskutuksen järjestelmällinen seuranta ja arviointi on mahdollista. HUS:n tulee laatia nykyistä selkeämmät linjaukset siitä, millaista asiantuntijaosaamista on tarpeen vahvistaa organisaation sisällä, ja millaista asiantuntemusta kannattaa hankkia organisaation ulkopuolelta konsultti- ja muilla sopimuksilla. Etenkin HUS:n toiminnan kehittämisen asiantuntemuksen pitäisi olla omassa organisaatiossa.

5.8 Lean toimintamalli Jorvin päivystyksen kehittämistyössä

Lean-menetelmä on jatkuvaa kehittämistä, jossa prosessia suoraviivaistetaan siten, että pyritään pääsemään eroon kaikesta ylimääräisestä. Tavoitteena on kehittää hoitoprosessia siten, että kartoitetaan mitä prosessissa oikeasti tapahtuu ja yritetään muuttaa prosessia sujuvammaksi.³⁰

HUS kuuluu Suomessa edelläkävijöihin Lean-menetelmän soveltamisessa yliopistosairaala- tasoiseen terveydenhuoltoon. HUS-Kuvantamisen Lean-projektipäällikkö Esko Korhonen valittiin terveydenhuollon vuoden 2013 vaikuttajaksi³¹ ansioinaan useiden yksiköiden mm. Jorvin päivystyksen luotsaaminen Lean-menetelmän soveltamisessa. Useimmat HUS:n hankkeista on toteutettu tukipalveluyksiköissä, HUS-Kuvantamisessa ja HUSLAB:ssa. Lean-prosessin omistaja on johtajaylilääkäri ja toiminnan vakiinnuttamiseksi HUS on hankkimassa suunnittelukumppania, jonka kanssa Lean-toimintamalli/filosofia järjestetään.

Kliinisen yksikön toiminnassa menetelmää on toteutettu mm. Jorvin yhteispäivystyksen kehittämisessä. Monimutkaiset prosessit, pitkät odotusajat, pula henkilökunnasta ja potilaiden tyytymättömyys olivat tekijöitä, joiden vuoksi murta-, vatsakipu-, vanhus- ja hätätilaprosesseja ryhdyttiin kehittämään.³² Jorvissa hanke käynnistyi tarkastelemalla miten sujuu päivystyspotilaan pääsy hoitajalle, joka tekee hoidon tarpeen arvion. Selvisi, että pääsy hoidon arvioon vaihteli paljon ja kesti joinakin vuorokaudenaikoina puoli tuntia. 85 % pääsi hoidon arvioon 10 minuutin sisällä. Hankkeen myötä toimintoja on muutettu ja tilanne on parantunut. Tavoitteeksi asetettiin, että yli 90 %:ssa arvio tehdään 10 minuutin sisällä potilaan saapumisesta. Alkuvuodesta 2014 tavoite toteutuu yli 95 %:lla potilaista.

HUS on vastannut Jorvin erikoissairaanhoidon päivystyksen lisäksi perusterveydenhuollon päivystyksen kokonaistoiminnasta Espoon, Kauniaisten ja sekä osittain Kirkkonummen osalta v. 2011 alusta. Helmikuuhun 2013 asti perusterveydenhuollon päivystyksen lääkäritoiminta vuokrattiin ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Lisäksi päivystystä hoiti

HUS:n järjestämä pienimuotoinen ulkopuolisten päivystäjien rinki. Toiminnan ongelmaksi muodostui ulkopuolisten lääkäreiden suuri osuus ja irrallisuus päivystysalueen toiminnasta. Yhdeksän ostopalvelulääkärien korvaamiseksi perustettua virkaa muutettiin akuuttilääketieteen erikoistuvan lääkärin viroiksi määräajalle 1.3.2013-29.2.2016 uuden erikoisalalan perustamisen myötä.

Jorvin päivystyksessä toteutettiin 11.11.2013 alkaen toiminnallinen muutos, joka perustuu monipuolisen akuuttilääkäritoiminnan tuomaan joustoon. Muutoksella pyrittiin sujuvoittamaan potilasvirtoja, vähentämään päällekkäistä työtä (yleislääketiede ja esh), parantamaan hoidon laatua ja hoidon tasa-arvoisuutta. Lääkäreiden työt toteutetaan eri tavoin ja hoitajille on siirretty suurempi vastuu kiireettömistä potilaista, jotka saapuvat päivystykseen omin jaloin.³³

Miten toimintaa muutettiin

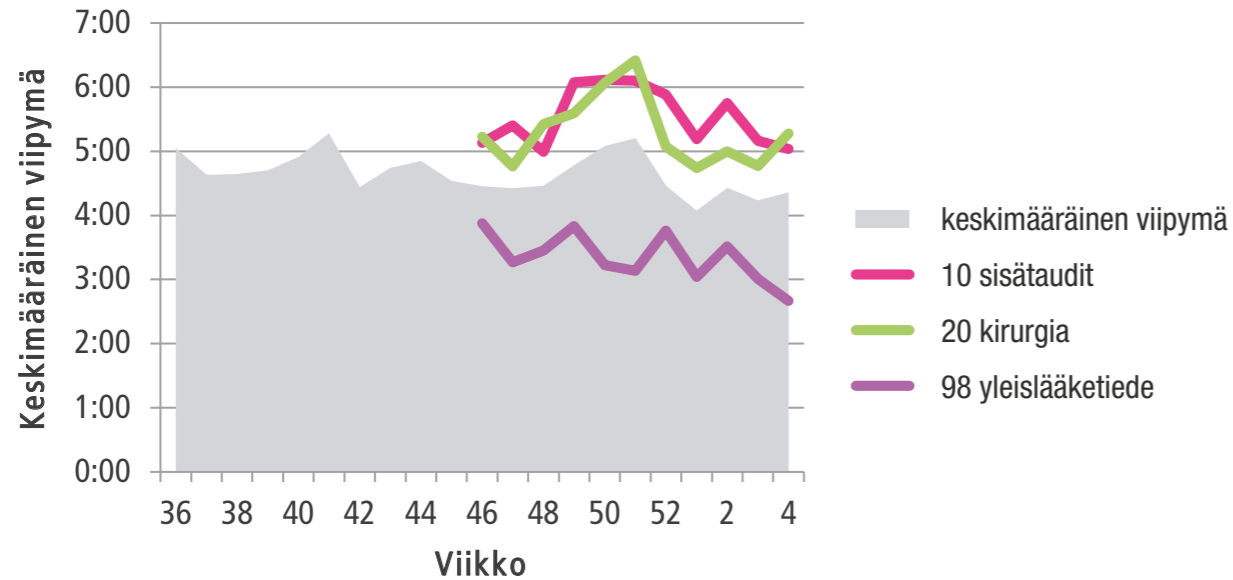
- noin 10 000 ns. terveyskeskustarkkailupotilasta jaettiin tulosyyn perusteella suoraan joko sisätautien tai kirurgian erikoisaloille ja luovuttiin erillisestä terveyskeskustarkkailusta
- sekä kirurgian että sisätautien hoitotiimeihin sijoitettiin akuuttilääkäri alkuyöhön saakka
- yleislääkärivastaanoton potilaista noin puolet jaettiin vastaavalla tavalla (suurin ryhmä oli pientraumat).
- yleislääketieteen päivystyksessä on keskitytty fast track-toimintatapaan sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla. Toimintatapa keskittyy potilasiin, joilla radiologiaa tai laboratoriotutkimuksia ei tarvita lainkaan tai tehdään vain pikatestejä tai yksinkertaisia poissulkututkimuksia.
- akuuttilääkärit ja tarvittaessa yleislääkäritkin tekevät joustavasti työtä erikoisalasta riippumatta kuormituksen mukaan
- sairaanhoitajien toimenkuvat määriteltiin uudella tavalla toiminnan lähtökohtien mukaisesti. Hoitajavastaanoton koulutukseen on panostettu.

30 Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa, Mäkijärvi M, Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA 5/2010. Syyskuu 2013. Tampereen yliopisto, Tampereen teknillinen korkeakoulu.

31 Lean-luotsi vei voiton. Mediuutiset 13.12.2013. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/leanluotsi+vei+voiton/a953853>

32 Tieto saatu: Klinikaryhmän johtaja Harjola VP, 14.3.2014.

33 Jorvin päivystyksen seurantaraportti 31.1.2014, Harjola VP, Mattila J.



Kuvio 8. Potilaiden viipymä (keskimääräinen viipymä sekä viipymä erikoisaloittain) tunteina Jorvin päivystyksessä 11.11.2013–31.1.2014. Lähde: Jorvin päivystyksen seurantaraportti 31.1.2014.

Mitä saatiin aikaan

- käyntimäärä oli vuonna 2013 noin 5 % suurempi kuin 2012. Akuuttilääkärivuorot on sijoitettu tiedossa olevien kuormitusvaihtelujen mukaisesti. Tarve ulkopuolisiin alkuyön ruuhkan purkajiin on käytännössä poistunut.
- hoidon tarpeen arvio yksinkertaistettiin viisiportaisesta kolmiportaiseksi (hätätilapotilaat, kiireelliset (< 30 min) ja muut päivystyspotilaat (< 1 h) sekä hoitajavastaanotto)
- potilaiden keskimääräinen viipymä päivystyksessä on lyhentynyt 17 minuutilla (kuvio 8)
- suunniteltujen kontrollikäyntien osuus on pienentynyt
- toiminnan muutos ei vaikuttanut laboratorio- ja röntgentutkimusten määrään

Toiminnan muuttuessa on korostunut, ettei nykyinen potilastietojärjestelmä vastaa muuttuneisiin toiminnanohjaustarpeisiin optimaalisella tavalla. Tarvittaisiin joustavampi, informatiivisempi ja muokattavampi järjestelmä, jotta hoitotiimit voisivat kommunikoida sujuvammin ja kokonaistilanteen hallinta olisi optimaalista.

HAVAINTO: Jorvin päivystyksen Lean-menetelmään perustuva toimintatapa on ollut käytössä lyhyen aikaa, mutta jo nyt voidaan havaita selkeitä parannuksia.

SUOSITUS: Lean-pilottihankkeiden vaikutuksia tulee arvioida järjestelmällisesti ja kokemuksia tulee hyödyntää HUS:n muissakin toiminnoissa.

5.9 Sairaanhoidajien osaamisen kehittäminen ja työnkuvien laajentaminen

Henkilöstön osaamisen kehittäminen kuuluu HUS:n strategiaan tavoitteisiin. Toiminnan avohoitopainotteisuuden lisääntyminen sekä organisaatiomallin muuttaminen osaamiskeskusmallin mukaiseksi edellyttävät riittävän lisäkoulutuksen järjestämistä henkilökunnalle. Osaamisen kokonaisohjaus korostuu pyrittäessä henkilöstön parempaan liikutelavuuteen, kuten osaamiskeskusuudistuksessa pyritään. Tarkastuslautakunta on arvioinut osaamisen kehittämistä hoitohenkilökunnan osalta.³⁴

Sairaanhoidajien urakehitystä on HUS:ssa tuettu tarjoamalla ns. Taitava hoitaja -koulutuksia vuodesta 2009. Tavoitteena on ollut sairaanhoidajien ammatillisen osaamisen lisääminen, ammatillisen kehittymisen mahdollistaminen sekä hoitotyön imagon ja vetovoimaisuuden parantaminen. Tarkoituksena on ollut luoda sairaanhoidajille uusia urapolkuja ja edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Koulutus on laajuudeltaan 40 opintopistettä³⁵ ja se kestää noin vuoden työn ohella suoritettuna. Koulutuksen on vuoden 2013 loppuun mennessä suorittanut yhteensä noin 250 sairaanhoidajaa tai kätilöä. Koulutuksen on todettu parantavan sairaanhoidajien osaamista hoitajien itsensä ja heidän esimiestensä arvioimana. Koulutuksen käyneiden hoitajien työkuva on jossain määrin laajentunut esimerkiksi toiminnan kehittämiseen ja koulutukseen, mutta järjestelmällistä seurantatietoa koulutuksen käyneiden työnkuvien, vastuiden ja palkkauksen muuttumisesta ei toistaiseksi ole.

Useissa länsimaissa on pyritty parantamaan potilaiden hoitoon pääsyä sekä hoidon laatua ja toiminnan kustannustehokkuutta **laajentamalla sairaanhoidajien työnkuvia**. Työnkuvien laajentaminen tarkoittaa, että sairaanhoidajien työpanoksella joko korvataan tai täydennetään lääkärin työpanosta, tai että sairaanhoidajille luodaan kokonaan uusia työnkuvia. Tutkimuksissa on todettu, että sairaanhoidajat voivat tuottaa yhtä laadukasta hoitoa useille potilasryhmille (esimerkiksi pitkäaikaissairaat, lievät sairaudet ja tapaturmat) kuin lääkärit.

Syyskuussa 2013 HUS:n johtajaylilääkäri antoi ohjeen hoitajavastaanotto toiminnasta, terveydenhuoltohenkilöstön tehtävänsiirroista ja työnkuvien kehittämisestä. Ohjeen ta-

voitteena on yhtenäistää organisaation käytännöt työnjaon kehittämisessä ja palkkausperusteissa. Ohje luo rakenteet, joiden puitteissa sairaanhoidajien työnkuvia on mahdollista edelleen laajentaa. Ohjeen mukaan hoitajavastaanotto on, ja tehtävänsiirto voi olla, laskutettavaa toimintaa kuntayhtymän tuotteistuksen ja laskutuksen periaatteiden mukaisesti. Vuonna 2013 HUS:n palveluhinnastossa hoitajavastaanotolle määriteltiin erillinen hinta sisätautien ja lasten päivystyksessä Jorvin sairaalassa sekä Länsi-Uudenmaan ja Hyvinkään sairaaloissa. Muissa tapauksissa esimerkiksi sairaanhoidajien itsenäiset hoitajavastaanotot kirjattiin hoitokäynteinä, joihin kuuluu myös erityistyöntekijöiden tuottamat palvelut.

Tarkastuslautakunta selvitti, miten sairaanhoidajien työnkuvia on laajennettu HUS:ssa ja muissa yliopistosairaanhoidopiireissä toteuttamalla kyselyn kliinisestä hoitotyöstä vastaaville ylihoitajille ja osastoryhmäpäälliköille (N=107). Kyselyn vastausprosentti oli 36. HUS:n osastoryhmäpäälliköistä kyselyyn vastasi 22 henkilöä. Kyselyn tulokset, jotka ovat suuntaa antavia, esitetään yksityiskohtaisesti liitteessä 1.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoidajien työnkuvien laajentamisen mahdollisuudet liittyivät sairaanhoidajien lakisääteisten oikeuksien laajentamiseen ja laajennettujen tehtävänsiirtojen viralliseen määrittelyyn, erityisosaamisen tunnistamiseen ja siitä palkitsemiseen. Vastaajien mukaan sairaanhoidajien olisi mahdollista ottaa nykyistä suurempi kokonaisvastuu potilaan hoitoprosessissa esimerkiksi kroonisista sairauksista tai lievistä vammoista kärsivien potilaiden kohdalla. Sairaanhoidajille kaivattiin oikeutta määrätä joissakin tapauksissa potilaalle tutkimuksia ja päättää jatkohoidosta. Useat vastaajat pitivät tärkeänä rajatun lääkkeenmäärämisoikeuden laajentamista erikoissairaanhoidoon ja hoitajavastaanotto toimintaan.

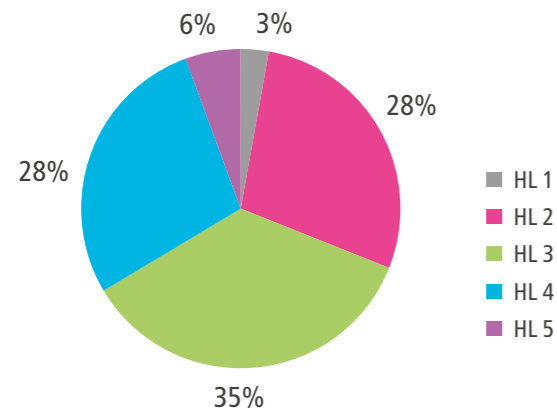
On olemassa näyttöä siitä, että hoitajien määrällä on yhteys hoidon lopputulokseen, komplikaatioiden esiintymiseen (esimerkiksi kaatumiset ja lääkitysvirheet) ja kuolleisuuteen.³⁶ HUS:ssa on kaikilla sairaanhoitoalueilla käytössä hoitotyön kuormitusta mittaava **hoitoisuusluokitusjärjestelmä, RAFAELA™**, jota käyttää 103 somaattista vuodeosastoa ja 95 poliklinikkaa tai päiväosastoa. Vuonna 2013 sen käyttö aloitettiin viidessä leikkaus- ja anestesiayksikössä/päiväkirurgisessa yksikössä. Lisäksi vuonna 2013 on käyn-

34 Arviointia varten haastateltiin hallintoylihoitaja Kaarina Torppaa (18.9.13) ja pyydettiin kirjallinen selvitys kehittämispäällikkö Kristiina Juntilalta (2.12.13). Lisäksi arviointi perustuu asiakirja- ja kyselyaineistoon.

35 Yksi opintopiste vastaa noin 27 tunnin työpanosta.

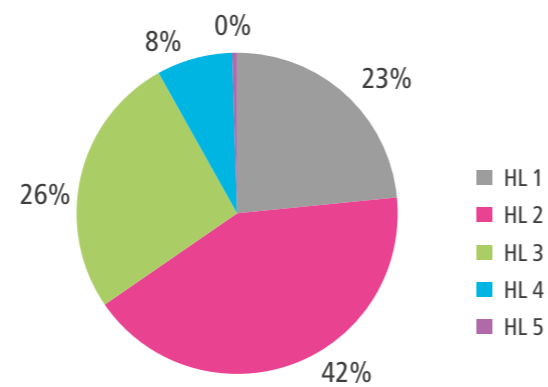
36 Aiken L et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*: 2012;344:e1717.

Vuodeosastot / HUS



Kuvio 9. Vuodeosastopotilaiden hoitoisuusluokkajakauma HUS:ssa vuonna 2013. Lähde: Kehittämispäällikkö Junttila K, 14.3.2014.

Poliklinikat / HUS



Kuvio 10. Poliklinikapotilaiden hoitoisuusluokkajakauma HUS:ssa vuonna 2013. Lähde: Kehittämispäällikkö Junttila K, 14.3.2014.

nistynyt pilotti, jossa hoitoisuustietoihin yhdistetään tiedot hoitotyön toteutuneista kustannuksista.³⁷ Hoitoisuustiedon käyttö johtamisessa mahdollistaa hoitotyön kuormituksen vertailun eri yksiköiden välillä, optimaalisen hoitotyön kuormituksen määrittämisen hoitajaa kohti ja henkilöstöresurssien paremman kohdentamisen. Työmäärä on keskeinen tekijä hoitohenkilökunnan jaksamisen, sairastumisen ja työhön sitoutumisen suhteen.

Hoitoisuus jaetaan viiteen luokkaan siten, että luokassa 1 hoitoisuus on vähintään (potilas selviytyy omatoimisesti; hoidon tarve muodostuu mm. tutkimuksista, toimenpiteistä, ohjauksesta ja tuesta) ja vastaavasti luokassa 5 potilas tarvitsee intensiivistä hoitoa (hoidon tarve muodostuu jatkuvasta ympärivuorokautisesta hoidosta, valvonnasta, tuesta ja/tai ohjauksesta). HUS:n somaattisten vuodeosastopotilaiden hoitoisuus vuonna 2013 jakaantuu karkeasti kolmeen ryhmään; yksi kolmasosa kuuluu luokkiin 1 ja 2, toinen kolmasosa luokkaan 3 ja kolmasosa kolmasosa luokkiin 4 ja 5 (kuvio 9). Polikliinisesti hoitettuja potilaita 23 % kuuluu luokkaan 1, 42 % luokkaan 2, 26 % luokkaan 3 ja 8 % luokkaan 4 (kuvio 10).³⁸

³⁷ Tieto saatu: Kehittämispäällikkö Junttila K, 17.2.2014.

³⁸ Tieto saatu: Kehittämispäällikkö Junttila K, 7.3.2014.

HAVAINTO: Toiminnan muuttuessa yhä avohoitopainotteisemmaksi on olemassa olevia käytäntöjä ja prosesseja muokattava tämän mukaisesti.

SUOSITUS: Toimintatapojen muuttuminen avohoitopainotteisemmiksi vaikuttaa myös resurssien käyttöön, ja tämä tulee huomioida nykyistä paremmin kustannuslaskennassa ja palveluhinnoittelussa.

HAVAINTO: Hoitotyön kuormituksesta kerätään tietoa, mutta sen hyödyntäminen henkilöstömitoituksessa ja hoitotyön operatiivisessa johtamisessa on jäänyt vähäiseksi.

SUOSITUS: Hoitoisuuden tunnuslukuja tulee järjestelmällisesti hyödyntää käytännön johtamistyössä ja resurssien kohdentamisessa.

6. VUOSIEN 2011 JA 2012 ARVIOINTIKERTOMUSTEN VAIKUTTAVUUS

Vuoden 2011 arviointikertomuksessa tarkastuslautakunta teki 19 havaintoa. Hallitus antoi lausuntonsa arviointikertomuksesta valtuustolle lokakuussa 2012. Arviointikertomuksessa 2012 tarkastuslautakunta antoi 20 suositusta, joista hallitus antoi lausuntonsa valtuustolle kesäkuussa 2013.

Tarkastuslautakunta on tehnyt jälkiarviointia (taulukot 6 ja 7) siitä, miten vuosien 2011 ja 2012 arviointikertomuksissa esitetyt tarkastuslautakunnan havainnot ja suositukset ovat vaikuttaneet toimintaan. Vuoden 2011 havaintojen jälkiseuranta tehdään vasta nyt, sillä hallituksen vastine käsiteltiin valtuustossa vasta lokakuussa 2012, eikä jälkiseurannan toteuttamista jo keväällä 2013 valmistuneessa vuoden 2012 arviointikertomuksessa pidetty tarkoituksenmukaisena seuranta-ajan lyhyden vuoksi. Arvio perustuu maaliskuussa 2014 vallitsevaan tilanteeseen. Arvio annetaan liikennevalon ja käyttäen (vihreä merkitsee, että havainto/suositus on vai-

kuttanut toimintaan; keltainen merkitsee, että myönteistä kehitystä on tapahtunut, mutta ei vielä täysin havainnon/suosituksen mukaisesti; punainen merkitsee, että havainto/suositus ei ole vaikuttanut lautakunnan toivomalla tavalla).

Vuoden 2011 toiminnasta tehdyistä havainnoista 11/19 olivat johtaneet toiminnan muuttumiseen tarkastuslautakunnan toivomaan suuntaan. Neljän havainnon kohdalla toiminta oli osittain muuttunut toivottuun suuntaan ja neljän havainnon kohdalla ei ollut tapahtunut havainnon mukaista kehitystä (sairaanhoidon alueiden väliset erot palvelujen käytössä; casemix-indexin erot; esh:n toteutumisen arviointiin tarvittavien mittareiden kehittäminen ja soveltaminen hoitokäytäntöihin; vaikuttavuuden arviointi).

Vuoden 2012 toimintaan liittyvistä 20 suosituksesta seitsemän sai vihreän, yksitoista keltaisen ja kaksi punaisen liikennevalon (suunnitelma laadunhallinnan toteuttamisesta ja potilasturvallisuussuunnitelman käsittelyn aikataulu).

- Vihreä = lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2013 on saavutettu,
- Keltainen = vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2013 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2013 lopussa,
- Punainen = avaintavoitteen tavoitearvot jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pysty arvioimaan. Sulussa oleva on hallituksen arvio (kyllä/ei, tietoa ei vielä käytettävissä) tavoitearvon toteutumisesta.

VUOSI 2011		
Arviointikertomuksen havainto (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio havainnon vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Sh-alueiden välillä on huomattavia eroja esh:n palvelujen käytössä. Tavoitteena tulee olla palvelujen yhtäläinen saatavuus ja käyttö suhteessa palvelutarpeeseen.	Sh-alueiden välisiä eroja resurssissa voidaan pienentää potilasohjauksella yli sha-rajojen ja paremmalla koordinaatiolla alueiden välillä.	Selkeät toimintalinjat palvelujen yhtäläisen saatavuuden ja käytön arvioimiseksi ja tarvittaviksi toimenpiteiksi puuttuvat. Yksittäisillä toimenpiteillä (esim. keskitetty läheteohjaus, eräiden palvelujen keskittäminen, hoitopäätöksiä koskevan tietotuotannon kehittäminen) muutoksia tavoitteen suuntaan on tapahtunut (ks. luku 4.5.2). ●
Raportoidut potilasturvallisuuden vaara- ja haittatapahtumat tulee järjestelmällisesti analysoida ja pyrkiä vastaavien tilanteiden estämiseen.	Ei kommentoitu HaiPro-raportoinnin osalta. OECD:n käyttämät mittarit otetaan käyttöön 2012.	Kaikki tulosyksiköt HaiPro-järjestelmän piirissä. Ohjeistus, seuranta, raportointi ja koulutus parantuneet. OECD-mittareita raportoidaan, mutta tietojen luotettavuudessa on edelleen ongelmia. HaiPro-ilmoitusten käsittelystä on annettu johtajaylilääkärin ohje (3/2013). ●
Leikkaustoimenpiteiden tarkistuslistojen käyttö on oltava osa rutiinotoimintaa kaikissa leikkausyksiköissä.	Ei kommentoitu.	Tarkistuslistojen käyttö on lisääntynyt merkittävästi vuodesta 2011, mutta silti on vielä parantamisen varaa. Tarkistuslistojen käyttö sisältyy potilasturvallisuutta parantavien toimintatapojen noudattamista koskevaan johtajaylilääkärin ohjeeseen (3/2013). ●
Tuottavuutta koskevan vertaisarvioinnin luotettavuuden varmistamiseksi yo-sairaaloiden ja THL:n tulee yhdessä selvittää onko ero casemix-indekseissä todellinen vai kirjaamiskäytännöstä johtuva.	HUS selvittää yhteistyössä THL:n ja muiden sairaanhoitopiirien kanssa arviointikertomuksessa esitetyn mukaisesti, mihin perustuvat erot casemix-indekseissä.	Asiaa ei ole käsitelty HUS:n asiakirjoissa. THL:n julkaisemissa sairaaloiden välisissä tuottavuusvertailuissa on edelleen sellaisia äkillisiä muutoksia, jotka tuskin perustuvat tuottavuuden todellisiin muutoksiin. Vertailua vaikeuttaa esim. sivudiagnoosien tai toimenpiteiden puutteellinen kirjaaminen. ●
HYKS on tuottavuudeltaan jäljessä kahdesta muusta yo-sairaalaasta (Kuopio ja Oulu) ja HUS:n muillakin sairaanhoitoalueilla on (Hyvinkään sairaalaa lukuun ottamatta) parantamisen varaa.	Hyksin tuottavuuskehitys on ollut paras vuosina 2006-11 ja on noussut episodituottavuudeltaan toiseksi parhaaksi.	HUS oli yo-sairaaloiden välisessä tuottavuusvertailussa vuonna 2012 toiseksi viimeinen (vuoden 2013 vertailutulokset saadaan loppuvuodesta 2014). Hyvinkään sairaala on pysynyt keskussairaalar ryhmän kärkisijoilla vuodesta toiseen. ●
Tavoitteena tulee olla yhtenäinen DRG-tuotteiden hinnoittelu, määrätietoisempi potilasohjaus. Tavoitteena, että heikoimman tuottavuuden yksiköiden tuottavuus paranee ja lähenee tuottavuudeltaan parhaimpien yksiköiden tuottavuutta.	Yhtenäinen DRG-tuotteiden hinnoittelu edellyttäisi laajaa poliittista keskustelua. Perussopimuksen mukaan hinnat ovat sairaalakohtaiset. Tehokkaimman tuotantotavan käytäntöjä tulee laajentaa muihin tuotantoyksiköihin.	Yhtenäisen DRG-hinnoittelun käyttöä ei ole selvitetty eikä se ole edennyt. ●

VUOSI 2011		
Arviointikertomuksen havainto (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio havainnon vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Hyksin tuottavuusohjelmassa koeteltua keinovalikoimaa tulee hyödyntää järjestelmällisemmin koko organisaatiossa.	Koko HUS:lle asetettujen tuottavuustavoitteiden toteuttamiseksi tuottavuuden kehittämisohjelmat luodaan kaikille tulosalueille osana vuoden 2013 talousarvion toimintasuunnitelmaa; ohjelman etenemisestä raportoidaan ja se päivitetään vähintään kerran vuodessa.	Vastineessa mainittuja tuottavuuden kehittämishajelmia ei ole kaikilla tulosalueilla. Tuottavuutta koskeva tavoitteenasettelu ja seuranta on kehittynyt tulosyksikötasolla, mutta tuottavuuden kehitys vaihtelee merkittävästi tulosyksiköiden välillä. ●
Leikkausyksiköiden käyttöasteen nostaminen erityisesti joustavia työaikoja hyödyntämällä.	Leikkaussaliresurssin käytön seuranta on kehittynyt mutta käyttö ei ole optimoitu. Tulos- ja suoritepalkkausta kehitetään.	Joustavan työajan mahdollistaminen (pysyväisohje työaikapankista 1/2013). Erot leikkaussaliresurssien käytössä edelleen melko suuria yksiköiden välillä. ●
Potilaslähtöisen, vaikuttavan ja oikea-aikaisen esh:n toteutumisen arviointiin tarvitaan mittareiden kehittämistä ja soveltamista hoitokäytäntöihin.	Vaikuttavuustutkimukset on koottu kehittämisyksikön toimesta vastuualueittain. Tietoa hyödynnetään operatiivisessa johtamisessa.	Ei ole sovittu mitä vaikuttavuuden mittareita käytetään, tiedonkeruu ei ole järjestelmällistä ja vertailun yli erikoisalojen mahdollistavaa, eikä sähköisesti toteutettu. ●
Vaikuttavuuden arvioinnissa tulee käyttää tieteellisesti valideja menetelmiä ja mittareita, jotka mahdollistavat eri erikoisalojen ja potilasryhmien välisen vertailun.	Menetelmäarviointi sisällytetään osaksi investointihakemusprosessia ja määritellään vaikuttavuusarvion käyttöperiaatteet erä-laajuisesti. Aloitetaan ainakin 2 potilasryhmän vaikuttavuusarvioinnin uusintatutkimus ja 2 uuden potilasryhmän tutkimus vuosittain.	Menetelmäarviointi osana investointiprosessia ei ole vielä käynnistynyt (ks. luku 4.1). ●
Aivoverenkiertohäiriöiden hoitamiseksi luotua toimintamallia tulee hyödyntää paremmin sekä HUS:n että koko valtakunnan alueella.	Ei kommentoitu.	Toimintamallin piirissä nyt 11 sairaalaa HUS-alueen ulkopuolelta ³⁹ . ●
Tutkimusjulkaisujen (myös muut kuin lääketiede) rekisteröintiä tulee kehittää siten, että tutkimusten tulokset ovat helposti saatavissa/hyödynnettävissä.	HUS:ssa tehdyllä tutkimuksella on merkittävä toimintoja kehittävä ja hoidon laatua parantava vaikutus ⁴⁰ . Selvitetään, miten tutkimusjulkaisujen saatavuutta ja hyödynnettävyyttä potilastyössä ja toiminnan suunnittelussa voidaan parantaa.	Meilahden kampukselta tulevia tieteellisiä julkaisuja voi seurata kerran vuorokaudessa päivittyvältä Terkon sivustolta (http://www.terko.helsinki.fi/helsinkischolarchart/?articles). ●
Tulospalkkioiden tulee olla kokonaistulokseen perustuvia ja kustannussäästöihin kannustavia, ei osapointointiin kannustavia.	2012 perustettiin työryhmä uudistamaan tulospalkkiojärjestelmään liittyvää ohjeistusta.	Erlaisia kannustavan palkitsemisen muotoja on kokeiltu ja arvioitu. Pysyväisohje 1/2014 tulospalkkiojärjestelmän perusteista. ●

39 Tieto saatu: Osastonylilääkäri Tatlisumag T. 14.3.2014.

40 Karma P. Tieteellinen tutkimustyö ja sen vaikutukset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Arviointiraportti HUS:iin liittyvän tieteellisen tutkimustyön vaikutuksista erityisesti potilaiden hoitoon. [http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Karma_HUSRaportti_final_150512\[1\].pdf](http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Karma_HUSRaportti_final_150512[1].pdf) (viitattu 23.2.2014).

VUOSI 2011		
Arviointikertomuksen havainto (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio havainnon vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Nykyistä laajemman osa-aikatyön ja muiden työaikajousten mahdollistamista on tarpeellista selvittää.	Ns. työaika-autonomia on mahdollista (henkilöstö suunnittelee omat työvuoronsa).	Etätöiden periaatteista (04/2012) ja työaika-pankkijärjestelmästä (01/2013) on annettu pysyväisohjeet. 85,7 % henkilöstöstä työskenteli kokoaikaisessa palvelusuhteessa. ●
Laadittava pelisäännöt talousarviovuoden aikana käsiteltävien, talousarvioon sisällyttämättömien lisävirkojen ja – tehtävien osalta.	Henkilöstökustannusten ja –määrän kehitykseen kiinnitetty erityistä huomiota ja toteutetut toimenpiteet raportoidaan kuukausittain.	On annettu aiempaa tiukemmat ohjeet talousarviossa pysymiseksi. Syksyllä 2013 astui voimaan täyttölupavaatimus. ●
Sivutoimi-ilmoitus/lupakäytäntöä tulee muuttaa siten, että ilmoitukset kootaan yhteen. Ilmoituksesta tulee käydä ilmi hallitusjäsenyydet ja omistukset eli taloudelliset sidonnaisuudet.	HUS Plus -järjestelmään tallennetaan jatkossa kunkin henkilön perustietoihin tieto sivutoimi-ilmoituksesta ja -luvasta. Mahdollistaa valvonnan. Pysyväisohjetta tarkistetaan tämän mukaisesti.	Sivutoimi-ilmoituksista pysyväisohje 3/2013. Sivutoimi-ilmoitukset on tehty ja sivutoimiluvat haettu HUS Plussassa ja paperisista sivutoimirekistereistä luovuttii 30.9.2013 mennessä. Hallitus käsitteli sivutoimiohjeen ja –käytännön tarkistamista 24.3.2014. Sivutoimi-ilmoitusten seuranta ja raportointia tulee edelleen parantaa. ●
Tekonivelleikkausten tekopaikkojen valinnassa on ristiriita strategisten avaintavoitteiden ja toiminnan käytännön johtamisen välillä. Leikkauspaikoista päätettäessä tulee ottaa huomioon koko HUS-alueen kapasiteetti.	Keskittämällä leikkauksia Peijakseen ovat prosessit kehittyneet, laatu parantunut ja on saatu kustannussäästöjä implanttihankinnoissa. Peijaksen yksikössä n. 10 % leikkauksista on tehty lisätyönä.	Keskitetty läheteiden käsittely on otettu käyttöön tekoniivkirurgiassa. Pienten sh-alueiden resurssiongelmien vuoksi potilasohjaus oli 2013 paremmin tasapainossa eri sairaaloiden kapasiteetin kanssa. ●
Ympäristövaikutukset tulee ottaa huomioon HUS:n rakennushankkeissa jo tarjouskilpailuvaiheessa. Ympäristöraportin valmistumista tulee aikaistaa, jotta sen tiedot olisivat osa TPTK-asiakirjaa.	Hankintaohje on päivitetty ja liitteenä on ohjeistus ympäristönäkökohtien huomioon ottamisesta. Ohjeistus on hyödynnettävissä myös rakennushankkeissa, vaikka se onkin laadittu ensisijaisesti tuote- ja palveluhankintoja silmällä pitäen. Ympäristöasiat tulevat olemaan keskeinen vuoden 2013 painopistealue.	HUS:lla on ympäristöohjelma vuosille 2011–15. Ympäristöorganisaatio ja vastuukuvaukset päivitettiin keväällä 2012. HUS-Ympäristökeskus on kouluttanut HUS:n henkilöstöstä 770 ympäristövastaavaa. V. 2013 ympäristöraportti valmistui samanaikaisesti TPTK-asiakirjan kanssa. ●
Tulosnusteiden tarkkuuteen ja kustannusten hallintaan enemmän huomiota, jotta päättäjät saavat oikeita ja ajantasaisia tietoja talouden ja toiminnan muutoksista, ja jotta talousarviossa pysyttäisiin.	Toteuma raportoidaan ja analysoidaan tulosaluekohtaisesti kuukausittain. Perusvalmiuksia syy-seuraussuhteiden analysointiin ja ymmärtämiseen sekä johtopäätösten tekoon kehitetään pitkäjänteisesti. Tulosityksiköiden taloushenkilöstölle järjestetään koulutusta ennusteprosessiin liittyen. Tiliinpäätöksissä tullaan aiempaa yksityiskohtaisemmin analysoimaan kustannusnousujen tai –vähennemien sisällölliset syyt.	Esimiesvalmennuskoulutukseen sisältyy talous-osio. TA 2014:ssä on määritelty alijäämän kattamisen tavoite vuosille 2015 ja 2016. Talousseurannan ajantasaisuus ja poikkeamien analysointi ovat kehittyneet. ●

Taulukko 6. Tarkastuslautakunnan vuoden 2011 arviointikertomuksessa esittämät havainnot (lyhennettyinä), hallituksen vastineet (lyhennettyinä) ja tarkastuslautakunnan arvio tilanteesta maaliskuussa 2014.

VUOSI 2012		
Arviointikertomuksen suositus (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio suosituksen vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Suunnitelma laadunhallinnan toteuttamisesta tulee laatia/toeuttaa viipymättä. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden sekä potilasturvallisuuden kehittämisen tulisi organisoida keskitetysti.	Toisin kuin arviointikertomuksessa todetaan, on tiedot HUS:n laadunhallintadokumenteista koottu yhteen. HUS:n toimitusjohtaja, johtajajälilääkäri ja muu johto vastaavat kukin osaltaan potilasturvallisuuden toteuttamisesta. ●	HUS:lla ei ole erillistä laadunhallintasuunnitelmaa. Intrassa "laadunhallinta" -otsikon alla ei ole mitään ⁴¹ . ●
Potilasturvallisuussuunnitelma tulee käsitellä samanaikaisesti muiden strategisten asiakirjojen kanssa.	HUS:ssa on otettu käyttöön toimintamalli, jossa potilasturvallisuussuunnitelmaa päivitetään jatkuvasti mm. vaaratapahtumaraportoinnin perusteella. ●	Potilasturvallisuuden raportoinnin aikataulu poikkeaa edelleen muusta toiminnan ja talouden raportoinnista. ●
Varmistettava, että potilasturvallisuutta kuvaavat tunnusluvut ovat luotettavia ja vertailukelpoisia.	HUS-Totalissa olevat potilaskuolleisuuden tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuosien välillä	OECD:n tunnuslukujen tuottaminen on edennyt ja luotettavuus parantunut, mutta tietoa on edelleenkin niukasti. ●
Terveystieteiden tutkimuskeskusten hoitoon pääsyn määräaika on otettu käyttöön ja HUS:n tulee tiedottaa hoitoon pääsy- ja odotusajoista toimintayksiköittäin lain edellyttämällä tavalla internetissä neljän kuukauden välein.	Tähän pyritään resursseja allokoimalla sekä kehittämällä ja uudistamalla toimintaa/toimintamalleja polikliinisen ja päiväkirurgisen toiminnan suuntaan. Tarvittaessa käytetään lisätyötä, ylityötä ja palveluseleitä. Odotusajat julkaistaan internetissä neljän kuukauden välein.	Rintasyöpöpotilaiden jonotusaika julkaistu HUS:n kotisivuilla. Hoitoon pääsyn perusteista kerrotaan kuten myös THL:n tilastoihin perustuvat hoitoon pääsyn toteutuneet ajat erikoisaloittain. Esim. PSHP:n raportoi tiedot kuukausittain ⁴² . HUS ei edelleenkään raportoi hoitoon pääsystä toimintayksiköittäin. ●
HUS:n tulee edelleen kehittää sekä omia hoitokäytäntöjään että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, jotta yhdenvertainen ja tasa-arvoinen hoito toteutuu HUS-alueella.	Sosiaaliryhmien välisiin eroihin sairastavuudessa ja kuolleisuudessa voidaan vaikuttaa vain hyvin rajallisesti julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keinoin. Kuntien tulee seurata väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. HUS:n perusterveydenhuollon yksikkö koordinoi asiaa HUS:ssa. HUS:n pth:n yksikön terveyden edistämisen ammattilaiset ovat kuntien tukena terveyserojen kaventamiseen pyrkivässä palveluketjutyössä.	Pth:n yksikön henkilöstöresursseja lisättiin ja laadittiin alueellinen järjestämissuunnitelma, mutta se ei ota kantaa siihen, miten sosiaaliryhmien välisiä eroja palvelujen tarpeenmukaisessa käytössä pyritään vähentämään. ●
Tiivistyvä yhteistyö pth:n ja esh:n kesken edellyttää moniammatillista asiantuntemusta ja verkostomaista toimintatapaa. Kuntien pth:n ja sosiaalitoimen tulee omissa suunnitelmissaan varautua tiivistyvään yhteistyöhön.	Rohto-verkoston pohjalta syntynyt kehittäjäverkosto linkataan pth:n yksikköön, joka jatkossa tukee verkoston käytännön kehittäjiä ja kouluttaa uusia kehittäjiä. Verkostomaisella toimintatavalla vahvistetaan myös hoitotyön ja suun terveydenhuollon osuutta. Selvitetään pääkaupunkiseudun Soccan siirtymistä HUS:iin. ●	Pth:n yksikköön lisättiin henkilökuntaa. Toiminnalle on asetettu selkeät tavoitteet. Sosiaalialan osaamiskeskus Socca siirtyi osaksi HUS:n toimintaa vuoden 2014 alusta. HUS:n yhteistyö lisääntyi pth:n kanssa. ●

41 http://intranet.hus.fi/potilaan_hoito/laatu_ja_potilasturvallisuus/laadunhallinta/sivut/default.aspx

42 <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=848&contentlan=1>

VUOSI 2012		
Arviointikertomuksen suositus (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio suosituksen vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Hoito- ja palveluketjujen kehittäminen tulee keskittää, koordinoida ja arvioida järjestelmällisemmin. Lisäksi hoito- ja palveluketjuista tulee tiedottaa nykyistä laajemmin.	Viivästynyt mm. SOTE-uudistuksen synnyttämän epävarmuuden ja nykyisissä ja kehitteillä olevissa IT-järjestelmissä olevien ongelmien vuoksi. Vuoden 2013 strategisiin avaintavoitteisiin kuuluu sairaanhoitoaluekohtaiset palveluketjujen kuvaukset ja niiden mittarit.	Edistynyt hitaasti, eikä pääkaupungin aiesopimushankkeen ehdottama hoito- ja palveluketjujen koordinointi käynnistynyt 2013. Vuonna 2013 Ekstranettiin päivitettiin 8 hoitoketjua. HYKS-alueen yhteistyöfoorumi aloitti toimintansa tammikuussa 2014 tavoitteenaan mm. hoitoketjujen kehittäminen. ●
Siirtoviivepotilaiden laskutuksen karenssipäivien määrää pitäisi vähentää ja harkita siirtoviivepäivien hinnan korottamista.	Karenssipäivien määrää on vähitellen alennettu ja hintaa nostettu. Potilaan kannalta kotiutuminen tai siirto kuntoutuspaikkaan on parempi ratkaisu, kuin ylimääräinen siirtely HUS:n ja terveyskeskuksen välillä. HUS onkin järjestänyt ortopedis-traumatologia ja neurologisia potilaitaan varten kuntoutuspaikkoja, joita voidaan käyttää, jos kotikunnan jatkohoitojärjestelyt eivät vedä.	Siirtoviivepäivän hintaa nostettiin ja siirtoviivepäivät vähenivät merkittävästi. ●
Lihavuuden konservatiivista hoitoa tulee kehittää ja sen saatavuutta pth:ssa parantaa. Samanaikaisesti tulee seurata lihavuuskirurgisten toimenpiteiden määrän kehitystä sekä hoidon tuloksia.	Lihavuus on terveysongelma, jota ei ole mahdollista erikoissairaanhoidossa ratkaista. Erikoissairaanhoidon hoitokokemuksen kartuttamiseksi ja hoidon kehittämiseksi on perusteltua osallistua lihavuuden konservatiiviseen hoitoon, vaikka hoidon toteuttamisessa painopisteen tulee olla pth:ssa. HUS:n medisiiniseen tulosyksikköön organisoitu lihavuuskeskus.	Lihavuusleikkausten (DRG ryhmä 288A) määrä oli 2013 157 kun vastaava luku 2012 oli 197. ● Tutkimus lihavuusleikkaushoidon kustannusvaikuttavuudesta on menossa (arviointiylilääkärin hanke). ●
Lisätöiden kohdistaminen toimenpiteisiin ja ajankohtiin, joissa ne ovat kustannustehokkaita, tulee varmistaa. Myös muita vaihtoehtoja kuin lisätömalli tulee kehittää kannustimeksi, jotta virka-aikana tehtyä tuotantoa saadaan lisättyä.	Ryhdytty mm. seuraaviin toimenpiteisiin, jotka mahdollistavat lisätöiden vähentämisen myös pitkällä tähtäimellä: Läntinen Silmänsairaala, viidennen leikkauksaliin käyttöönotto neurokirurgialla, palvelusetelikonseptin laajentaminen. Virka-aikaista työtä tukevana ja lisätöiden määrää vähentävänä mallina on käytössä ollut ns. suoritepalkkiomalli.	Lisätöösopimus voimassa 28.2.2014 saakka. Otettu käyttöön uusi tulospalkkiojärjestelmä (pysyväisohje 1/2014), jonka tavoitteena on kustannustehokkuuden parantaminen. Silmätaudeissa lisätöiden vähentämiseen on pyritty perustamalla Läntinen silmänsairaala. ●
Vuokratyövoiman käyttö tulisi raportoida henkilötyövuosina henkilötyöryhmittäin sekä henkilötyövuoden hinta henkilötyöryhmittäin.	Raportointia kehitetään v. 2013 aikana. Kirjanpidosta saatavien tietojen lisäksi yrityksiä veloitetaan raportoimaan entistä systemaattisemmin heiltä hankittua vuokratyövoimaa sekä henkilötyötunteina että euroina.	Raportoidaan läpi koko organisaation TPTK-asiakirjassa. Vuokratyövoiman käytön kustannukset olivat 12,5 miljoonaa euroa, joka vastaa noin 205 henkilötyövuotta (laskua 1,9 milj. € verrattuna v. 2012). ●

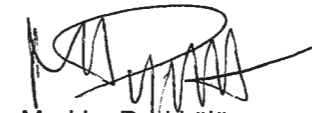
VUOSI 2012		
Arviointikertomuksen suositus (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio suosituksen vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Tutkintojen tarkistamista ja kirjaamista varten on oltava yhtenäiset käytännöt. HUS:n virallisia pysyväisohjeita tulee täydentää.	Tutkintojen tarkastamisesta ja kirjaamisesta laaditaan suosituksen mukaisesti virallinen ohjekirja. HUS:n intranetissa on ohjeistus kelpoisuuksien ja laillistusten tarkastamisesta ja esimiehille on tiedotettu asiasta erillisellä tiedotteella.	Virallista pysyväisohjetta ei ole annettu. Tutkintotodistusten tarkastamisesta ja kirjaamisesta on annettu ohjeet HUS- Intraassa. Sisäisen valvonnan järjestämisestä tehtyyn kyselyyn sisältyi kysymys henkilöiden taustojen tarkastamisesta. 75 % kyselyyn vastanneista ilmoitti, että henkilöiden taustat tarkistetaan rekrytoinnin yhteydessä. ●
HUS:n tulisi yhdessä pääkaupunkiseudun kuntien ja muiden toimijoiden kanssa selvittää mahdollisuutta asuntojen omaan rakennuttamiseen, hyödyntäen HUS-Kiinteistöjen osaamista ja kokemusta.	HUS-Kiinteistöt on alustavasti tunnustellut yhteistyömahdollisuuksia opiskelijasäätiöiden ja eläkevakuutusyhtiöiden kanssa. Lisäksi HUS-Kiinteistöt Oy selvittää kevään 2013 aikana yhteistyömahdollisuuksia Espoon ja Helsingin edustajien kanssa.	Hallitus valtuutti Kiinteistö Oy HUS-Asunnot yhteistyössä HUS-Kiinteistöt Oy:n kanssa valmistelemaan hankeselvityksen 200 - 300 asunnon rakennuttamiseksi pääkaupunkiseudulle hyvien julkisten liikenneyhteyksien varrelle. Hankeselvitys tuodaan hallituksen käsiteltäväksi lokakuun loppuun 2014 mennessä. ●
Kehityskeskusteluiden tasapuoliseen toteutumiseen tulee kiinnittää huomiota työuransa eri vaiheissa olevien työntekijöiden osalta.	Kehityskeskusteluohjeeseen lisätään tietoa uusien työntekijöiden kehityskeskustelukäytännöistä.	Kehityskeskusteluohje päivitettiin syyskuussa 2013. Hallitus hyväksyi 7.10.2013 HUS:n henkilöstöpoliittiset linjaukset. ●
Varmistettava, että henkilöstökyselyt tuottavat luotettavaa tietoa ja arvioitava kriittisesti työolobarometrin liittyvien kannustepalkkioiden jakamisen periaatteita.	Työolobarometrin kannustepalkkiot perustuvat hallituksen hyväksymään Työhyvinvointiohjelmaan ja palkitsemisstrategiaan. Kymmenen yksikön kannustepalkkioiden jakamisen tavoitteena on ollut nostaa työolobarometrin vastausprosenttia. Kun vuonna 2013 tehdään uudet työhyvinvoinnin/työsuojelun toimintaohjelmat, tullaan palkitsemiskäytäntöä arvioimaan ja uudistamaan.	Kannustepalkkioiden perusteet ovat pääsääntöisesti ennallaan. TOB-tiedotteessa todetaan, että palkkioperusteita on tarkoitus uudistaa työhyvinvointiohjelman uudistamisen yhteydessä v. 2013. Työhyvinvointiohjelma 2014-2017 käsiteltiin hallituksessa 3/2014. Dokumentissa ei oteta kantaa TOB kannustepalkkioiden jakamisen periaatteisiin. ●
Intranetin käyttäjälähtöisyyttä tulee parantaa huolehtimalla sisällön ajantasaisuudesta ja löydettävyydestä. Järjestelmien päällekkäisyyttä tulee purkaa tiedon tehokkaan välittämisen ja hyödyntämisen edistämiseksi.	Vanha intranet poistuu käytöstä 2013 ja siirrytään kokonaan uuden intranetin käyttöön. Uusi intranet poikkeaa vanhasta käyttäjälähtöisyyden vuoksi ja siinä on otettu käyttöön työtilat, joissa yksiköt ja ryhmät voivat keskenään jakaa ja tuottaa tietoa. Lisäksi uudessa intranetissa on jokaiselle oma profiilisivu.	Uusi intranet vaihdettiin työasemien etusivuksi 6/2013 ja se päivitettiin 11/2013. Vanha intranet on edelleen rinnakkaisjärjestelmänä ja sinne on päivitetty myös uutta tietoa. Kahden järjestelmän päällekkäinen käyttö tekee järjestelmästä sekavan ja tietoa saattaa edelleen joutua hakemaan molemmista järjestelmistä. ●

VUOSI 2012		
Arviointikertomuksen suositus (lyhentäen)	Hallituksen vastine (lyhentäen)	Tarkastuslautakunnan arvio suosituksesta vaikutuksesta maaliskuussa 2014
Tulee selvittää tarkemmin syyt henkilöstömäärän ja henkilötyövuosien merkittävään lisäykseen yli talousarvion lukujen, miksi aiempien vuosien hyvä tuottavuuskasvu hidastui 2012, ja mistä johtuvat merkittävät tuottavuuden ja hintojen erot sairaanhoitoalueiden kesken.	Yhtenäinen analyysimalli on otettu käyttöön vuoden 2013 kuukausittaisessa toiminnan ja talouden raportoinnissa. Toiminnan ja talouden syy-seuraussuhteiden ymmärtämisen kehittämisen tueksi vuonna 2013 aloitetaan suunnitelmallinen HUS:n esimiesten talouskoulutuskokonaisuus. Myös talouden asiantuntijoille järjestetään koulutusta.	TPTK-asiakirjan raportointi tavoitteiden saavuttamisesta ja poikkeamista ovat kehittyneet myönteisesti. ●
Hallituksen tulee esittää valtuustolle suunnitelma HUS:n talouden tasapainottamiseksi tulevina vuosina ottaen huomioon mm. investointien rahoituksen, lisääntyvät lainanhoitokustannukset, kasvava korkoriski ja kuntien maksukyvyyn.	Valmistellaan pidemmän aikavälin tasapainottamisohjelma vuosille 2013–16, jolla taseeseen kertynyt edellisten tilikausien ali-/ylijäämä saadaan vaiheittain ± 0 tilanteeseen.	Tj. on luvannut tuoda esityksen kesäkuun 2014 valtuustoon. ●
Hallituksen tulee selvittää mahdollisuuksia moniportaisen hallintorakenteen keventämiseen ja arvioida eri vaihtoehtojen kustannus- ym. vaikutukset. Myös konsernijaoston tarpeellisuus tulee arvioida.	Hyksin organisaatorakennetta uudistetaan (osaamiskeskukset). Tulosityksistöistä ja klinikkaryhmistä muodostuu aiemman kahden organisaatiotason sijasta yksi taso. Hallitus valitsi konsernijaoston jäsenet vuosille 2013-17, mutta jaoston asemaa selkeytetään. Se keskittyy jatkossa HUS-konsernin tytär- ja osakkuusyhtiöiden seurantaan.	Kaksi osaamiskeskusta on jo toiminnassa ja 10 osaamiskeskusten johtajat valittu, loppuraportti osaamiskeskusten toimintaperiaatteista ja rakenteista valmistunut. ●
Valvontajärjestelmän toimivuutta tulee edistää mm. päivittämällä ohjeistusta sekä lisäämällä tiedottamista hallituksen ja toimitusjohtajan ohjeistuksista ja linjauksista.	Suositus on varteenotettava sekä valvontajärjestelmän ohjeistuksen päivittämisen että ohjeistusten ja linjausten tiedottamisen osalta. Toimitusjohtaja käynnistää toimenpiteet em. asioiden kehittämiseksi suositusten esittämällä tavalla.	Valtuusto hyväksyi sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan periaatteet –asiakirjan 11.12.2013. Sisäisellä tarkastuksella ei ollut työohjelmaa vuodelle 2013, työohjelma 2014 on ollut johtoryhmän käsittelyssä 3/2014 ja toimintaohje on valmisteilla. ●

Taulukko 7. Tarkastuslautakunnan vuoden 2012 arviointikertomuksessa esittämät suositukset (lyhennettyinä), hallituksen havaintoihin antamat vastineet (lyhennettyinä) ja tarkastuslautakunnan arvio tilanteesta maaliskuussa 2014.

ALLEKIRJOITUKSET

Helsingissä huhtikuun 14. päivänä 2014



Markku Pyykkölä
tarkastuslautakunnan puheenjohtaja



Maija Anttila
tarkastuslautakunnan varapuheenjohtaja



Aatos Hallipelto
jäsen



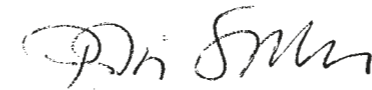
Tuula Lind
jäsen



Juha Malmi
jäsen



Kari T. Nukala
jäsen



Päivi Salli
jäsen

Liite 1. Tulokset kyselystä "sairaanhoitajien työnkuvien laajentaminen"

HUS:ssa lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä

- Astmapotilaan välikontrollit (Spirometria, PEF)
- CPAP-hoidon aloituskäynnit
- Diagnostiset haastattelut ja diagnosointiarviointivälineiden käyttö psykiatriassa (esim. SCID, MINI, PANSS -haastattelut)
- Epilaatiot (karvojen poisto)
- Hoidon tarpeen arvio päivystyksissä ja yhteispäivystyksessä (ns. triage -hoitajatoiminta)
- IBD-ohjaus ja neuvonta
- Immobilisaatiohoidossa vaativat kipsaukset ja lastoitukset
- Intraosseaalilyhteyden avaaminen ja tiettyjen suonensisäisten lääkehoitojen toteuttamiset ensihoidossa
- Joidenkin iv-lääkehoitojen toteutus ilman lääkärinä
- Kestopigmentointi
- Kipupumppujen täyttö ja stimulaattoreiden säätö, erilaiset laitteistojen kalibroinnit
- LD-punktiot (selkäpunktiot)
- Lyhyiden sairauslomien kirjoittaminen (yhteispäivystyksessä)
- Lähetearviointi ja -ohjaus (psykiatria)
- Maksapotilaiden maksansiirtojen suunnittelu ja hoito leikkauksen jälkeen
- Marevan-lääkkeen annostelu
- Perinnöllisyysneuvonta
- Psykiatriassa hoidon alku-, väli- ja loppuarviointia, lääkähoidon seuranta ja arviointia, erilaisten psykososiaalisten hoitojen toteuttamista sekä lausuntopohjien kirjoittamista
- Psykiatriassa perusterveydenhuollon ja muiden esh:n erikoisalojen konsultointi eri ammattiryhmille (myös lääkäreille) sekä lääkähoidoneuvonta
- Prolapsirenkaiden vaihto
- Residuaali-ultraäänitutkimukset päivystyksessä
- Reumapotilailla tiettyjen nivelstatuksen mittaamiseen tarkoitettujen mittareiden käyttö ja kirjaaminen
- Seroomapunktiot
- Sähköhoito (psykiatria)
- Tahdistintarkistuksia
- Tatuaatiot

- TMS-hoito (psykiatria)
- Turvakoeseuranta (HIV-, diabetes- ja reumapotilaat)
- Ultraääniseulonnat raskaana oleville (I ja II) (siirretty kättilöille)
- Ultraäänitutkimuksia (kirurgia)
- Urologiset tilavuusmittaukset
- Urologisten potilaiden lääkityshoitoja, esim. rakkolääkitykset
- Vagushermon stimulointihoidon säätöjä (epilepsiassa käytettävä hoitomuoto)
- Valtimoverinäytteenotto
- Yksittäinen sytostaattihoidokerta (gemsitabiini-single)

Muissa yliopistosairaanhoitopiireissä lisäksi siirretty

- Haavojen puhdistus ultraäänellä (kirurgisen puhdistuksen sijaan)
- Karsastuksesta kärsivien lapsipotilaiden tutkiminen ja ohjaus
- Lääkkeenmääräminen yhteispäivystyksessä sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräisoikeuden puitteissa
- MS- ja epilepsiapotilaiden kontrollikäyntejä
- Neurologiset pistosopetukset
- Oireettomien sukupuolitautilaisten päivystysterveystöön
- Silmän sisäisiä pistoshoitoja
- Sisäisen syke seurannan laittaminen
- Tekonivelpotilaiden kontrolleja
- Tuberkuloosipotilaiden hoidon seuranta
- Varjoaineruiskutukset CT -tutkimuksissa

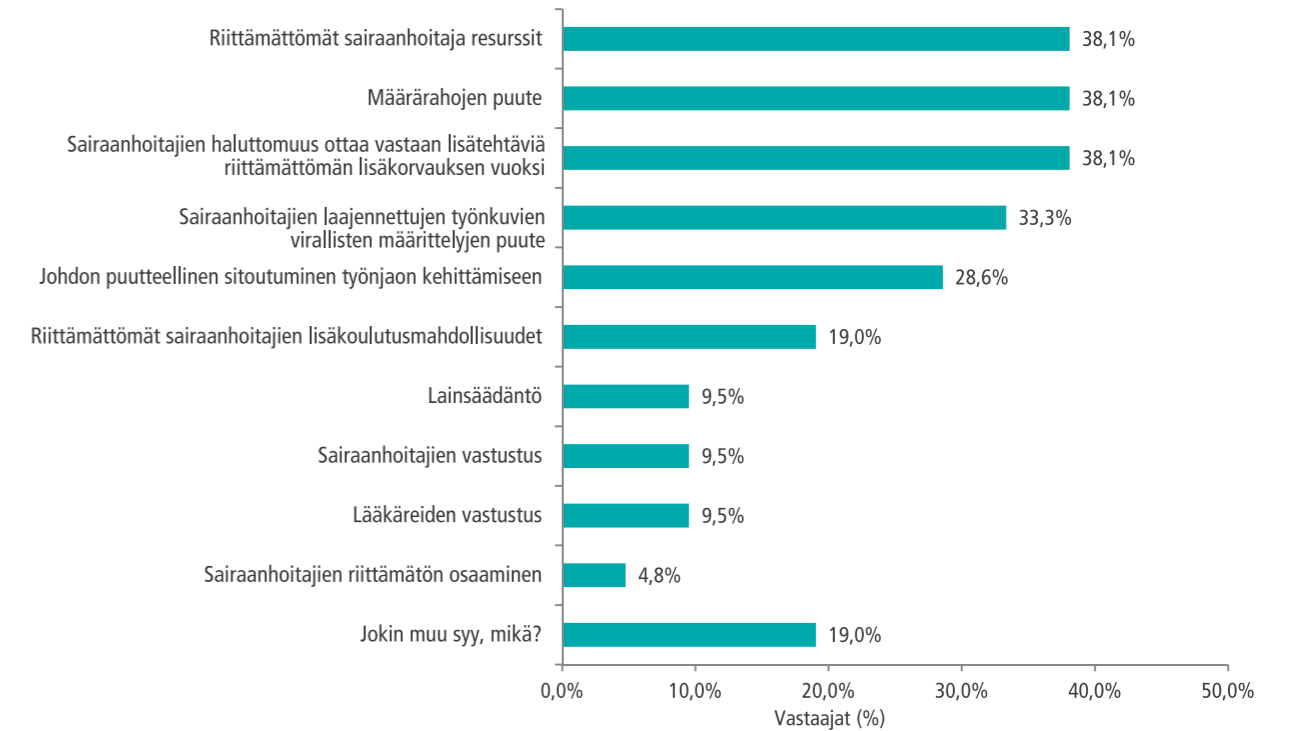
Muissa yliopistosairaanhoitopiireissä suunniteltuja tehtäväsiirtoja

- Elektiivisten toimenpidepotilaiden kotiuttaminen
- Parkinsonpotilaan kontrollit
- Pienet suturaatiot
- Psoriasisihoidon vastaanotto
- Reuman hoidon nivelpistokset
- Yksilokerotahdistinpotilaiden kontrollit

Taulukko 1. Yliopistosairaanhoitopiireissä lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä ja toimenpiteitä.



Kuvio 1. Sairaanhoitajien työnkuvien laajentamisen syitä HUS:ssa. (Kysymys: Mistä syystä toimialueellasi on laajennettu sairaanhoitajien työnkuvia? Merkitse kolme tärkeintä. Vastaajien määrä: 21).



Kuvio 2. Sairaanhoitajien työnkuvien laajentamista vaikeuttaneita tekijöitä HUS:ssa. (Kysymys: Mitkä tekijät ovat vaikeuttaneet lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjaon kehittämistä toimialueellasi? Valitse kolme tärkeintä. Vastaajien määrä: 21).

Kysely lähetettiin kaikille Suomen yliopistosairaanhoidopiiri- en hoitotyöstä vastaaville ylihoitajille ja osastoryhmäpäälli- köille (N 107). Vastausprosentti oli 36.

Vastaajien mukaan tärkeimmät syyt sairaanhoitajien työnkuvien laajentamiselle HUS:ssa ovat olleet pyrkimys parantaa potilaiden hoitoon pääsyä ja hoidon laatua sekä pyrkimys lisätä toiminnan tuottavuutta (kuvio 1). Sairaanhoidajien työnkuvia oli laajennettu myös lääkäripulan vuoksi ja lääkäri työvoiman vapauttamiseksi vaativampiin tehtäviin. Noin puolet (57 %) vastanneista ilmoitti, että sairaanhoitajien työnkuvien laajentaminen on asetettu toimialueen tavoitteeksi. Tärkeimmät lääkäreiden ja sairaanhoitajien työn- jaon kehittämistä vaikeuttaneet syyt olivat riittämättömät sairaanhoitajaresurssit, määrärahojen puute sekä sairaanhoitajien haluttomuus ottaa vastaan lisätehtäviä riittämättömän lisäkorvauksen vuoksi (kuvio 2). Työnjaon kehittämistä oli lisäksi vaikeuttanut ohjeistuksen viipyminen, tilaongelmat, vastuukysymysten epäselvyys sekä se, että kehittämistyöhön on liian vähän aikaa.

Vastausten perusteella HUS:ssa on siirretty sairaanhoitajille yksittäisten toimenpiteiden lisäksi eri potilasryhmien hoidon tarpeen arviointiin, potilaiden ohjaamiseen sekä hoidon seurantaan liittyviä tehtäviä. Somaattisella puolella on siirretty eri potilasryhmien lääkehoidon turvallisuuden seuranta ns. turvakoeseuranta (esim. HIV, diabetes, nivelreuma) ja eri potilasryhmien ohjaus- ja kontrollikäyntejä (mm. diabetes-, avanne- ja syöpäpotilaat). Päivystyksessä sairaanhoitajat suorittavat hoidon tarpeen arviointia (ns. triage -hoitajatoiminta). Vastauksissa tuli esiin, että lasten erikoisalalla sairaanhoitajille on siirretty päänsärkypotilaiden vastaanottoa sekä kastelu- ja ummetuspotilaiden hoitoa. Myös perinnöllisyysneuvontaa on siirretty sairaanhoitajille. Psykiatriassa sairaanhoitajille on siirretty lähetearviointia, diagnostisten haastattelujen ja tutkimusten tekoa, hoidon alku-, väli- ja loppuarviointia, lääkehoidon seuranta ja arviointia, perusterveydenhuollon ja esh:n muiden erikoisalojen konsultointia (myös lääkehoitoneuvontaa), erilaisten psykososiaalisten hoitojen toteuttamista sekä joissakin yksiköissä lausuntopohjien kirjoittamista.

Yksittäisiä toimenpiteitä tai tehtäviä, joita HUS:ssa vastanneiden mukaan on suunniteltu siirrettäväksi lääkäreiltä sairaanhoitajille tai kättilöille oli pienten haavojen ompelu, iv-kanyylien laitto lapsipotilaille sekä sikiön seurantaan liittyviä tehtäviä (painoarvio, sf-mitan ja tarjonnantarkistus). Psykiatriassa on suunniteltu sairaanhoitajien valmiuksien lisäämistä mm. tutkimusjakson suorittamiseen, diagnosti- siin haastatteluihin, joidenkin lausuntojen kirjoittamiseen

sekä joidenkin hoito- ja terapiainterventioiden itsenäiseen toteuttamiseen. Mahdollisuuksia tehtävänsiirroille nähtiin päiväsaaralatoiminnan ja hoitajavastaanottoiminnan laajentumisissa. Muiden yliopistosairaanhoidopiiri- en ylihoitajien vastauksissa tuli esiin joitakin sellaisia toteutettuja tai suunniteltuja tehtävänsiirtoja, jotka eivät tulleet esiin HUS:n osastoryhmäpäälliköiden vastauksissa (taulukko 1).

Tehtävänsiirrot on asetettu tavoitteeksi myös syksyllä 2013 aloittaneen Läntisen silmäsaaralan toiminnassa, jonka osalta HYKS-sairaanhoidoalueen lautakunta on päättänyt hoitajavastaanottojen lisäämisestä sekä kolmen lääkäri- vakan korvaamisesta kuudella sairaanhoitajavakanssilla. Sairaanhoitajien osuuden lisäämisellä on tarkoitus kasvattaa hoidettujen potilaiden määrää.⁴³

Vastausten mukaan HUS:ssa on käytössä lähes kolmekymmentä erilaista ammatti- ja tehtävänimikettä, jotka kuvaavat sairaanhoitajien laajennettua työnkuvaa. Osa nimikkeistä on käytössä virallisesti ja osa epävirallisesti. Yleisin vastaajien ilmoittama nimike oli hoitotyön kliininen asiantuntija (taulukko 2).

Ammatti-/tehtävänimike	Vastaukset (Ikm)
Hoitotyön kliininen asiantuntija	13
Kliininen hoitotyön opettaja	11
Diabeteshoitaja	9
Avannehoitaja	7
Syöpähoitaja	6
Haavahoitaja	6
Uroterapeutti	5
Kipuhoitaja	5
Opetushoitaja	4
Sydänhoitaja	3
Reumahoitaja	3
Uniapneahoitaja	2
Jokin muu, mikä?	19

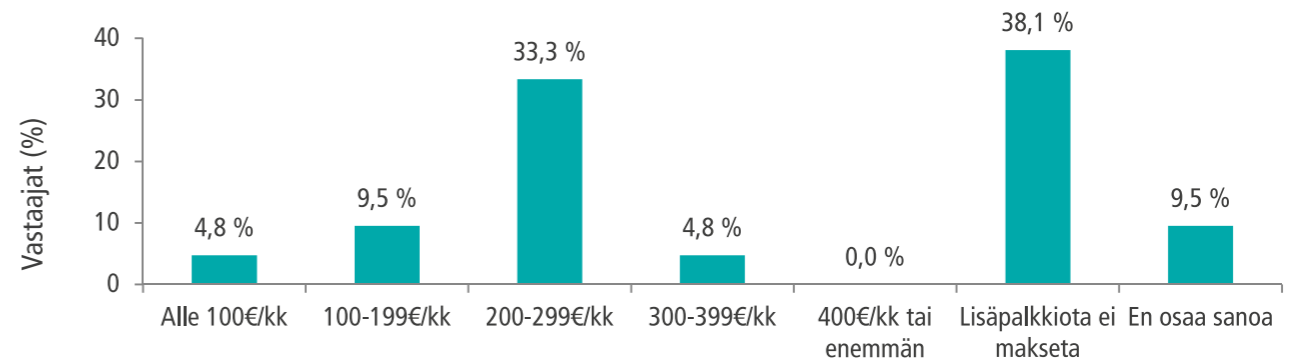
Taulukko 2. HUS:ssa käytössä olevia sairaanhoitajien laajennettua työnkuvaa kuvaavia ammatti- ja tehtävänimikkeitä. (Kysymys: Mitä seuraavia ammattinimikkeitä toimialueellasi on käytössä? Merkitse sopivat vaihtoehdot. Vastaajien määrä: 21).

43 HYKS-sairaanhoidoalueen lautakunta pk 26.11.13 (§ 77).

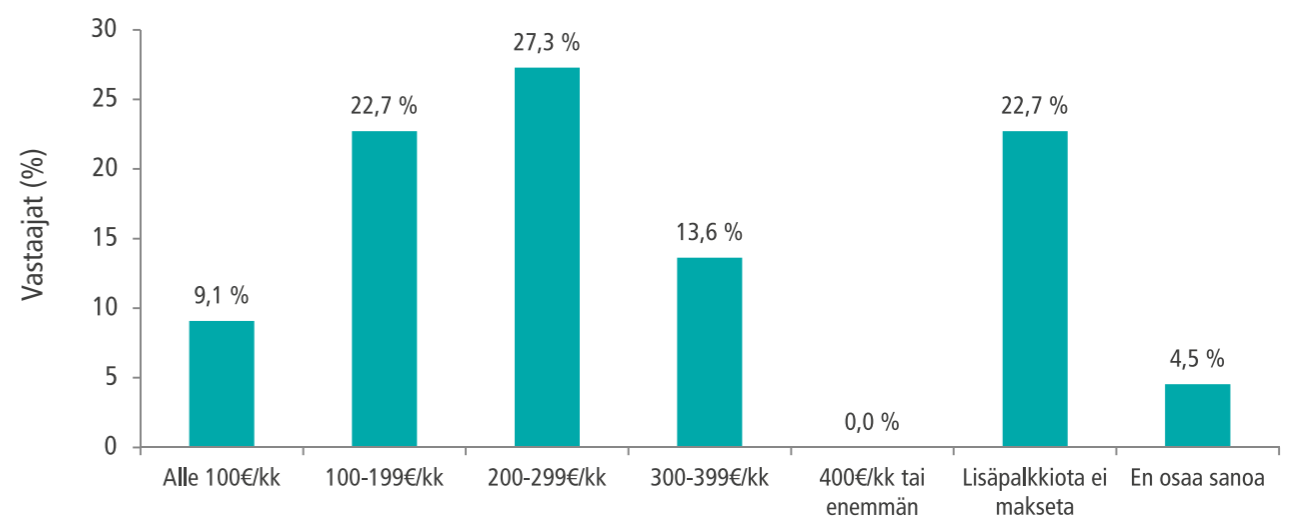
Vastaajien mukaan käytössä on myös nimikkeet UÄ-hoitaja, tahdistinhoitaja, (keuhko) kuntoutusohjaaja, IBD-hoitaja, HIV-hoitaja, kuntoutusohjaaja, maksahoitaja, imetyскоordinaattori, astmahoitaja, hyposensibiliteetti- mot- tagningskötare (siedätyshoito-vastaanottohoitaja), perinnöllisyys- hoitaja, lähetehoitaja, transseksuaaliohjaaja ja toimen- pidehoitaja.

HUS:n vastaajista noin puolet (48 %) ilmoitti, että sairaanhoitajien työnkuvien laajentaminen on otettu huomioon palvelujen tuotteistuksessa ja kolmasosan mukaan se on huomioitu tuotteistuksessa osittain.

Tehtävänsiirtoihin, hoitajavastaanottoimintaan ja laajennettuun tehtäväkuvaan liittyvä lisäpalkkaus vaihteli huomattavasti vuonna 2013 ja tavallista oli, että työnku- van laajenemisesta ei palkittu lainkaan. Vastaajista noin 38 % ilmoitti, että tehtävänsiirrosta ei makseta lisäpalkkiota ja noin 23 % ilmoitti, että hoitajavastaanotosta ei makseta lisäpalkkiota (kuvio 3 ja 4). Tavallisin korvaus laajennetusta tehtävänkuvasta (silloin kun se ei liity tehtävänsiirtoon tai hoitajavastaanottoon) vuonna 2013 oli vastanneiden mu- kaan 100-199 €/kk. Noin kolmasosa vastaajista ilmoitti, että laajennetusta tehtävänkuvasta ei makseta lisäpalkkiota.



Kuvio 3. Sairaanhoitajille tehtävänsiirrosta maksettava lisäkorvaus HUS:ssa vuonna 2013 (vastaajien määrä: 21).



Kuvio 4. Sairaanhoitajille hoitajavastaanotosta maksettava lisäkorvaus HUS:ssa vuonna 2013 (vastaajien määrä: 22).

KÄSITTEET JA LYHENTEET

AIESOPIMUS Varsinaista sopimusta edeltävä sopimus, johon kirjataan neuvotteluosapuolten saavutettu yksimielisyys ja jatkotoimet. Lähtökohtaisesti aiesopimus ei ole juridisesti sitova.

BM (BENCHMARKING) Vertailuanalyysi, jossa omaa toimintaa verrataan toisten toimintaan, usein parhaaseen vastaavaan käytäntöön.

CASEMIX-INDEKSI THL:n tuottavuusvertailun mukaan hoitojen keskimääristä vaatuvuutta kuvaava indeksi

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

DR FOSTER Iso-Britannialainen organisaatio, joka tuottaa Global Comparators-ohjelman avulla vertailutietoa terveydenhuollon laadusta ja tehokkuudesta.

DRG (DIAGNOSIS RELATED GROUPS) 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 hoitokasojen keskimääräisen kustannusten ja kaikkien tarkasteltavan yksikön hoitokasojen keskimääräisen kustannuksen suhdetta.

DRG-PISTEKUSTANNUS DRG-pistekustannus saadaan, kun kokonaiskustannukset jaetaan DRG-pisteiden määrällä.

EKSTRANET HUS-Ekstranet on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu sivusto, joka palvelee Espoon, Helsingin, Kauniaisten, Keravan, Kirkkonummen, Vantaan ja HUS:n potilasohjausta.

E-RESEPTI Sähköinen resepti

ERVA Erityisvastuualue

ESH Erikoissairaanhoito

EU Euroopan Unioni

HAIPRO Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien tietotekninen valvontajärjestelmä ja laatutyökalu

HTV (Henkilötyövuosi) Yksi henkilötyövuosi vastaa laskennallisesti yhden henkilön n.10,5 kk työpanosta, johon ei sisälly lomaa tai muita poissaoloja. Evo-palvelussuhteita ei huomioida henkilötyövuosien laskennassa.

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

HUS-KUVANTAMINEN HUS:n liikelaitos, joka tuottaa lääketieteellisiä kuvantamisen, fysiologian ja neurofysiologian tutkimuksia, näihin liittyviä toimenpiteitä ja asiantuntijapalveluja sekä lääkintäteknisiä asiantuntijapalveluja.

HUSLAB HUS:n liikelaitos, joka tuottaa laboratoriopalveluja.

HUSPLUS Henkilöstöjohtamisen toiminnanohjausjärjestelmä, jossa on myös henkilöstölle tarkoitettuja itsepalvelutoimintoja sekä henkilöstöasioihin liittyviä ohjeita.

HUS-SERVIS HUS:n liikelaitos, joka tuottaa asiointi-, henkilöstö-, talous- ja tekstinkäsittelypalveluja.

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

HYKS Helsingin yliopistollinen keskussairaala

HYL Hallintoyli lääkäri

ICT Tieto- ja viestintäteknologia

IT Tietotekniikka

KA Keskiarvo

KARDIOLOGIA Lääketieteen erikoisala, joka tutkii sydämen- ja verenkiertoelimistön toimintaa ja sairauksia.

KARENSSI Korvaukseton määräaika

KOY Kiinteistöosakeyhtiö eli yhtiö, joka on tarkoitettu kiinteistön, sen rakennusten ja rakennusten tilojen omistukseen ja hallinointiin.

KPMG Tilintarkastus-, vero- ja neuvontapalveluja tarjoava yritys

LU Länsi-Uudenmaa

MEDIAANI Keskiluku (ilmoittaa suuruusjärjestykseen asetettujen havaintoarvojen keskimääräisen arvon).

MINI-HTA Suppea, mutta järjestelmällinen menetelmäarviointi, jolla kartoitetaan arvioitavan menetelmän etuja ja haittoja, taloudellisia vaikutuksia sekä seurauksia potilaalle ja organisaatiolle.

NORDDRG Pohjoismainen potilasluokittelujärjestelmä, ks. DRG.

OECD (ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT) Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö

PSHP Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

PTH Perusterveydenhuolto

PVK Potilasvakuutuskeskus

RAFAELA Hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka avulla voidaan määrittää potilaan toteutunut hoitotyön määrä ja tuottaa tieto hoitotyöhön käytettävästä hoitajaresursista.

RAVIOLI HUS:n liikelaitos, joka tuottaa ravitsemis- ja ravitsemusterapiapalveluja.

SHA Sairaanhoitoalue

SHP Sairaanhoitopiiri

SOCCA Pääkaupunkiseuden sosiaalialan osaamiskeskus

SOTE Sosiaali- ja terveyspalvelu

TA Talousarvio

TAYS Tampereen yliopistollinen sairaala

TEKES Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

THORAX Rintakehä

TJ Toimitusjohtaja

TOB (Työolobarometri) Työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä kartoittava kysely.

TPTK Tilinpäätös ja toimintakertomus

TUOTTAVUUS Toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseen käytettyjen panosten välinen suhde.

TY Tulosityksikkö

URANUS Potilastietojärjestelmä, 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

VSSHP Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

YO Yliopisto

YO-SHP Yliopistollinen sairaanhoitopiiri

YHTEYSTIEDOT

HUS, Palvelukeskus, Stenbäckinkatu 9, rakennus 7 A | (09) 4711 | etunimi.sukunimi@hus.fi

