

# Tarkastuslautakunnan ARVIOINTIKERTOMUS

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuustolle

vuodelta  
2016





# Sisältö

1. Puheenjohtajan katsaus	5
2. Tiivistelmä	6
3. Tarkastuslautakunnan toiminta vuonna 2016	7
4. Sitovien taloudellisten tavoitteiden toteutuminen	8
5. Strategisten avaintavoitteiden toteutumisen arviointi	10
5.1. Potilaan hoidon oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus	11
5.2. Hoidon laatu ja turvallisuus	15
5.2.1. Potilasturvallisuusriskien ennakointi	16
5.2.2. Potilasturvallisuus- ja laatu-tietojen tuottaminen	18
5.3. Asiakaskokemus	20
5.4. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa	22
5.5. Parhaat osaajat, henkilöstötyytyväisyys	23
5.5.1. Sisäisten sijaisten ja vuokratyövoiman käyttö	24
5.5.2. Henkilöstön työkyky ja sairauspoissaolot	25
5.5.3. Sisäympäristöongelmat	26
5.6. Palvelujen hinta ja talouden hallinta	27
6. Tarkastuslautakunnan työohjelmaan kuuluneet arviointiaiheet vuonna 2016	30
6.1. HUS:n strategia: Edelläkävijä – Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi	30
6.2. Hyks-sairaanhoidon alueen organisaatiouudistus	32
6.3. HUS:n ympäristötyö	35
6.4. Kehittämistoiminta ja kehittämishankkeet	39
6.5. Kilpailukyky	41
7. Tarkastuslautakunnan suositusten jälkiseuranta	44
Liite 1. Hyks-sairaanhoidon alueen organisaatiouudistusta koskevan kyselyn tulokset	47
Lähteet	51

# 1. Puheenjohtajan katsaus

Julkisella sektorilla vaaleilla valitut päättäjät ovat vastuussa strategisista valinnoista. Valtuustokausi 2013–2016 on loppuillaan ja siksi tarkastuslautakunta on arvioinut vuosittaisten avaintavoitteiden toteutumisen lisäksi kokonaisuutena HUS:n strategiaa 2012–2016 ”Edelläkävijä – vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi”, joka tasapainoilee potilaan, henkilöstön, jäsenkuntien ja muiden sidosryhmien tarpeiden välillä. Strategian toteuttaminen on valtuustokaudella edennyt monilta osin oikeaan suuntaan, vaikka tavoitteiden saavuttaminen vuonna 2016 toteutui heikosti.

HUS on ollut vuodesta 2001 alkaen jatkuvassa muutoksessa. Kehitys on ollut hyvää, mutta hyvä suunta ei jatku itsestään. HUS pärjää tulevissa muutoksissa, mutta se vaatii päätöksiä ja niiden toimeenpanoa jo vuonna 2017. Tärkeää tulee olemaan HUS:n sairaaloiden yhteistyö ja osaamispääomasta huolehtiminen ja sitä kautta pärjääminen entistä enemmän asiakkaiden ja tilaajien valintoihin perustuvassa tuotantomallissa. Tällä hetkellä potilasvalintojen näkökulmasta HUS ei näytä houkuttelevalta. Vapaasti hoitopaikan valinneiden potilaiden nettolaskutuksen tavoite vuonna 2016 oli 5 miljoonaa euroa, mutta toteuma oli -0,5 miljoonaa euroa. HUS-piirin potilaita hakeutui siis hoitoon enemmän muualle kuin potilaita muualta HUS:iin. Potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon on vaikea arvioida, kun vain 2 % hoidetuista potilaista on täyttänyt asiakastytyväisyyskyselyn. Kolmas huolta aiheuttava seikka pimittää tulevaa horisonttia: hoitohenkilökunnalle tehdysä kyselyssä vain 17 % ilmoitti olevansa sitoutunut organisaatioon. Paikka auringossa eli Uudenmaan maakunnan hovihankkijana ja potilaiden valinnan kohteena ei siis ole itsestään selvää, töitä menestyksen eteen on tehtävä.

HUS:n tilannetta on vuonna 2016 heikentänyt rakennusten huono kunto, josta esimerkkinä ovat Läntisen silmäsairaalan ongelmat. Toiminta sairaalassa jouduttiin keskeyttämään kokonaan syksyllä 2016. Ongelmat vaikuttavat potilashoittoon, työviihtyvyyteen, tuottavuuteen ja HUS:n maineeseen.

Tarkastuslautakunta teki itsearviointikyselyn HUS:n valtuutetuille syksyllä 2016. Alhaisen vastausprosentin (38 %) vuoksi tuloksista ei voida tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Vastanneiden terveiset tuleville valtuutetuille kertovat kuitenkin siitä, mitä Suomen suurimman sairaanhoitopiirin päättäjänä oleminen vaatii; ”Perehtykää hyvin, ajatelkaa terveydenhuoltoa laajasti, vertailukohteeksi otettava maailman parhaat toimijat, kansainvälistä näkyvyyttä tulisi nostaa, on hyödynnettävä HUS:n nettisivuja, osallistuttava koulutuksiin ja asioiden lobbaukseen on varattava aikaa.”

On selvää, että myös uudessa sosiaali- ja terveydenhuolto -järjestelmässä tarkastuslautakunnan arviointityöllä tulee olemaan tärkeä asema. Valmistelussa tulee huolehtia, että tarkastustoimen toteuttamiseen on olemassa riittävä osaaminen ja resurssit. Tarkastuslautakunnan tehtävät lisääntyvät jo 1.6.2017, kun laki sidonnaisuuksien ilmoittamisvelvollisuudesta tulee voimaan. Lopuksi esitän toivomuksenani, että tulevan valtuuston perehdyttämisessä hyödynnetään tätä arviointikertomusta kiinnittäen erityisesti huomiota lukuun 6.1, jossa arvioidaan HUS:n osaamista strategisen suunnittelun saralla. Asetettujen tavoitteiden runsaus ja vuosittainen vaihtuvuus tekee johdonmukaisen johtamisen hankalaksi niin viranhaltijoille kuin valtuustollekin.

Markku Pyykkölä  
Puheenjohtaja  
Tarkastuslautakunta

## 2. Tiivistelmä

Kuntien ja kuntayhtymien tarkastuslautakuntien arviointityön tarkoituksena on edistää julkisten palveluiden järjestämisen ja toiminnan kilpailukykyä ja vahvistaa demokratian ja kansalaisyhteiskunnan toimintaa.<sup>1</sup> HUS:n tarkastuslautakunta raportoi huomioistaan valtuustolle vuosittain arviointikertomuksessa, jossa se pyrkii nostamaan esiin sellaisia havaintoja, jotka auttavat HUS:n toiminnan tuloksellisuuden parantamisessa.

Vuoden 2016 arviointikertomus koostuu seitsemästä pääluvusta. Luvussa kolme kerrotaan lautakunnan toiminnasta vuonna 2016, luvussa neljä on arvioitu valtuuston asettamien sitovien taloudellisten tavoitteiden toteutumisesta valtuustokaudella ja luvussa viisi strategisten avaintavoitteiden toteutumista vuonna 2016. Luvussa viisi on lisäksi tuotu esiin ne lautakunnan tekemät huomiot, jotka liittyvät läheisesti strategisten avaintavoitteiden toteutumiseen. Luvussa kuusi on arvioitu lautakunnan työohjelmaan vuonna 2016 kuuluneita aiheita, muun muassa HUS:n strategiaa ja Hyks-sairaanhoitoalueen organisaatio-uudistusta. Vuoden 2015 arviointikertomuksen suosituksen vaikuttavuutta tarkastellaan luvussa seitsemän. Ennen arviointikertomuksen hyväksymistä vastuunalaisilla viranhaltijoilla on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei arviointiin sisälly asiavirheitä. Vuoden 2016 Arviointikertomus sisältää 12 havaintoa ja 12 suositusta.

### Myönteisiä havaintoja vuodesta 2016

- HUS:n strategia on laajuudestaan huolimatta kestänyt hyvin toimintaympäristössä tapahtuneita muutoksia.
- HUS:ssa on monia hyviä esimerkkejä toiminnan kehittämistä. Esimerkiksi lihavuuskirurgiassa on hyödynnetty Lean-menetelmää, laaturekisteriä ja terveyshyödyn arviointia. Lisäksi painonhallintaa edistetään osana terveyskylä.fi-verkopalveluja.
- HUS viestii potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun liittyvistä tiedoista sekä tutkimustoiminnasta aiempaa avoimemmin.
- HUS:n ympäristökeskuksella on kattava verkosto, jonka avulla voidaan edistää organisaation ympäristöystävällisyyttä.

### Havaittuja kehittämiskohteita

- Talousarviossa asetettavien tavoitteiden tulee perustua tiiviimmin strategiaan.
- Tietoja HUS:n tuottavuudesta on analysoitava tarkemmalla tasolla.
- Tuottavuuden lisäksi myös vaikuttavuutta on arvioitava. Resurssien kohdistamisessa ja menetelmien valinnassa on otettava huomioon palveluista saatava terveyshyöty.
- Sisäympäristöongelmien vaikutuksista HUS:n henkilöstön työhyvinvointiin, potilashoittoon ja talouteen on tehtävä hallituksen lupaama selvitys.
- Asiakaspalautteiden kerääminen ja niiden hyödyntäminen on varmistettava.
- Henkilöstöresurssien joustavaa käyttöä pitää edelleen kehittää.
- Hoitohenkilökunnan sitoutumista organisaatioon on parannettava.

## 3. Tarkastuslautakunnan toiminta vuonna 2016

HUS:n tarkastuslautakunnan arviointityö perustuu kuntalakiin (410/2015 § 121). Sen mukaan lautakunnan tehtävänä on arvioida kuntayhtymän valtuuston asettamien toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden toteutumista sekä toiminnan tuloksellista ja tarkoituksenmukaista järjestämistä. Lisäksi lautakunnan tulee arvioida, antaako tilinpäätös ja toimintakertomus riittävät tiedot tavoitteiden toteutumisesta.

Valtuuston alainen tarkastuslautakunta vastaa ulkoisen valvonnan järjestämisestä ulkopuolisen tilintarkastusyhteisön ja lautakunnan alaisen ulkoisen tarkastuksen yksikön kanssa. Tarkastuslautakuntaan kuului vuonna 2016 seitsemän jäsentä ja se kokoontui vuoden aikana 13 kertaa.

Arviointikertomusta vuodelta 2015 valmisteli erillinen tarkastuslautakunnan jäsenistä koostuva jaosto ja arviointikertomus hyväksyttiin 25.4.2016. Lautakunta valitsi uudeksi arviointijohtajaksi Pirjo Räsäsen Reijo Salmelan eläköityessä heinäkuun lopussa. Kesäkuussa vahvistettiin tilintarkastussopimuksen optiokausien käyttö ja lokakuussa toteutettiin valtuuston itsearviointikysely. Syksyllä tarkastuslautakunta valmisteli kuntalain sille asettamaa uutta tehtävää sidonnaisuusilmoitusten valvojana. Tarkastuslautakunta osallistui PwC:n arviointikertomuskilpailuun, jonka kuntayhtymien sarjan se voitti valtuustokauden aikana kaksi kertaa, vuosina 2015 ja 2014.

Lautakunta teki seminaarimatkan Lontoon European Healthcare Design -kongressiin, osallistui yliopistosairaanhoitopiiriin tapaamiseen Tampereella ja vieraili Porvoon sairaanhoitoalueella. Joulukuussa pääkaupunkiseudun tarkastuslautakuntien tapaamisessa käsiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon -uudistusta ja keskusteltiin yhteistyön kehittämisestä.

Tarkastuslautakunta kuuli vuonna 2016 seuraavia viiranhaltioita: hallintoyli lääkäri, hallituksen puheenjohtaja, HUS-tietohallinnon johtaja, kehittämisjohtaja, konsernin talouspäällikkö, talousjohtaja, tarkastusjohtaja, turvallisuus- ja valmiusjohtaja, tutkimusjohtaja, Uudenmaan sairaalapesulan toimitusjohtaja ja yhteyspäällikkö.

Vuonna 2016 tilintarkastusyhteisönä toimi KPMG Julkishallinnon Palvelut Oy ja vastuunalaisena tilintarkastajana Jorma Nurkkala, KHT, JHT.



Eturivi: Markku Pyykkölä, Maija Anttila, Piritta Poikonen, Kari T. Nukala. Takarivi: Päivi Salli, Tuula Lind, Aatos Hallipelto. Kuvaaja: Timo Löfgren.

### Tarkastuslautakunta 2016

#### Varsinainen jäsen

Markku Pyykkölä, pj. (Kok), Kerava  
 Maija Anttila, vpj. (SDP), Helsinki  
 Aatos Hallipelto, (Kok.), Helsinki  
 Tuula Lind, (SDP), Kerava  
 Kari T. Nukala, (Kok.), Espoo  
 Piritta Poikonen, (PS), Lohja  
 Päivi Salli, (Vihr.), Espoo

#### Varajäsen

Raimo Huvila, (Kok.), Vantaa  
 Merja Vuori, (SDP), Espoo  
 Seija Muurinen, (Kok.), Helsinki  
 Tapani Eskola, (SDP), Porvoo  
 Heikki Kurkela, (Kok.), Kauniainen  
 Marja Kyyrö, (PS), Vantaa  
 Katri Kakkola, (Vihr.), Järvenpää

## 4. Sitovien taloudellisten tavoitteiden toteutuminen

Kuntalain mukaan tarkastuslautakunnan on arvioitava talouden tasapainotuksen toteutumista tilikaudella sekä voimassa olevan taloussuunnitelman riittävyttä, jos kunnan tai kuntayhtymän taseessa on kattamaton alijäämä. HUS:n tavoitteena on tasapainoinen talous taloussuunnittelukaudella 2016–2018. Vuoden 2018 talousarvion tulee siten olla 3,8 milj. euroa ylijäämäinen, kun otetaan huomioon vuoden 2016 taseen kertynyt edellisten kausien alijäämä (2,9 milj. euroa). Tasapaino on saavutettava viimeistään vuoden 2019 alussa sote-uudistuksen toteutuessa. Vuonna 2016 HUS-kuntayhtymän vuosikate/poistot oli 49,4 % ja edellisenä vuonna 148,5 %.

Valtuustoon nähden sitovia tavoitteita vuodelle 2016 oli asetettu viisi, joista neljä toteutui. Tavoite tulosalueiden investointien yhteismäärästä ylittyi 1,2 milj. eurolla. Tarkastuslautakunta esittää huolensa siitä, riittävätkö talousarviossa esitetyt investoinnit tulevaisuuden korjaustarpeisiin nähden (vanhoihin rakennuksiin liittyvät ongelmat).

Kuntayhtymän tilikauden tulos oli 56,0 milj. euroa alijäämäinen, mikä aiheutui vuoden 2015 ylijäämän (54,6 milj. euroa) palautuksesta jäsenkunnille kesäkuussa 2016 sekä Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen ensihoidon alijäämästä. Vuoden 2016 toteutunut toiminnallinen ylijäämä 82,2 milj. euroa palautettiin kokonaisuudessaan jäsenkunnille tammi-kuussa 2017, kuten valtuusto oli kesäkuussa 2016 päättänyt.

Tavoite sitovista nettokuluista (jäsenkunnille kohdistuvan erikoissairaanhoidon palvelutuotannon kulut) toteutui vuonna 2016, kun otetaan huomioon kilpailukyky sopimuksen vaikutus lomapalkkavelkaan (ilman sopimuksen vaikutusta sitovat nettokulut kasvoivat edelliseen vuoteen verrattuna 1,2 % ja ylittivät talousarvion 1,7 %). Vuosina 2013–2015 rahoitusosan sitovina tavoitteina olivat pitkäaikaisten lainojen lisäysten ja vähennysten enimmäismäärä.

Vuoden 2016 sitovaksi tavoitteeksi oli asetettu pitkäaikaisten lainojen muutokset nettomääräisinä ja

ne toteutuivat joulukuussa 2016 muutetun talousarvion mukaisina 10,2 milj. euroa. Vuonna 2016 ei nostettu uutta pitkäaikaista lainaa. Antolainauksen muutokset nettomääräisenä toteutuivat joulukuussa 2016 muutetun talousarvion mukaisina 0,4 milj. euroa.

Taulukossa 1 esitetään valtuuston asettamat kuntayhtymätasoiset sitovat tavoitteet ja niiden toteutuminen vuodelta 2016. Taulukkoon on lisäksi koottu vastaavat tiedot valtuustokauden aiemmilta vuosilta.

Vuonna 2016 sairaanhoitoalueille asetetut sitovat tavoitteet toteutuivat seuraavasti

- Sitovat nettokulut toteutuivat lukuun ottamatta Hyksin ja Lohjan sairaanhoitoalueilla.
- Kokonaistuottavuustavoitteen (euroa/DRG-piste) 1,7 % (Länsi-Uusimaa 1,5 %) saavuttivat Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Hyks-sairaanhoitoalueen tulosityksiköistä tavoitteen saavuttivat Akuutti, Sisätaudit ja Kuntoutus sekä Sydän ja keuhkokeskus.
- Tilikauden tulos ennen saatuja ja annettuja asiakaspalautuksia sekä ylijäämän palautusta toteutui muilla paitsi Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla.

Omavaraisuusaste mittaa kuntayhtymän vakavaraisuutta, alijäämän sietokykyä ja kykyä selviytyä sitoumuksista pitkällä aikavälillä. Tarkastuslautakunta on seurannut HUS:n omavaraisuusastetta ja verrannut sen kehittymistä muihin yo-sairaanhoitopiireihin. Vuoden 2012 arviointikertomuksessa todettiin, että "HUS:n omavaraisuusaste on laskenut huolestuttavan alhaiselle tasolle, mikä korkotason mahdollisen nousun kanssa muodostaa tikittävän aikapommin." Kymmenen vuoden tarkastelussa HUS-kuntayhtymän omavaraisuusaste oli alhaisin vuonna 2016: 38,4 %, mutta ylitti kuitenkin sille asetetun tavoitteen olla vähintään 35 %. Kehitys on ollut samansuuntainen muissakin yliopistosairaanhoitopiireissä.

### Valtuuston asettamien sitovien tavoitteiden toteutuminen

Mittari(t) ja tavoitetaso (suluissa muutettu TA) (1000 €)	Toteuma (1 000 €)	
<b>1. Tilikauden tulos 2016</b> Tavoite: -1 810 (-56 490) € Alijäämäinen tulostavoite=Länsi-Uudenmaan sh-alueen ensihoidon alijäämä	-56 009 €	●
Vuosi 2015 TA -1 500 (-1 500; 40 014) € Vuosi 2014 TA 0,0 (26 255) € Vuosi 2013 TA -7 000 (-8 368) €	53 489 € 2 694 € 10 566 €	
<b>2. Sitovat nettokulut 2016</b> Tavoite: 1 508 545 (1 508 795; 1 527 296) €	1 522 942 €	●
Vuosi 2015 TA 1 480 143 (1 482 918; 1 509 521) € Vuosi 2014 TA 1 443 800 (1 509 185) € Vuosi 2013 TA 1 412 451 (1 428 361) €	1 516 470 € 1 472 612 € 1 411 154 €	
<b>3. Tulosalueiden investointien yhteismäärä 2016</b> Tavoite: 127 000 € (121 000)	122 168 € Ylitys 1,2 milj. €	●
Vuosi 2015 TA 147 000 (142 000) € Vuosi 2014 TA 132 750 (127 000) € Vuosi 2013 TA 121 000 (105 000) €	130 851 € 118 475 € 110 207 €	
<b>4. Pitkäaikaisten lainojen muutokset nettomääräisinä 2016</b> Tavoite: 39 762 € (-10 238) €	-10 238 €	●
Vuosi 2015 TA 79 762 (39 762) € Vuosi 2014 TA 79 762 (-10 238) € Vuosi 2013 TA 50 730 (-9 270) €	39 762 € -10 238 € -9 270 €	
<b>5. Antolainauksen muutokset nettomääräisinä 2016</b> Tavoite: 348 (352) €	352 €	●
Vuosi 2015 TA -5 255 (-531) € Vuosi 2014 TA -501 (2 166) € Vuosi 2013 TA -7 839 (-8 539; -6 555) €	-531 € 2 169 € -6 547 €	

Taulukko 1. Sitovien taloudellisten tavoitteiden toteutuminen 2013–2016.

## 5. Strategisten avaintavoitteiden toteutumisen arviointi

HUS:n valtuuston asettamat strategiset painopistealueet vuosille 2015–2016 olivat vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja asiakaskokemus, kilpailukyky sekä yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa. Strategisten painopisteiden toteuttamiseksi valtuusto asetti yhteensä 14 avaintavoitetta ja 30 mittaria, jotka jakautuivat kuudelle eri osa-alueelle. Tarkastuslautakunta arvioi strategisten avaintavoitteiden toteutumista osa-alueiden mukaisesti (luvut 5.1–5.6). HUS:n lupaukset potilaille ja omistajille sisältyvät strategiaan painopisteisiin. Lupausten mukaan HUS:n hoito on laadukasta, vaikuttavaa ja asiakaslähtöistä sekä toiminta tehokasta ja kilpailukykyistä osana potilaiden palveluketjua.

Vuodelle 2016 asetettujen tavoitteiden toteutumista kuvataan liikennevalojen avulla. Vihreä valo tarkoittaa,

että kaikki tai lähes kaikki tavoitearvot on saavutettu. Keltainen valo tarkoittaa, että vähintään yksi tavoitearvo on saavutettu ja punainen, että tavoitearvoja ei ole saavutettu. Punainen valo kuvaa myös tilannetta, jossa tavoitteen toteutumista ei ole mahdollista arvioida. Jos tarkastuslautakunnan arvio poikkeaa hallituksen antamasta arviosta, niin hallituksen arvio kerrotaan tarkastuslautakunnan arvon yhteydessä.

Tarkastuslautakunta arvioi, että vuoden 2016 strategisia avaintavoitteista kahdeksan toteutui, kaksi toteutui osittain ja 20 tavoitetta jäi saavuttamatta. Alla olevasta taulukosta 2 käy ilmi, että arvio on lähes yhtenäinen hallituksen arvon kanssa. Valtuustokauden aikana hallituksen ja tarkastuslautakunnan arviot tavoitteiden toteutumisesta ovat lähentyneet toisiaan vuosi vuodelta.

Strategiset painopisteet (mittareiden lukumäärä suluisissa)	Tarkastuslautakunta	Hallitus
Potilaan hoidon oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus (5)	●●●●●	●●●●●
Hoidon laatu ja turvallisuus (12)	●●●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●●●
Asiakaskokemus (3)	●●●	●●●
Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa (1)	●	●
Parhaat osaajat, henkilöstötyytyväisyys (3)	●●●	●●●
Palveluiden hinta ja talouden hallinta (6)	●●●●●●	●●●●●●

Taulukko 2. Tarkastuslautakunnan ja hallituksen arvio vuoden 2016 strategisten avaintavoitteiden toteutumisesta.

### 5.1. Potilaan hoidon oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus

#### Avaintavoite 1: Potilaan hoito on oikea-aikaista ja vaikuttavaa

##### Mittari(t) ja tavoitearvo

1a. Palvelujen saatavuus, hoidon alkaminen lähetteenkäsittelystä, hoidetut potilaat.

**Tavoitearvo:** Elektiivinen vuodeosastotoiminta: 2016: < 5 kk, 93 % (87,7 % 2015) toteutuu 10/12 kuukautena.

1b. Hoidon aloitus/ensikäynti lähetteen käsittelystä, hoidetut potilaat.

**Tavoitearvo:** Elektiivinen poliklinikkatoiminta: < 10 viikkoa, 90 % (77,1 % 2015) toteutuu 10/12 kuukautena.

1c. Potilaan läpimeno päivystyksessä, kaikki potilaat.

**Tavoitearvo:** Päivystys: 90 % potilaista, läpimeno alle 8 tuntia toteutuu 10/12 kuukautena.

1d. Vuodeosastopotilaan kotiutuksen kellonaika.

**Tavoitearvo:** Ennen klo 13, 60 % potilaista toteutuu viimeisessä kolmannesvuosimittauksessa.

1e. Vaikuttavuus.

**Tavoitearvo:** 30 % hoitamienne potilaiden hoidon vaikuttavuus mitataan.

##### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

Tavoite ei toteutunut. Tavoite saavutettiin Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla. Laki edellyttää hoidon tarpeen toteamista kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta ja hoidon aloittamista 6 kk kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Yhdenmukainen raportointi valtakunnallisen THL:n tilaston kanssa edesauttaisi vertailtavuutta.

Tavoite ei toteutunut HUS-tasolla eikä yhdelläkään sairaanhoitoalueella.

Tavoite ei toteutunut. Päivystysten läpimenoaika toteutui tavoitteen mukaisesti vain Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella. **Tavoitearvo on löyhempi kuin STM:n suosittelema neljä tuntia** (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa, STM 2014).

Tavoite ei toteutunut. **Keskimäärin 27,2 % potilaista kotiutettiin ennen klo 13.** Tavoite ei toteutunut millään sairaanhoitoalueella.

Tavoite ei toteutunut. Vaikuttavuusmittauksen kattavuudesta ei ole tietoa saatavilla.

THL:n raportin **hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa** mukaan HUS kuuluu sairaanhoitopiireihin, joissa oli eniten yli puoli vuotta hoitoa odottaneita sekä lukumääräisesti että väestöön suhteutettuna<sup>2</sup>. Vuoden 2016 lopussa HUS:n sairaaloihin pääsyä odotti 46 057 henkilöä. Heistä 2,4 % oli odottanut hoitoon pääsyä yli kuusi kuukautta, joista valtaosa odotti silmätautien erikoisalalle (620 potilasta). Tilanne oli huonompi kuin vuoden 2015 vastaavana ajankohtana. Raportin mukaan tulkinta siitä, miten hoidon tarpeen arviointi määritellään, eroaa sairaanhoitopiirin välillä. HUS:ssa hoidon tarpeen arviointi tehdään pääosin lähetteen perusteella eikä hoidon tarpeen arviointiin liittyviä käyntejä juuri tarvita.

HUS:n oman ilmoituksen mukaan hoitoon pääsyä odotti vuoden 2016 lopun poikkileikkaustilanteessa 18 638 potilasta, joista 899 oli odottanut yli kuusi kuukautta.<sup>3</sup> Valvira on kiinnittänyt huomiota kiireettömän erikoissairaanhoitoon pääsyyn toteutumiseen HUS:ssa ja edellyttää, että hoitoonpääsy on lain edellyttämällä tasolla 30.4.2017.

**Siirtoviivepäiviä** kertyi vuonna 2016 yhteensä 21 235 eli 13,1 päivää 1000 asukasta kohti. Määrä on vähentynyt vuodesta 2015, jolloin vastaavat luvut olivat 21 805 ja 13,6. Kuntien välillä siirtoviivepäivien määrä vaihtelee 0,49 päivästä 52,51 päivään tuhatta asukasta kohti.

Vuosien 2014–2016 tavoitteeksi asetettiin, että vuosittain aloitetaan ainakin kahden potilasryhmän **vaikutta-**

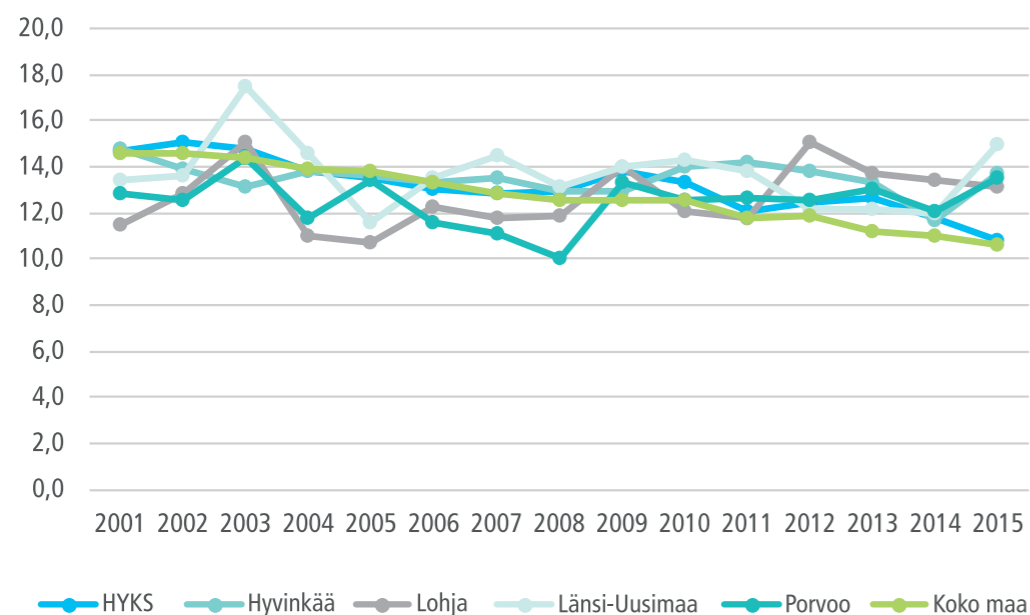
**vuusarviointin** uusintatutkimus ja kahden uuden potilasryhmän tutkimus. Helmikuussa 2017 tilanne on se, ettei järjestelmällinen vaikuttavuusarviointi toteudu.

Hoidon vaikuttavuuden seuranta potilaslähtöisin mittarein on tehty tutkijalähtöisissä hankkeissa vuodesta 2002 lähtien. Lähes 30 000 potilasta on osallistunut 15D-elämänlaatu tutkimuksiin. Tuloksista on julkaistu noin 75 tieteellistä artikkelia. Sähköisesti toteutettu vaikuttavuustiedon kerääminen ei edelleenkään ole mahdollista. Paperilomakkeilla toteutettu tiedonkeruu ei mahdollista järjestelmällistä vaikuttavuuden seuranta.

Erikoissairaanhoidon järjestämispäätöksessä on sovittu, että kaikkien kustannusvaikutuksiltaan merkittävien, rutiinikäyttöön ehdotettavien terveydenhuollon menetelmien, hoito- tai diagnostiikkamuotojen ja laitteiden käyttö pitää perustella. Ns. mini-HTA -lomakkeella (Health Technology Assessment) tehtävät arviot auttavat yhdenmukaistamaan hankinta- ja käyttöönottopäätöksiä ja saattamaan ne parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon perustuviksi. HUS:n ohjeen mukaan mini-HTA-arvio tulee tehdä ainakin silloin, kun jokin seuraavista kriteereistä täyttyy: budjettivaikutus on yli 50 000 € vuodessa, menetelmiin liittyy erityisiä turvallisuusnäkökohtia tai niiden vaikutus on epävarma, ne koskevat suuria potilasmääriä (yli 100 vuodessa), niihin liittyy erityisiä yhteiskunnallisia vaikutuksia tai kun käyt-

töönottoa harkitseva itse pitää kannanottoa perusteltuna. Tulostyöryhmän tai tulosalueen johtajat voivat toimivaltuuksiensa rajoissa hyväksyä uuden menetelmän käyttöönoton, jos he katsovat esitetyn tutkimusnäytön riittäväksi. Johtajaylilääkäri ottaa aina kantaa menetelmän/ lääkehoidon käyttöönottoon, jos sen vuosikustannukset ylittävät 100 000 euroa. Johtajaylilääkäriin ohje on ollut voimassa kaksi vuotta.<sup>4</sup> Vuonna 2016 Hyks-ervan arviointiryhmä on arvioinut yhden menetelmän ja kliininen lääkearviointiryhmä 12 käyttöön tulevaa lääkettä. Toimialajohtajien päätösten perusteella tehtiin kaksi mini-HTA-arviota.<sup>5</sup>

THL:n **PERFECT -hankkeessa** on seurattu jo 15 vuoden ajan erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sisältyviä palveluja sekä niiden vaikuttavuutta. Tulostyöryhmä ovat muun muassa kuolleisuus, sairaalaan paluut ja hoitokokonaisuuden pituus. Tulokset ovat avoimesti saatavilla THL:n verkkosivuilla. Alla olevassa kuviossa 1 esitetään esimerkinomaisesti ensimmäisen hoitokokonaisuuden hoitopäivien määrä sepelvaltimotautikohtauksessa. Aineisto on vakioitua iän, sukupuolen, infarktityypin ja aikaisemman sairaalakäytön suhteen. HUS:n sairaanhoitoalueilla hoitopäivien määrä koko maahan verrattuna on suurempi Hyks-sairaanhoidon lukuun ottamatta. Verrattaessa ensimmäisen hoitokokonaisuuden hoitopäivien lukumäärää yliopistosairaaloiden välillä, niin Hyks sijoittuu keskivaiheille.<sup>6</sup>



Kuvio 1. Sepelvaltimotautikohtauksen ensimmäisen hoitokokonaisuuden hoitopäivät (lkm) HUS:n sairaanhoitoalueilla ja koko maassa vuosina 2001–2015. Lähde: THL. 2017. PERFECT-hankkeen perusraportit. www.thl.fi. 10.3.2017.

HUS:ssa on monia hyviä esimerkkejä toiminnan kehittämistä. Yhtenä esimerkkinä myönteisestä toiminnan kehittämisestä ja laadun seurannasta tarkastuslautakunta nostaa esiin Hyksin vatsakeskuksen lihavuuskirurgian. Lihavuuskirurgia alkoi HUS:ssa vuonna 2007 ja leikkauksia tehdään vuosittain yli 200.

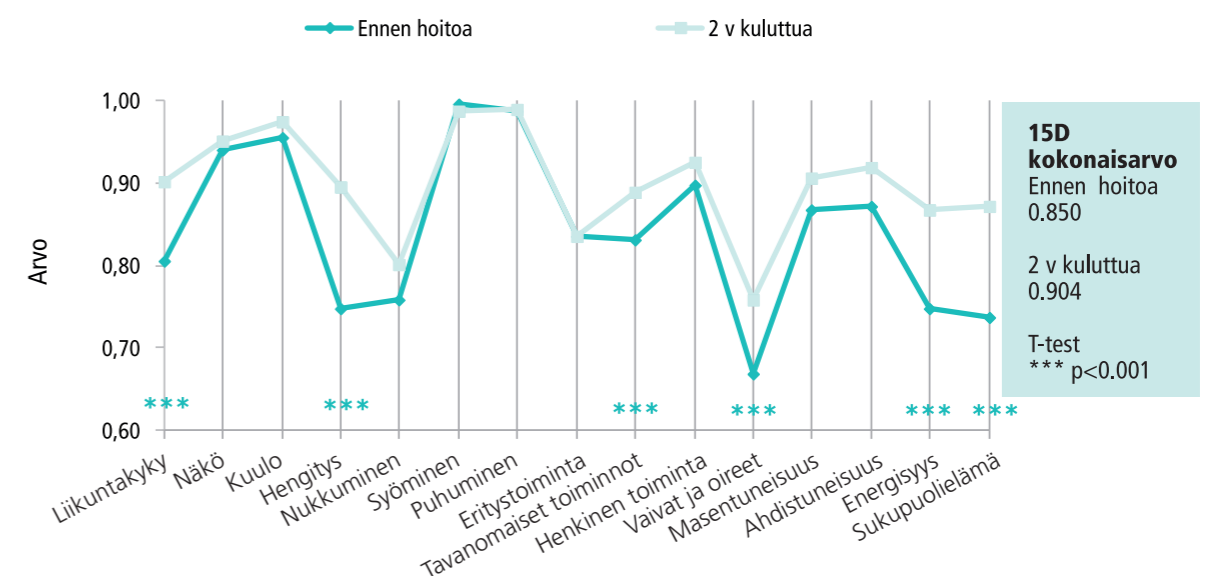
Laaturekisteri on ollut lihavuuskirurgiassa käytössä helmikuusta 2014 lähtien. Rekisteri hakee osan potilaan tiedoista automaattisesti potilastietojärjestelmästä ja osan hoitava lääkäri täyttää itse. Taulukkoon 3 on koottu tiedot leikkausten lukumäärästä, hinnasta ja uusintaleikkauks-

ten lukumäärästä vuosina 2011–2016. Uusintaleikkausten määrä on vähentynyt ja leikkausten hinta laskenut.

Leikkaushoidon vaikuttavuutta seurataan mittaamalla potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu 15D-mittarilla ennen leikkausta ja 2 vuoden kuluttua leikkauksesta. Lihavuusleikkattujen potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu paranee sekä tilastollisesti että kliinisesti merkittävästi (kuvio 2). Näin kerätty yhteismitallinen vaikuttavuustieto mahdollistaa vertailun yli erikoisalojen ja siten toiminnan kohdentamisen vaikuttaviksi osoitetuihin hoitoihin.

Vuosi	Leikkaukset (lkm)*	Hinta (€)**	Uusintaleikkaukset (lkm) (%)***
2011	221	13 320	16 (7,2 %)
2012	197	9 554	9 (4,6 %)
2013	155	9 180	13 (8,4 %)
2014	180	8 915	7 (3,4 %)
2015	193	9 030	3 (1,6 %)
2016	228	8 690	2 (0,9 %)

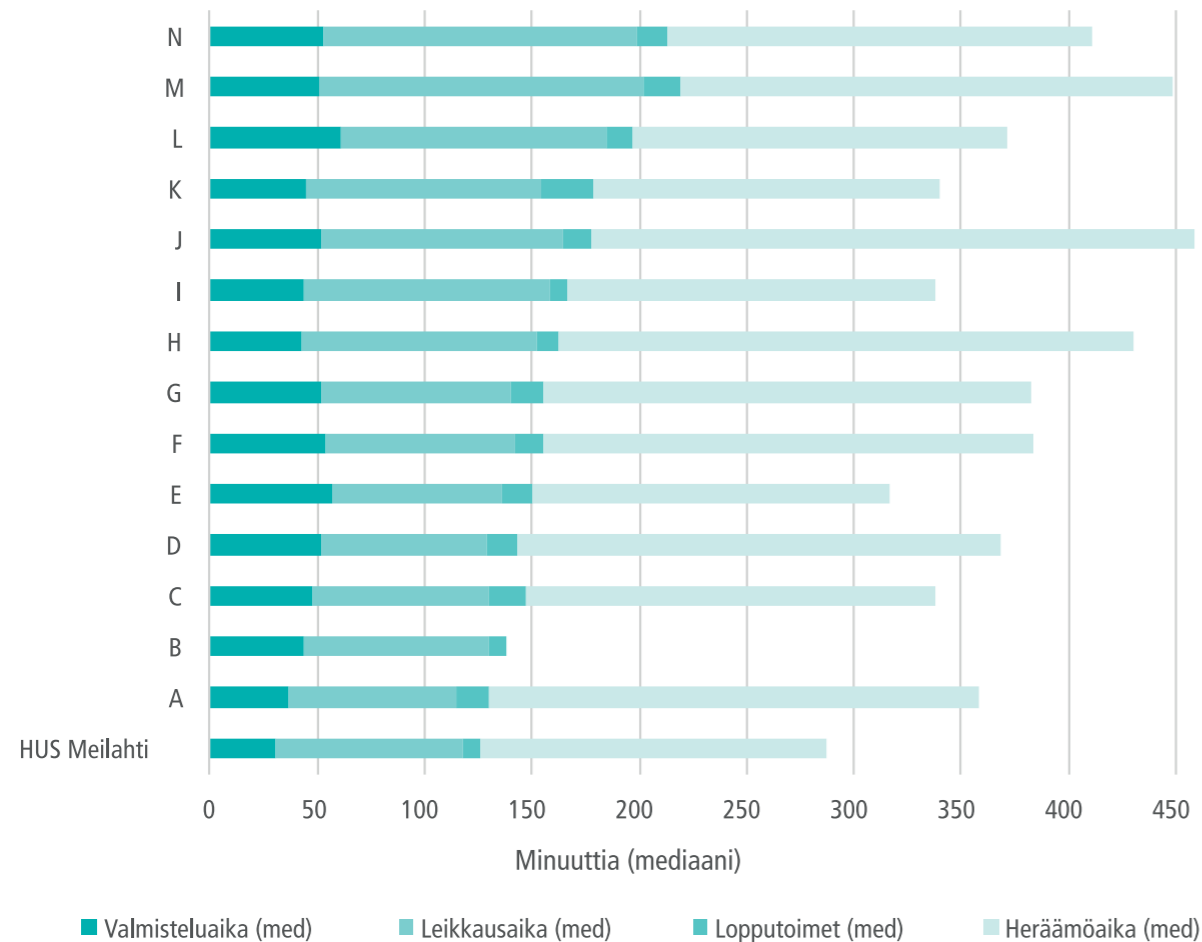
Taulukko 3. HUS:ssa tehdyt lihavuusleikkaukset (DRG 288A, lihavuuden hoito mahasuolikanavan leikkauksella), niiden hinnat ja uusintaleikkaukset. Lähde: \*HUS-ToTal Tuoteseurantakuutio 7.2.2017; \*\*HUS-hinnastot 2011–2016; \*\*\*osastonylilääkäri Juuti 15.3.2017.



Kuvio 2. HUS:ssa lihavuusleikkattujen potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu 15D-mittarilla mitattuna ennen leikkausta ja kaksi vuotta leikkauksen jälkeen. Potilaita 165, joista 72 % on naisia, keski-ikä 49 vuotta. Lähde: arviointiyliääkäri Roine 21.2.2017.

Lihavuuskirurgian leikkausprosessia kehitettiin soveltamalla Lean-menetelmää. Yksi tavoitteista oli neljän leikkauksen toteuttaminen virka-aikana kolmen sijaan ja syksyllä 2016 tavoite saavutettiin. Kansallinen vertailu leikkausprosessin eri vaiheisiin käytettävästä ajasta osoittaa,

että Meilahden leikkaussalissa prosessiin käytetään vähemmän aikaa kuin muissa sairaaloissa (kuvio 3). Lihavuusleikkauksen tuleville potilaille tarjotaan myös virtuaalista valmennusta sekä ennen että jälkeen leikkauksen Terveystyön Painonhallintatalossa.<sup>7</sup>



Kuvio 3. Lihavuusleikkausten (JDF11) vaiheajat leikkauksyksiköittäin Suomessa vuonna 2016. Lähde: ylilääkäri Jousela 7.3.2017.

**HAVAINTO 1** HUS:ssa ei ole olemassa hoidon vaikuttavuuden mittaamisesta järjestelmällistä ja yhteismitallista tietoa, mihin tarkastuslautakunta on kiinnittänyt huomiota myös aikaisempina vuosina. Kansallista vertailutietoa hoidon tuloksista on saatavissa, esimerkiksi THL:n Perfect-tietokannasta. Tehtyjen menetelmäarviointien määrä vaikuttaa pieneltä suhteessa organisaation kokoon.

**SUOSITUS 1** Hoidon vaikuttavuuden seuraaminen on tehtävä järjestelmälliseksi osaksi hoitoprosessia. Tämä edellyttää sähköisen järjestelmän hankkimista esim. samassa yhteydessä kun asiakaspalautejärjestelmä hankitaan. Olemassa olevaa valtakunnallista vaikuttavuustietoa on hyödynnettävä ja myös potilaille tulee tarjota tietoa hoidon vaikuttavuudesta. On varmistettava, että uudet rutiinikäyttöön otettavat menetelmät perustuvat tutkittuun näyttöön.

## 5.2. Hoidon laatu ja turvallisuus

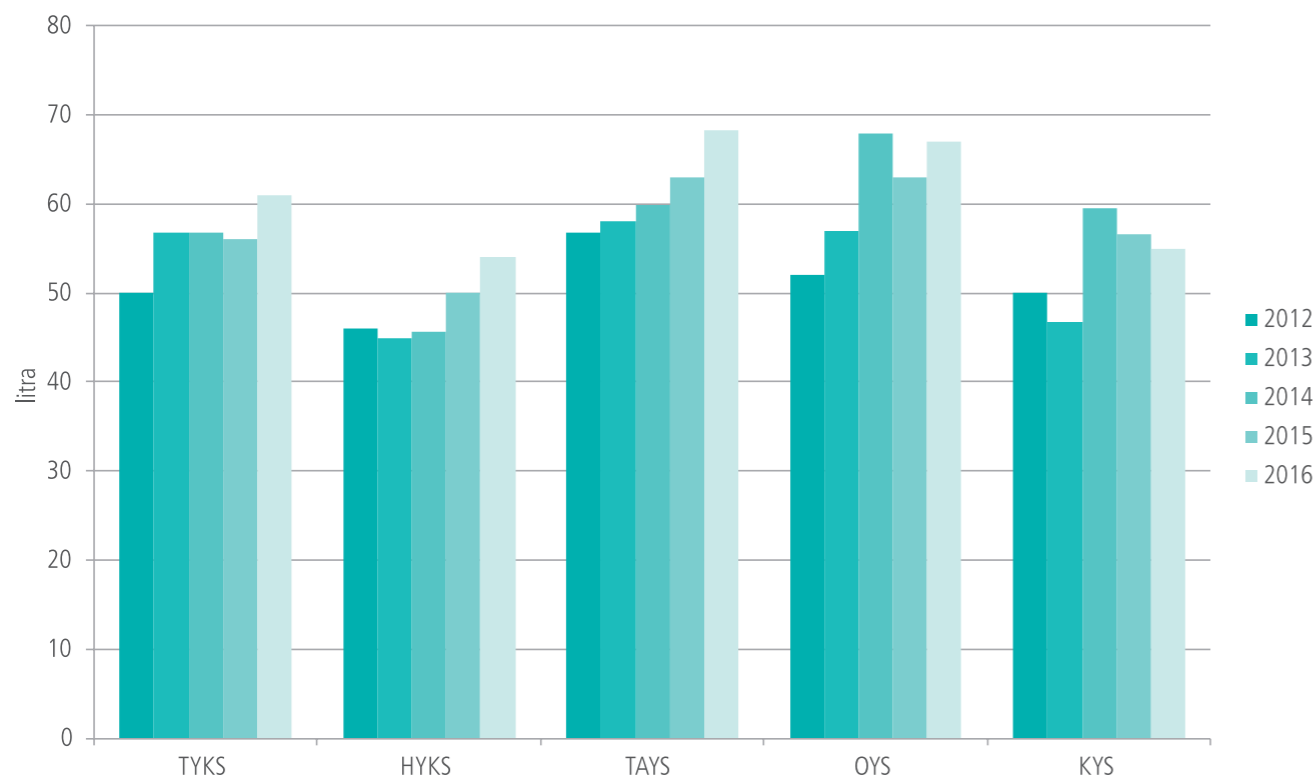
### Avaintavoite 2: Toiminta on laadukasta ja turvallista

Mittari(t) ja tavoitearvo	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta
2a. Vuodeosastopotilaiden painehaavariskin arvioinnin kattavuus. <b>Tavoitearvo:</b> Vuodeosastohoidossa olevat potilaat on arvioitu painehaavariskin osalta 80 %:sti (% hoidetuista potilaista).	HUS-tasolla <b>riskiarvio tehtiin 33 %:lle potilaista</b> . Arviointi oli kattavinta Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella (62,9 %) ja heikointa Lohjan sairaanhoitoalueella (23,4 %).
2b. Painehaavojen ilmaantuvuus hoidetuista potilaista <b>Tavoitearvo:</b> Painehaavojen (aste≥2) ilmaantuvuus on <1,9 % hoidetuista potilaista (tehohoidon yksikössä <7 % hoidetuista potilaista).	<b>Painehaavojen ilmaantuvuus oli 1,3 %</b> hoidetuista potilaista. Tehohoidon yksiköiden osalta tavoitteen toteutumista ei raportoitu. Hallitus: tavoite toteutui.
2c. Potilaiden kaatumisriskin arvioinnin kattavuus määriteltävien potilasryhmien osalta. <b>Tavoitearvo:</b> Potilaat on alkuseulottu kaatumisriskin osalta 80 %:sti ja riskipotilaiksi tunnistetut potilaat on arvioitu kaatumisriskimittarilla 80 %:sti (% hoidetuista potilaista).	Tavoite ei toteutunut. <b>Riskiarvio tehtiin 29,1 %:lle potilaista</b> . Kattavinta riskiarviointi oli Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella (73 %) ja heikointa Hyvinkään sairaanhoitoalueella (16,9 %).
2d. Potilaalle haitan aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lkm/1000 potilaspäivää kohden. <b>Tavoitearvo:</b> Potilaalle haitan aiheuttaneiden kaatumisten ja putoamisten lkm/1000 potilaspäivää kohden on <0,8.	Tavoite toteutui. <b>Kaatumisten ilmaantuvuus oli 0,056/1000 potilaspäivää</b> .
2e. Vuodeosastopotilaiden vajaaravitsemusriskin arvioinnin kattavuus. <b>Tavoitearvo:</b> Vuodeosastohoidossa olevat potilaat on arvioitu alkuarvioilla 80 %:sti ja alkuarviossa riskipotilaiksi tunnistetut potilaat on arvioitu vajaaravitsemusriskimittarilla 80 %:sti (% hoidetuista potilaista).	Tavoite ei toteutunut. <b>Riskiarvio tehtiin 22,4 %:lle potilaista</b> . Kattavinta arviointi oli Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella (74,6 %) ja heikointa Hyvinkään sairaanhoitoalueella (9,9 %).
2f. Sairaalahoidon turvallisuus. <b>Tavoitearvo:</b> Ei lisääntynyt vuoden 2015 toteumaan verrattuna.	Tavoite toteutui. <b>Sairaalahoidon turvallisuus ei noussut vuodesta 2015</b> . Tavoitteessa ja tulosten raportoinnissa tulisi huomioida erikoisalojen väliset erot.
2g. 30 vrk kuolleisuus. Kuolleisuus (%) 30 vuorokauden kuluessa sairaalahoidon päättymisestä. <b>Tavoitearvo:</b> Ei lisääntynyt vuoden 2015 toteumaan verrattuna.	Tavoite ei toteutunut. <b>Kuolleisuus 30 vrk kuluttua sairaalahoidon päättymisestä oli 1,07 %</b> (2015: 1,04 %). Tavoitteessa ja tulosten raportoinnissa tulisi huomioida erikoisalojen väliset erot.
2h. 30 vrk suunnittelematon sairaalaan paluu. Paluut 30 vuorokauden aikana osastohoidon päättymisen jälkeen (% jaksoista). <b>Tavoitearvo:</b> Ei lisääntynyt vuoden 2015 toteumaan verrattuna.	Tavoite ei toteutunut. <b>Suunnittelematon sairaalaan paluu liittyi 7,47 %:iin osastohoitajaksoista</b> ja nousi vuodesta 2015 (7,25 %). Vertailu muihin yliopistosairaanhoitopiireihin auttaisi hahmottamaan onko osuus merkittävä. Tavoitteessa ja tulosten raportoinnissa tulisi huomioida erikoisalojen väliset erot.
2i. Hoitoonsaapumisajan (viikonpäivä) vaikutus hoitotuloksiin. <b>Tavoitearvo:</b> Vaihtelu viikonpäivien välillä <5 %, Foster-data.	Hoitoon saapumisen ajalla (viikonpäivä) ei ollut vaikutusta hoitotuloksiin. Dr. Foster -ohjelman sopimus lopetettiin vuonna 2016. Tutkimustulosten mukaan sillä, saapuko hoitoon yöaikaan tai viikonloppuna ei ole vaikutusta kuolleisuuteen (Bray & Steventon BMJ Qual Saf 2016; Anselmi et al. BMJ Qual Saf 2016).
2j. Henkilökunnan influenssarokotuskattavuus. <b>Tavoitearvo:</b> > 90 %.	Tavoite ei toteutunut. Influenssarokotuskattavuus oli 84 %. Kattavuus oli korkein Hyvinkään sairaanhoitoalueella (97 %) ja matalin Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella (72 %).
2k. Käsihuuhteen kulutus. <b>Tavoitearvo:</b> >45l/1000 hoitopäivää (YO-sairaaloiden keskiarvo 45).	Tavoite toteutui. <b>Käsihuuhteen kulutus HUS-tasolla oli 52,5l/1000 hoitopäivää</b> . Vuonna 2016 käsihuuhteen kulutus oli Hyksissä kuitenkin alhaisempaa muihin yliopistosairaanhoitopiireihin verrattuna ja muut yliopistosairaalat ovat saavuttaneet käsihuuhteen kulutusta koskevan tavoitteen Hyksiä aiemmin (kuvio 4).

### Avaintavoite 3: Päivystyspisteissä ja akuuttiosastoilla otetaan käyttöön kotiutuksen tarkistuslista vuoden 2016 aikana

Mittari(t) ja tavoitearvo	Mittari(t) ja tavoitearvo
3a. Päivystyspisteiden ja akuuttiosastojen tarkistuslistan käyttö. <b>Tavoitearvo:</b> Tarkistuslista käyttöön otettu vuoden 2016 aikana.	Tavoite ei toteutunut. Tarkistuslistan käyttöönotto siirtyi vuodelle 2017. Lohjan, Länsi-Uusimaan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla tarkistuslistaa ei otettu käyttöön. Tietoa käyttöönotosta ei ole saatavilla Hyksin ja Hyvinkään sairaanhoitoalueilta.





Kuvio 4. Käsihuuhdekulutus yliopistosairaaloiden somaattisilla vuodeosastoilla vuosina 2012–2016, l/1000 hoitopäivää. Lähde: ylilääkäri Järvinen 8.3.2017.

Strategisten avaintavoitteiden toteutumisen lisäksi tarkastuslautakunta on arvioinut potilasturvallisuuden liittyvien riskien ennakoitua sekä potilasturvallisuus- ja laatu-tietojen tuottamista. Aineistona käytettiin hallituksen pöytäkirjoja vuodelta 2016, HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmia vuosille 2015–2016 ja 2016–2017, potilasturvallisuusraporttia vuodelta 2015, HUS-ToTalin tietoja sekä potilasturvallisuuspäällikön haastattelua. Lisäksi aineistona käytettiin työvoiman vuokrausta koskevia sopimuksia vuosilta 2013–2016.

Tarkastuslautakunta on jo aiemmin suositellut, että potilasturvallisuuden liittyvät asiakirjat käsiteltäisiin HUS:n suunnittelun ja seurannan vuosikellon mukaisesti. Hallitus ei katsonut tarpeelliseksi muuttaa käytäntöä, joten potilasturvallisuussuunnitelma ei sisälly vuoden 2016 talousarvioon. Käytäntö eroaa kansallisesta potilasturvallisuusyhtiötä koskevasta ohjeistuksesta, jonka mukaan potilasturvallisuuden tavoitteet ja kehittämistoimet tulee määrittellä osana organisaation vuosittaisia toimintasuunnitelmia.<sup>8</sup> Hallitus käsiteli potilasturvallisuuden liittyviä kysymyksiä vuonna 2016 kerran käsitellessään potilasturvallisuusraportin 2015.<sup>9</sup>

### 5.2.1 Potilasturvallisuusriskien ennakoitinta

HUS:n henkilökunta raportoi potilaille sattuneita tai läheltä piti vaaratapahtumat sähköiseen Haipro-järjestelmään. Vuonna 2016 järjestelmään tehtiin 19 758 ilmoitusta<sup>10</sup> ja niiden määrä lisääntyi edelliseen vuoteen verrattuna 24,6 %. Ilmoitusten määrän kasvu kertoo ennen kaikkea ilmoitusaktiivisuuden lisääntymisestä, ei haittatapahtumien todellisesta määrästä. Suurin osa ilmoituksista (32,6 %) koski lääke- ja nestehoitoa tai verensiirtoja sekä tiedonkulkua (25,2 %). Ilmoituksista vakaviksi haittatapahtumiksi (johtaa kuolemaan tai pysyviin vakaviin vaikutuksiin esim. työkyvyttömyyteen) arvioitujen tapahtumien osuus oli 0,4 %.

Haipro-ilmoitusten perusteella toimintayksiköiden tulee tehdä toimintasuunnitelma potilasturvallisuuden parantamiseksi. Toimintasuunnitelmia on laadittu melko hyvin ja niitä käsitellään tulosalueiden johtoryhmissä säännöllisesti. Koottua tietoa suunnitelmien kattavuudesta ei kuitenkaan ole saatavilla.<sup>11</sup> Toimintayksiköt eivät myöskään dokumentoi potilasturvallisuusriskejä ennakoivasti sähköiseen järjestelmään samalla tavalla kuin dokumentoidaan kiinteistöihin ja työsuojeluun liittyvät riskit, joissa käytetään

HUS-Riskit -ohjelmaa. Ohjelmassa arvioidaan riskien todennäköisyys ja merkittävyys sekä määritetään toimenpiteet, joilla riskin toteutumisen todennäköisyyttä pyritään yksikössä vähentämään.<sup>12</sup> Riskimatriisia käytetään potilasturvallisuustapahtumien jälkikäteisessä arvioinnissa silloin, kun on kyse vakavasta haittatapahtumasta.<sup>13</sup>

Potilasturvallisuuden varmistaminen on otettava huomioon myös hankinnoissa.<sup>8</sup> Laite ja järjestelmähankintojen lisäksi potilasturvallisuuden tulisi kiinnittää huomiota, kun käytetään ulkopuolista vuokratyövoimaa. Vuonna 2016 HUS hankki ulkopuolista sijaistyövoimaa noin 300 henkilötyövuotta ja vuosina 2013–2016 tehtiin yhteensä 61 työvoiman vuokrausta koskevaa sopimusta useiden eri palveluntuottajien kanssa.<sup>14</sup> Tarkastuslautakunta selvitti, miten sopimuksissa on huomioitu työntekijän potilasturvallisuusosaaminen tarkastamalla 10 satunnaisesti valittua lääkäryövoiman ja hoitotyöntekijöiden vuokrausta koskevaa sopimusta vuosilta 2013–2016 sekä viisi hoitotyön vuokraamista koskevaa puitesopimusta, jotka HUS solmi vuonna 2013. Sopimusten perusteella henkilökuntaa vuokraava yritys vastasi pääsääntöisesti siitä, että työntekijällä on tehtävän edellyttämä riittävä kokemus ja osaaminen sekä vaadittava ammatillinen pätevyys sekä työntekijän täydennyskoulutuksesta. HUS:n vastuulle palvelun tilaajana puolestaan kuului työntekijän perehdytys, työn valvonta, palvelun laadusta vastaaminen sekä mahdolliset potilasvahingot. Yhdessäkään sopimuksessa ei tullut erikseen esiin työntekijän potilasturvallisuusosaaminen ja sen varmistaminen. HUS on edellyttänyt omalta potilastyössä toimivalta henkilöstöltä potilasturvallisuuskoulutuksen käymistä vuodesta 2016, joten vastaavaa koulutusta tulisi edellyttää myös vuokratyövoimalta.

Vuonna 2016 valvontaviranomaiset osoittivat HUS:lle 131 selvitys- tai lausuntopyyntöä, mikä on vähemmän kuin edellisinä vuosina (taulukko 4). Valvira kiinnitti huomiota muun muassa HUS:n matkapuhelinoperaattorin vaihdossa havaittuihin ongelmiin ja totesi, että potilasturvallisuusris-

kejä ei ennakoitu riittävästi ennen operaattorin vaihtoa. Ongelmien ilmettyä korjaavien toimien arvioitiin kuitenkin olleen nopeita ja kattavia. Valvira edellyttää HUS:lta vielä lisäselvitystä siitä, miten kriittisten päivystystoimintojen varajärjestelmät on järjestetty.<sup>15</sup>

**HAVAINTO 2** Potilasturvallisuussuunnitelma ja raportti käsitellään eri aikataulussa kuin talousarvio sekä toimintakertomus ja tilinpäätös -asiakirjat. Tämä vaikeuttaa potilasturvallisuusyhtiön tavoitteiden toteutumisen seuranta ja potilasturvallisuusyhtiön tuloksellisuuden arviointia. Hallituksen kokousasiakirjoista ei löydy mainintoja potilasturvallisuusasioista vuonna 2016 potilasturvallisuussuunnitelmaa- ja raporttia lukuun ottamatta. Toimintayksiköt eivät systemaattisesti dokumentoi sähköiseen HUS-Riskit-järjestelmään potilasturvallisuusriskejä. Vuokratyövoiman potilasturvallisuusosaamista ei ole erikseen huomioitu ulkopuolista vuokratyövoimaa koskevissa sopimuksissa.

**SUOSITUS 2** Potilasturvallisuusyhtiötä ohjaavat asiakirjat on käsiteltävä yhdessä tilinpäätöksen kanssa. Potilasturvallisuuslanteesta tulee raportoida hallitukselle tiheämmin kuin kerran vuodessa. Potilasturvallisuuden liittyvät riskit tulee ennakoita ja dokumentoida systemaattisesti. Vuokratyövoimalta tulee edellyttää samaa potilasturvallisuusosaamisen tasoa kuin omalta henkilökunnalta.

Valvontaviranomainen	2013	2014	2015	2016
Valvira	47	78	38	35
Aluehallintovirasto	107	108	100	81
Eduskunnan oikeusasiamies	6	10	5	9
Oikeuskanslerin virasto	1	1	0	0
Tietosuojavaltuutetun toimisto	3	3	13	6
<b>Yhteensä</b>	<b>163</b>	<b>200</b>	<b>156</b>	<b>131</b>

Taulukko 4. Valvontaviranomaisten selvitys- ja lausuntopyynnot HUS:lle 2013–2016. Lähde: potilasturvallisuuspäällikkö Palojoki 9.2.2017.

### 5.2.2. Potilasturvallisuus- ja laatutietojen tuottaminen

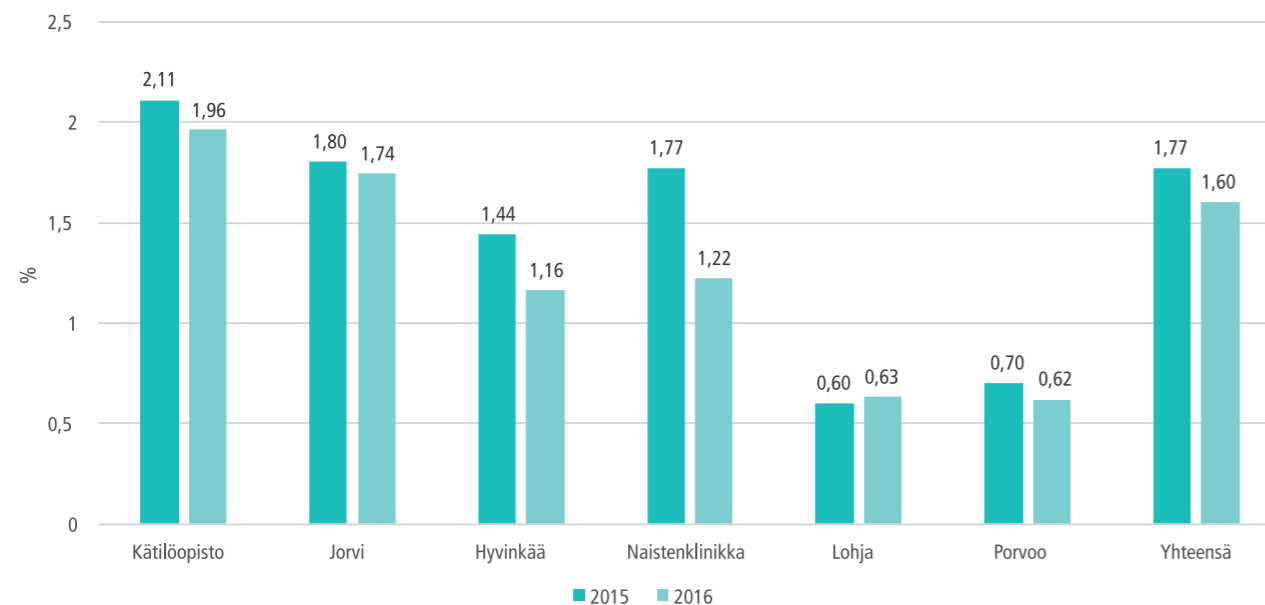
Potilasturvallisuutta seurataan kansainvälisesti muun muassa ns. OECD-indikaattorien avulla. HUS on kehittänyt indikaattoreihin liittyvää tiedon tuottamista vuodesta 2012 ja vuonna 2016 HUS tuotti tietoa kahdeksasta indikaattorista. Tiedot ovat kuitenkin monelta osin tulkinnanvaraisia mm. sen vuoksi, että sivudiagnoosien merkitseminen on ollut puutteellista. OECD-indikaattoreista vain synnytyksiin liittyviä tietoja voidaan pitää luotettavina.<sup>5</sup> Niiden mukaan kaikista HUS:ssa synnyttäneistä naisista 1,6 % sai 3. tai 4. asteen repeämän vuonna 2016 (kuvio 5).

Repeämät ovat yleisempiä imukuppi- ja pihtisynnytyksissä kuin spontaaneissa synnytyksissä. Vuonna 2016 repeämä aiheutui HUS:ssa ei-avusteisissa synnytyksissä 1,2 prosentille ja imukuppi- ja pihtiavusteisessa 4,3 prosentille synnyttäjistä.<sup>16</sup> Synnytyksiin liittyvien repeämien osuus on ollut Suomessa alhainen muihin OECD-maihin verrattuna. Vuonna 2013 Suomessa spontaaneihin synnytyksiin liittyvien repeämien osuus oli 0,9 % ja imukuppi- ja pihtisynnytyksissä 4,2 %. Vastaavat OECD-maiden keskiarvot olivat 1,6 % ja 6,0 %.<sup>17</sup>

Hoitoon liittyvistä infektioista kootaan tiedot THL:n

**Esimerkki laaturekistereiden todennetusta hyödyistä on mahdollisuus vähentää saneluiden määrää verkkokalvopoliklinikalla ja kaihyksikössä sanelut vähenivät vuonna 2016 noin 80 % BCB-rekisterin käyttöön oton vuoksi.<sup>18</sup>**

kansalliseen sairaalainfektioirekisteriin (Siro), josta saadaan tiedot esimerkiksi eri leikkaustoimenpiteisiin liittyvistä infektioista. Rekisterin tietojen mukaan HUS:ssa esiintyi vuonna 2016 kansalliseen vertailuaineistoon nähden vähemmän infektioita sepelvaltimon ohitusleikkauksissa ja keskimääräistä enemmän lonkan tekonivelleikkauksissa ja reisiluun murtumaleikkauksissa. Siro-rekisterin tietojen tulkinnassa on otettava huomioon, että osallistuminen rekisteriin on



Kuvio 5. Kaikkiin alatiesynnytyksiin liittyvät 3. tai 4. asteen repeämät HUS:n synnytysyksiköissä 2015 ja 2016. Lähde: HUS Ecomed -vakio-raportti 30.1.2017.

vapaaehtoista, joten se ei kata kaikkien Suomen sairaaloiden infektioita. Korkea infektioluku voi kertoa tarkemmasta seurannasta ja alhainen luku siitä, että infektioita ei rekisteröidä kattavasti. (taulukko 5)

Laatutietojen tuottamiseksi kansallisesti on tehty yhteistyötä vuodesta 2013 alkaen BCB Medical Oy:n kanssa, jonka HUS ja KL-Kuntahankinnat valitsivat vuonna 2016 laaturekistereiden toimittajaksi neljän vuoden sopimuskaudelle. Myös muut sairaanhoitopiirit voivat halutessaan hyödyntää solmittua puitesopimusta. Laaturekistereitä oli syksyllä 2016 käytössä 49 kpl ja uusina on tarkoitus perustaa vuonna 2017. Laaturekistereiden tiedot ovat toistaiseksi vain erikoisalojen omassa käytössä.

HUS julkaisi vuoden 2015 potilasturvallisuusraportissa kattavasti saatavilla olevat tiedot muun muassa potilasturvallisuudesta, Haipro-ilmoituksista, valvontaviranomaisten HUS:iin kohdistamista toimenpiteistä ja muistutuksista sekä toteutuneesta lääke-, laite- ja infektioturvallisuudesta. Potilasturvallisuusraportin tiedoista julkaistiin keuhkokuumeen 2016 kooste HUS.fi-sivuilla, mikä on parantanut myös potilaiden ja sidosryhmien mahdollisuuksia seurata hoidon laatua.

**HAVAINTO 3** HUS on ollut Suomessa edelläkävijä laaturekisterien perustamisessa, mutta rekisterien tiedot ovat toistaiseksi pääosin toimialojen omassa käytössä. OECD-indikaattoreita koskevien tietojen tuottaminen on edennyt hitaasti ja tuotettujen tietojen luotettavuus tulee varmistaa ja viestinnässä ottaa huomioon eri kohderyhmät ja HUS:n graafinen ohjeistus. HUS:n tulee arvioida mahdolliset riskit, jotka liittyvät laatutietojen tuottamisen keskittämiseen yhdelle toimittajalle.

**SUOSITUS 3** Laaturekisterien tietojen saatavuutta tulee laajentaa organisaatiossa ja tietoja hyödyntää johtamisessa. Julkaistavien OECD-indikaattoreita koskevien tietojen luotettavuus tulee varmistaa ja viestinnässä ottaa huomioon eri kohderyhmät ja HUS:n graafinen ohjeistus. HUS:n tulee arvioida mahdolliset riskit, jotka liittyvät laatutietojen tuottamisen keskittämiseen yhdelle toimittajalle.

	Infektiot (lkm)	Toimenpiteet (lkm)	Infektioiden esiintyvyys (%)	SIRO aineiston infektio %
Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset	23	590	3,90	5,20
Lonkan tekonivelleikkaukset	38	1 506	2,5	2,20
Lonkan tekoniveliä uusintaleikkaukset	12	282	4,3	2,70
Reisiluun murtumaleikkaus	4	123	3,3	1,00
Polven tekonivelleikkaukset	22	1 303	1,7	1,80
Polven tekonivelen uusintaleikkaus	4	155	2,6	2,80
Rintarauhasleikkaukset	46	1 768	2,6	2,60

Taulukko 5. Leikkausinfektioiden esiintyvyys HUS:ssa vuonna 2016. Lähde: osastonylilääkäri Anttila 16.3.2017.

### 5.3. Asiakaskokemus

#### Avaintavoite 4: Vapaasti hoitopaikan valinneiden potilaiden nettolaskutus kasvaa

##### Mittari(t) ja tavoitearvo

##### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

4. Vapaasti hoitopaikan valinneiden potilaiden nettolaskutus (muualta HUS:iin tulleiden potilaiden laskutus - HUS:sta muualle menneiden potilaiden laskutus). <b>Tavoitearvo:</b> 5 milj. euroa.	Tavoite ei toteutunut. Nettolaskutus oli -0,5 milj. € eli <b>HUS-alueen potilaita hakeutui hoitoon enemmän muualle kuin potilaita muualta HUS:iin.</b>	●
--	--	---

#### Avaintavoite 5: Potilaat suosittelevat HUS:ia hoitopaikkana

##### Mittari(t) ja tavoitearvo

##### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

5a. FTT (asiakastytyväisyystutkimus, hoitopaikan suositteleminen). <b>Tavoitearvo:</b> >97 % potilaista suosittelee HUS:ia hoitopaikkana.	Tavoite ei toteutunut. Friends and Family Testin suositusindeksin vaihteluväli sh-alueilla oli 90–95,2 %. Vuonna 2016 HUS:ssa hoidettiin 524 089 potilasta, joista asiakastytyväisyyskyselyyn vastasi 10 386 asiakasta (2 %, HUS-ToTal BIAP0001). <b>Asiakastytyväisyyskyselyjen vastausmäärät ovat olleet pienet.</b>	●
5b. Yliopistosairaaloiden yhdessä laatimat asiakastytyväisyyskysymykset (5 kpl). <b>Tavoitearvo:</b> HUS on paras yliopistosairaaloiden välisessä vertailussa.	Tavoitetta ei voida arvioida, koska vertailutiedot eivät ole käytettävissä tilinpäätös ja toimintakertomuksessa 2016.	●

#### Asiakaspalautteiden kerääminen ja käsittely HUS:ssa

Tarkastuslautakunta arvioi asiakaskokemusta vuodelle 2016 asetettujen strategisten sekä asiakastytyväisyys-hanketta varten perustetulle työryhmälle asetettujen tavoitteiden toteutumisen perusteella. Arviointi perustuu virkamiesten kuulemisiin ja haastatteluihin, johtoryhmien ja työryhmien kokousmateriaaleihin. Arviointi ei sisällä liikelaitosten asiakaskokemuksen arviointia.

HUS:lla on käytössä Analystica -järjestelmä, jonka kautta hoidossa olleet potilaat voivat antaa palautetta. Neljä vuotta voimassa ollut sopimus umpeutui marraskuussa 2016. Asiakastytyväisyyden mittaamisen prosessia on kehitetty usean työryhmän ja erilaisten järjestelyjen avulla, mutta yhteistä tahtotilaa ei ole saavutettu. Väliaikaisratkaisuna tehtiin uusi sopimus Analystica Oy:n kanssa lokakuun 2017 loppuun asti. Asiakaskokemus liittyy myös Magneettisairaala-, Apotti- ja Virtuaalisairaalahankkeisiin sekä kilpailukyyn kehittämiseen.

Käytössä olevassa asiakaspalautejärjestelmässä kysymyksiä on keskimäärin 25 ja järjestelmään tallennetaan

myös paperilla annetut palautteet sekä potilasasiemiehille tehdyt yhteydenotot. Avointa palautetta voi antaa HUS:n verkkosivuilla olevan palautelinkin kautta. Meilahden tornisairaala on käytössä palautteenannon mahdollistavat potilaspaiikkakohtaiset laitteet.

Toimintayksiköt on ohjeistettu seuraamaan Analystica-järjestelmän kautta saatuja yhteenvedoraportteja.<sup>19</sup> Palautteista informoidaan tarvittaessa linjaorganisaatiota ja niiden aiheuttamat toiminnan kehittämistarpeet kirjataan toimintasuunnitelmaan. Raportit julkaistaan HUS-ToTal-järjestelmässä, intrassa ja internetissä. Sitä, miten ja millaiset asiakaspalautteet raportoidaan organisaatioissa eteenpäin korjaavia toimenpiteitä varten, ei ole ohjeistettu.

Helmikuussa 2016 toimitusjohtaja asetti työryhmän, jonka tehtävänä oli varmistaa riittävä asiakaspalautteen määrä (vähintään 10 % HUS:n potilaista) ja nostaa palautteiden määrää merkittävästi vuonna 2017.<sup>20</sup> Työryhmä lopetti toimintansa lokakuussa 2016 ja asiakaskokemuksen kehittäminen siirrettiin kehittämissyksikköön osaksi "Potilas

**Asiakkaan täytyy vakuuttua siitä, että palautteen antaminen kannattaa; palaute käsitellään viiveittä ja siihen vastataan.**

den sivuilla raportoidaan kokonaisarvio hoitojaksosta sekä suositusindeksi. Hoitojaksoja koskevat arviot ovat olleet hyviä (4,47–4,91) samoin kuin suositusindeksit (75–98/100).

Potilaiden antama palaute on tärkeää, mutta se ei kuitenkaan kerro hoidon laadusta eikä vaikuttavuudesta. Hyksin neurokirurgian klinikassa selvitettiin aivoleikkaukspotilaiden tyytyväisyyttä. 94 % vastanneista ilmoitti kokonais-tyytyväisyytensä erinomaiseksi tai hyväksi. Tyytyväisiä olivat myös potilaat, jotka jouduttiin leikkaamaan uudelleen tai jotka saivat vaikeita komplikaatioita.<sup>21, 22</sup>

aktiivisena osallistujana ja vaikuttajana" -hanketta, joka on yksi HUS:n läpimurtohankkeista vuosina 2017–2018.

Työryhmän tavoitteena oli

- edistää hyvän ja vuodelle 2016 asetetun tavoitetason mukaisen asiakastytyväisyyden toteutumista HUS:ssa
- valmistella asiakastytyväisyysseurantapalvelun toteutus tai hankinta vuonna 2017 alkavalle seurantakaudelle
- huolehtia, että yliopistosairaaloiden yhteiset, THL:n edellyttämät kysymykset ja magneettisairaalamallin mukaiset kysymykset otetaan osaksi asiakastytyväisyysseurantaa
- varmistaa osaltaan, että HUS:n keräämät asiakastytyväisyystiedot ovat siirrettävissä Palveluvaakaan potilaan kannalta tarkoituksenmukaisella organisaatorakenteella
- varmistaa yksikötason toiminnan kehittämistä (Lean, Magneettisairaala yms.) tukevien palautejärjestelmien pilotointi ja käyttöönotto vuonna 2016.

Työryhmä ei saavuttanut sille asetettuja tavoitteita. Vain kaksi prosenttia HUS:n potilaista antoi palautetta vuonna 2016. Potilaskokemus ja palautteenhallinnan kokonaisratkaisu -loppuraportin (I vaihe, 28.11.2016) mukaan yliopistosairaaloiden, THL:n ja magneettisairaalamallin kysymysten yhteensovittaminen jäi kesken kysymysten suuren määrän vuoksi ja myös kysymysten siirtäminen Palveluvaakaan oli kesken loppuvuodesta 2016. Meilahden tornisairaalan potilaskohtaisia päätteitä ei voitu käyttää ennen lokakuuta 2016 asiakaspalautteen keräämisessä vanhentuneen selaimen vuoksi.

#### Asiakastytyväisyyden mittaaminen potilaan näkökulmasta

HUS:n verkkosivuilla on kuvattu vuoden 2013 tulos HUS:n ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin osalta. Tulosityksiköi-

**HAVAINTO 4** Asiakaskokemukselle asetetut tavoitteet eivät ole toteutuneet ja johtamisen vastuut ovat olleet epäselvät. Aiheen parissa on työskennellyt suuri määrä viranhaltijoita ja työryhmiä, joten resursseja on käytetty runsaasti suhteessa siihen, miten asia on edennyt. Asiakaspalautteiden vastausprosentti on matala ja raportointi ei ole ollut järjestelmällistä eikä luotettavaa. Asiakaspalautejärjestelmän hankkiminen on viivästynyt. Epäonnistuminen asiakaspalautteen keräämisessä vaikuttaa HUS-brändin ja kilpailukyyn kehittämiseen.

**SUOSITUS 4** Asiakkailla on oltava monia helppoja tapoja antaa palautetta ja tietojen on oltava saatavilla. Asiakaspalautteiden vastausprosenttia on nostettava. Uuden asiakaspalautejärjestelmän hankinnassa on varmistettava, että ei tehdä päällekkäistä työtä Apotin kanssa.

## 5.4. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiiviimpi integraatio, jolla pyritään muun muassa kaventamaan terveys- ja hyvinvointieroja, vahvistamaan palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja saavuttamaan kustannussäästöjä. Tarkastuslautakunta pitää perusterveydenhuollon kanssa tehtävän yhteistyön tiivistämistä tärkeänä ja antoi vuonna 2015 useita tähän liittyviä suosituksia, joiden toteutumista on arvioitu luvussa 7.

Tiivistävä yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa on asetettu tavoitteeksi HUS:n strategiassa ja sille on asetettu talousarviossa tavoitteita vuosittain. Tavoitteet ovat koskeneet muun muassa yhteisten palveluketjujen muodostamista (v. 2013, 2014 ja 2015), erikoislääkäreiden

ja erityistyöntekijöiden työpanosta (v. 2014 ja 2016) ja erikoissairaanhoidon poliklinikkatoimintaa perusterveydenhuollossa (v. 2013), elektiivisten läheteiden määrää (v. 2013 ja 2014) ja järjestämissuunnitelmia (v. 2013, 2014 ja 2016). Palveluketjuja koskevat tavoitteet eivät ole toteutuneet yhtenäkkään vuonna valtuustokauden aikana ja niiden muodostaminen on edennyt hitaasti. Myös järjestämissuunnitelmia koskevat tavoitteet ovat toteutuneet vain osittain niinä vuosina, kun ne on asetettu tavoitteeksi.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyölle asetetut tavoitteet ja niiden mittarit ovat vaihtuneet valtuustokaudella vuosittain. Tämä vaikeuttaa yhteistyön tiivistymisen seuranta.

### Avaintavoite 6: Kaikkien jäsenkuntien kanssa on laadittu kirjallinen suunnitelma HUS:n erikoislääkäri- ja erityistyöntekijäpanoksesta ja sen toteuma raportoidaan

#### Mittari(t) ja tavoitearvo

6a. Jäsenkuntakohtainen suunnitelma sekä erikoislääkäri- ja erityistyöntekijäpanoksen toteutunut määrä. **Tavoitearvo:** Kaikkien jäsenkuntien kanssa on laadittu kirjallinen suunnitelma 2016 loppuun mennessä ja vuoden 2016 toteuma raportoidaan sekä vähintään kahden jäsenkunnan kanssa on toteutettu pilotointi vuonna 2016.

#### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

Tavoite ei toteutunut. **Kirjallinen suunnitelma tehtiin 50 % HUS:n jäsenkuntien kanssa.** Erikoislääkäri- ja erityistyöntekijäpanoksen toteutunut määrä ei raportoitu vuodelta 2016. Pilotointia koskevan tavoitteen toteutumista ei raportoitu tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjassa.



## 5.5. Parhaat osaajat, henkilöstötyytyväisyys

HUS:n strategiassa vuosille 2012–2016 on asetettu tavoitteiksi muun muassa työkalujen luominen optimaalisen henkilöstörakenteen ja -mitoituksen kehittämiseksi ja vakituisen henkilöstön osuuden kasvattaminen yhdellä prosenttiyksiköllä vuosittain, koulutusmäärärahan kasvattaminen kymmenellä prosentilla vuosittain sekä lääkäreiden täydennyskoulutusohjelman käyttöönotto. Vuodelle 2016 valtuusto asetti kolme henkilöstöä koskevaa avaintavoitetta.

Ne koskevat HUS:n mainetta työnantajana, esimiestyötä ja johtamista sekä henkilöstön urakehitystä.

Tarkastuslautakunta arvioi vuoden 2016 strategisten avaintavoitteiden lisäksi henkilöstöresurssien joustavaa käyttöä sekä sairauspoissaoloja. Aineistona käytettiin henkilöstökertomus- ja tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjoja sekä henkilöstöjohtajan haastattelua.

### Avaintavoite 7: Mainetta

#### Mittari(t) ja tavoitearvo

7a. HUS:n suosittelu työntantajana. TOB kysymykset 39; Suositteletko ystäväillesi tai tuttavillesi HUS:ia työntantajana? **Tavoitearvo:** 85 % kyllä.

#### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

Tavoite ei toteutunut. Työolobarometrin (TOB) mukaan **82 % suosittelisi HUS:ia työntantajana.** Osuus on sama kuin vuonna 2015 (82 %) ja pienempi kuin vuonna 2014 (85 %). Suurin suosittlevien osuus oli Lohjan sairaanhoitoalueella (92 %) ja pienin Porvoon sairaanhoitoalueella (78 %).



### Avaintavoite 8: Esimiestyö

#### Mittari(t) ja tavoitearvo

8a. Esimiesindeksi. TOB kysymykset; 12. Esimieheni on tavoitteellinen johtaja 13. Esimieheni on oikeudenmukainen 14. Esimieheni on kannustava ja tukee tarvittaessa 15. Esimieheni antaa palautetta 16. Työyksikössäni huolehditaan työntekijöistä (esim. työntekijöiden terveys, turvallisuus) 17. Olen tyytyväinen työyksikköni/osastoni johtamiseen **Tavoitearvo:** 3,9.

#### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

Tavoite ei toteutunut. **Esimiesindeksi (3,65) laski hieman vuoteen 2015 verrattuna (3,66).** Indeksillä oli korkein Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella (3,85) ja alhaisin Porvoon sairaanhoitoalueella (3,50) (asteikko 1–5).



### Avaintavoite 9: Urakehitys

#### Mittari(t) ja tavoitearvo

9a. Ammatillinen itsetunto. TOB kysymykset; 26. Tietoni ja taitoni ovat riittäviä työtehtävien hoitamiseen 27. Minulla on hyvät ammatillisen kehittymisen mahdollisuudet työssäni 28. Olen ylpeä työstäni **Tavoitearvo:** 4,0.

#### Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta

Tavoite toteutui. Tulos oli 4,0. Sairaanhoitoalueiden vaihteluväli oli 3,98–4,10 (asteikko 1–5). Hallituksen valitsema mittari ei mittaa tavoitetta (urakehitys) parhaalla mahdollisella tavalla.

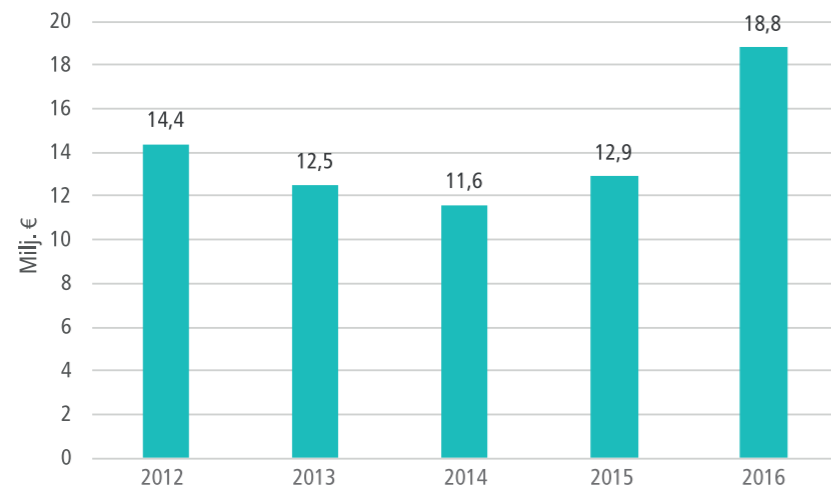


### 5.5.1 Sisäisten sijaisten ja vuokratyövoiman käyttö

HUS on asettanut tavoitteeksi lisätä vakituisen henkilökunnan osuutta ja henkilöstöresurssien joustavaa käyttöä muun muassa sisäisten sijaisten (ns. sissi) avulla.<sup>23</sup> Sisäinen sijainen on vakituinen työntekijä, joka työskentelee tulosalueensa eri toimintayksiköissä vuosilomien tai lyhyiden poissaolojen aikana. Sisseille mitoitettiin vuonna 2012 yhteensä 1454 vakanssia, mikä jakautui omiin kiintiöihin sairaanhoitoalueille, liikelaitoksille, tukipalveluille ja eri henkilöstöryhmille.<sup>24</sup> Järjestelmän tarkoituksena on kohdentaa työpanosta yksiköiden välillä, tasata ruuhkahuippuja ja vähentää vuokratyövoiman käyttöä.

Sissi-vakanssien määrää vuodelta 2016 ei raportoitu. Sissi-vakansseja on perustettu vaihtelevasti eri tulosalueiden välillä ja eri henkilöstöryhmille, mutta niitä on käytetty myös yksiköiden normaaliin henkilöstömitoitukseen vastoin järjestelmän alkuperäistä tarkoitusta.<sup>25</sup>

Vuokratyövoiman kustannukset olivat 18,8 miljoonaa euroa vuonna 2016 ja ne ovat nousseet vuodesta 2014



Kuvio 6. Ulkopuolisen vuokratyövoiman kustannukset HUS:ssa 2012–2016. Lähde: HUS henkilöstökertomukset 2012–2016.

**HAVAINTO 5** Vuokratyövoiman kustannukset ovat lisääntyneet eikä tavoite lisätä vakituisen henkilökunnan määrää prosentilla vuosittain ole toteutunut valtuustokauden aikana. Sissi-vakanssien määrää ei ole raportoitu vuosilta 2012–2016 ja niiden merkitys näyttää jääneen vähäiseksi vuokratyövoiman vähentämisessä.

**SUOSITUS 5** Tarkastuslautakunta toteaa, että henkilöstösuunnittelun keinot vuokratyövoiman käytön vähentämiseksi eivät ole olleet riittäviä. Sissi-järjestelmän toteutumista tulee arvioida ja vuokratyövoiman käyttöä vähentää. Sissi-vakanssien määrää tulee seurata HUS-tasolla.

**Peijaksen sairaalassa sissitoiminnasta saatiin hyviä kokemuksia vuonna 2016. Sijaispooli tarjosi korvaavaa työvoimaa lähes aina (89 % päivistä), kun osastojen kuormitus kasvoi liian suureksi.<sup>3</sup>**

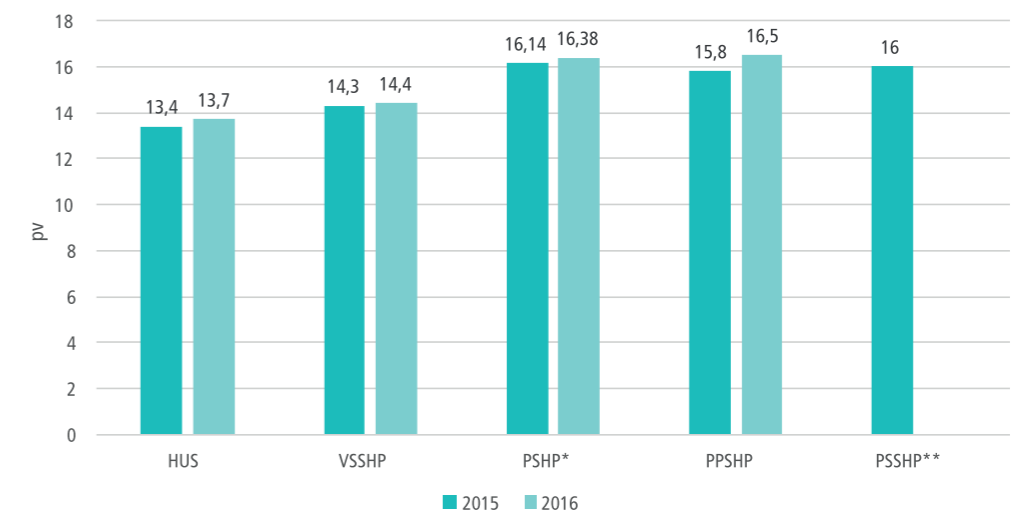
(kuvio 6). Vuoteen 2015 verrattuna vuokratyövoiman kustannukset kasvoivat 5,9 miljoonaa euroa, mikä selittyy osin sillä, että hoitohenkilöstöä koskeva sijaishankinta keskitettiin Seure Henkilöstöpalvelut Oy:lle. Vakituisen henkilökunnan osuus oli vuoden 2016 lopussa 78,9 %. Osuus on kasvanut 0,4 % vuodesta 2012.

### 5.5.2 Henkilöstön työkyky ja sairauspoissaolot

HUS:n strategiassa 2012–2016 on asetettu tavoitteeksi sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentäminen työaikajoustoilla, vuosittaisilla kehityskeskusteluilla sekä parantamalla urakehitysmahdollisuuksia. HUS:ssa henkilöstön työkyvyn ja -hyvinvoinnin tukemista ohjaa Työhyvinvointiohjelma vuosille 2014–2017, vuosittainen työhyvinvoinnin ja työsuojelun toimintasuunnitelma sekä Työkyvyn tukiohjelma.

HUS:ssa seurataan säännöllisesti sekä sairauspoissaoloja, työkyvyttömyyseläkkeitä että työtaturmia. Niihin liittyviä syitä pyritään tunnistamaan ja niiden ehkäisemiseksi on laadittu suunnitelmat. Lukumääräiset tavoitteet on asetettu sairauspoissaoloille ja työtaturmille, mutta ei työkyvyttömyyseläkkeille. Sairauspoissaolojen osalta tavoitteena on työntekijää kohden enintään 13,5 päivää vuodessa ja alle kolmen päivän poissaolojen osalta enintään kaksi päivää. Työtaturmien osalta tavoitteena on nolla tapaturmaa.<sup>25</sup> Sairauspoissaoloja oli vuonna 2016 keskimäärin 13,7 päivää työntekijää kohden, mikä on hieman enemmän (0,3 päivää) vuoteen 2015 verrattuna. Sairauspoissaoloja on vuosina 2015 ja 2016 ollut keskimäärin vähemmän kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä (kuvio 7).

Sairauspoissaolojen määrissä oli vuonna 2016 huomattavia eroja HUS:n tulosalueiden välillä. Vähiten sairauspoissaoloja oli yhtymähallinnon tulosalueella (5,0 pv/työntekijä) ja eniten HUS-Desiko liikelaitoksessa (21,2/työntekijä). HUS Ravioli on onnistunut vähentämään sairauspoissaoloja huomattavasti vuodesta 2012. Vuonna 2012 Raviolissa oli sairauspoissaoloja 21,8 päivää työnteki-



Kuvio 7. Keskimääräiset sairauspoissaolopäivät (pv/työntekijä) yliopistosairaanhoitopiireissä 2015 ja 2016. Lähde: Yliopistosairaanhoitopiiri-en verkkosivuilla julkaistut tilinpäätökset ja henkilöstökertomukset vuosilta 2015 ja 2016, 31.3.2017. \*pv/vakanssi. \*\*Vuoden 2016 tieto ei käytettävissä.

**HUS Raviolissa sairauspoissaolojen määrä on vähentynyt lähes 10 päivää työntekijää kohden vuosina 2012–2016.**

jää kohden, kun vuonna 2016 niitä oli 12,1. Kevan vuoden 2016 Kaari-laskuriraportin mukaan HUS:n sairauspoissaoloja koskevat hälytysrajat ovat korkeat (30 päivää ja viisi poissaoloa vuodessa) ja niitä laskemalla olisi mahdollista puuttua työkykyriskeihin aikaisemmin.

Vuoden 2017 alusta HUS:ssa otettiin käyttöön korvaavan työn toimintatapa ja vuonna 2015 perustetun työkyvytkoordinatoorin työstä on saatu hyviä kokemuksia työhön paluun tukemisessa.

Työnantaja maksaa varhaiseläkemenoperusteista maksua (varhe-maksu), kun työntekijä jää ensimmäistä kertaa työkyvyttömyys-, varhais- tai työttömyyseläkkeelle tai kuntoutustuelle. HUS:n varhe-maksu oli 0,53 % vuonna 2016 kokonaispalkkasummasta. Kevan Kaari-laskuriraportin mukaan HUS:n varhaiseläkemaksujen prosenttiosuus kokonaispalkkasummasta on ollut alhaisempi kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä (0,68–0,92 %). Tapaturmamaksujen osuus palkkasummasta on sitä vastoin ollut HUS:ssa korkeampi (0,67 %) muihin yliopistosairaanhoitopiireihin (0,28–0,49 %) verrattuna. Tiedot perustuvat vuoteen 2014.

### 5.5.3. Sisäympäristöongelmat

HUS:n rakennuskanta on osittain vanhaa, huonokuntoista ja nykyisiin toimintamalleihin soveltumaton, vaikka pääosa tiloista on asianmukaisessa kunnossa. Huolimatta siitä, että rakennuksia ylläpidetään ja peruskorjataan suunnitelmallisesti, kuitenkin myös vuonna 2016 sisäympäristöongelmia havaittiin lähes kaikissa vanhoissa sairaalakiinteistöissä ja niistä aiheutui ajoittain merkittävää haittaa henkilökunnan terveydelle ja palvelutuotannolle.<sup>3</sup>

Sisäympäristöongelmat ovat vaikeuttaneet hoitoon pääsyä, aiheuttaneet tuotannon menetyksiä ja tarpeettomia, mahdollisesti jopa korjauskustannukset ylittäviä lisäkustannuksia. Työterveyshuollossa asia ilmenee lisääntyneinä käynteinä<sup>26</sup>. Vuonna 2016 työterveyshuollossa kirjattiin 960 käyntiä sisäympäristöasioiden vuoksi kun vastaava luku oli edellisenä vuonna 430. Luku sisältää sekä työterveyslääkärin että -hoitajan terveystarkastus- ja ohjausvastaanotot. Ongelmia on käsitelty vuonna 2016 mediassa, joten asialla on vaikutusta myös HUS:n kilpailukykyyn ja mielikuvaan HUS:sta.

Tarkastuslautakunta totesi arviointikertomuksessa 2014, että arviota sisäympäristöongelmien vaikutuksista HUS:n toimintaan ja talouteen ei ole. Hallituksen lausunnossa arviointikertomuksesta 2014 todettiin, että keväällä 2015 on käynnistetty selvitystyö sisäympäristöongelmien taloudellisista vaikutuksista. Tavoitteena oli selvittää, mitkä ovat niiden rakennusten kunnossapidon kustannukset, joissa on sisäympäristöongelmia, paljonko sisäympäristöongelmien selvittelyyn ja hoitamiseen kuluu henkilötyövuosia, mitkä ovat väistötilojen vuokratkustannukset, paljonko tiloja on sisäympäristöongelmien vuoksi tyhjillään ja mitkä kustannukset niistä aiheutuvat, kuinka paljon sisäympäristöongelmista aiheutuu sairauspoissaoloja ja mitkä ovat niiden kustannukset.

Tarkastuslautakunta ei pidä hyväksyttävänä sisäympäristöongelmien olemassaololle toimintakertomuksessa esi-

tettyä syytä, jonka mukaan HUS:n kiinteistöpolitiikan mukaista korjausinvestointien tasoa ei ole kaikilta osin pystytty rahoittamaan, mikä on lisännyt toiminnallisia riskejä.<sup>3</sup>

Asia on tärkeä myös tulevaa maakuntaratkaisua ajatellen – HUS:lla tulee olla tarkka käsitys kiinteistöissä esiintyvistä sisäympäristö ongelmista sekä niiden vaikutuksista ja kustannuksista.

**HAVAINTO 6** HUS:n tapaturmamaksut ovat muita yliopistosairaanhoitopiirejä korkeammat ja sairauspoissaolojen hälytysrajat ovat korkeat. Sisäympäristöongelmia koskevaa yhteenvetoa tai raporttia ei ole saatavissa keväällä 2017. Toimintakertomuksessa 2016 sisäympäristöongelmista esitetään yhteenveto, joka ei kata edellä esitetyille selvitykselle asetettuja tavoitteita.

**SUOSITUS 6** Muita yliopistosairaanhoitopiirejä korkeammat henkilöstön tapaturmamaksujen syyt tulee analysoida ja pyrkiä alentamaan niiden osuutta. Lisäksi tulee selvittää, olisivatko alhaisemmat sairauspoissaolojen hälytysrajat tarkoituksenmukaiset henkilöstön työkyvyn tukemisessa. Tarkastuslautakunta esittää vakavan huolen HUS:n kiinteistöjen sisäympäristöongelmista ja kehottaa hallitusta laatimaan niistä aiemmin lupaamansa kokonaisarvion.

### 5.6. Palvelujen hinta ja talouden hallinta

#### Avaintavoite 10: Jäsenkuntien deflatoidut asukaskohtaiset maksuosuudet eivät nouse vuoden 2015 tasosta

Mittari(t) ja tavoitearvo	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta	
10a. Jäsenkuntien yhteenlaskettu deflatoitu maksuosuus eur/asukas (deflatointi julkisten menojen hintaindeksillä). <b>Tavoitearvo:</b> ei nouse vuoden 2015 tasosta (mahdolliset työnojaolliset muutokset huomioidaan).	Tavoite toteutui. Maksuosuus asukasta kohden vuonna 2016 oli 930,90 € (2015: 944,50 €). <b>Jäsenkuntien maksuosuus laski edelliseen vuoteen verrattuna 1,4 %.</b>	●

#### Avaintavoite 11: HUS sijoittuu kansallisessa vertailussa kolmen edullisimman sairaanhoitopiirin joukkoon

Mittari(t) ja tavoitearvo	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta	
11a. Jäsenkuntien yhteenlasketut erikoissairaanhoiton nettomenot eur/asukas. <b>Tavoitearvo:</b> Sijoittuminen kolmen edullisimman sairaanhoitopiirin joukkoon kansallisessa vertailussa.	Tavoite toteutui. Tuoreimmat vertailutiedot ovat vuodelta 2015. Niiden mukaan HUS:n erikoissairaanhoiton nettomenot olivat 1 101 €/asukas ja HUS oli sairaanhoitopiireistä edullisin tarvekioimattomissa kustannuksissa. Muissa yliopistosairaaloissa nettomenot vaihtelivat 1170 eurosta (PSHP) 1409 euroon (KYS). Myös Hyks erä oli vertailun edullisin (1129 €) KYS:n ollessa kallein (1319 €). Jos huomioon otetaan tarvekerroin, niin HUS:n sijoitus vertailussa muuttuu huonommaksi (3370 €) (www.kuntaliitto.fi).	●

#### Avaintavoite 12: Tuottavuus paranee

Mittari(t) ja tavoitearvo	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta	
12a. Somatiikka; Deflatoitu DRG-pistekustannus (deflatointi julkisten menojen hintaindeksillä) <b>Tavoitearvo:</b> Kuntayhtymätasolla 1,8 prosentin tuottavuuden parannus vuodesta 2015.	Tavoite ei toteutunut. Somatiikan deflatoitu DRG-pistekustannus laski 0,5 %. Hallitus: tavoite ei toteutunut.	●
12b. Psykiatria; Deflatoitu eur/hoidettu potilas.	Tavoite toteutui. Psykiatriassa kustannukset laskivat 11,1 %. Hallitus: tavoite toteutui.	●

#### Avaintavoite 13: HUS:n hinnat ovat kilpailukykyiset

Mittari(t) ja tavoitearvo	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta	
13a. Volyymituotteiden hintavertailu: yo-shp tuotekoriin sisältyvien tuotteiden hintakehitys <b>Tavoitearvo:</b> Deflatoidut hinnat laskevat tai pysyvät ennallaan verrattuna vuoden 2015 tasoon. HUS:n hinta on edullisin vähintään 25 % tuotekoriin sisältyvissä tuotteissa ja sen hinta on kallein korkeintaan 25 % tuotteista.	Tavoite ei toteutunut. Tuotekoriin on 24 tuotetta. HUS:lla on korkein keskimääräinen laskutus/tuote 7 (29 %) ja alhaisin 3 (12,5 %) tuotteessa. HUS:n laskutushinta eroaa hinnastohinnasta keskimäärin 6,3 %, muilla yo-sairaaloilla ero on suurempi (9,8 %:sta 22,9 %:iin). (Lähde: Yo-tuotekorivertailu 2016 (30.3.2017)) Tilintarkastaja kiinnitti huomiota vuonna 2016 hintojen asettamiseen ja omakustannusperiaatteen toteutumiseen sekä tarvikkeiden vaihteluun sairaanhoitoalueiden välillä.	●
13b. Valittujen tuotteiden hinnastovertailu muihin vertailukelpoisiin toimijoihin verrattuna. <b>Tavoitearvo:</b> Valittujen avaintuotteiden välisuoritteisiin perustuvat tuotantokustannukset laskevat vähintään 5 % vuoden 2015 toteumaan verrattuna.	Tavoite ei toteutunut. <b>Tuotantokustannukset laskivat 2,3 %.</b> Tavoite saavutettiin Lohjan (-6,4 %) ja Länsi-Uudenmaan (-15,9 %) sairaanhoitoalueilla.	●

#### Avaintavoite 14: Elektiivisen ja päivystystoiminnan erillishinnoittelu 1.1.2017 alkaen

Mittari(t) ja tavoitearvo	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta	
14a. Elektiivisen vs. päivystystoiminnan hinnoittelu (Päivystysyksiköillä on omat palveluhinnat, mutta muiden yksiköiden palvelutuotteilla ei ole erillisiä päivystyshintoja. Leikkaustoimenpiteillä, kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksilla on erilliset päivystyshinnat, jotka vaikuttavat potilaan hoidon kustannuksiin ja laukaisevat mahdollisesti suoriteperusteisen laskutuksen.) <b>Tavoitearvo:</b> Valmistellaan elektiivisen ja päivystystoiminnan erillishinnoittelu siten, että käyttöönotto 1.1.2017.	Tavoite toteutui. <b>Erillishinnoittelu otettiin käyttöön 1.1.2017.</b>	●

## Tuottavuus

HUS:lla on toimintansa tuottavuuden arviointiin kaksi mitaria: DRG-pisteen deflatoitu hinta ja DRG-pisteet henkilötyövuotta kohti. Valtakunnallisesti HUS:n tuottavuutta voidaan arvioida ja verrata muihin yliopistosairaanhoidopiireihin THL:n tuottamilla mittareilla: DRG- ja episodituottavuus.

Kuntayhtymätasolla somaattiselle hoidolle asetettua tavoitetta 1,8 % tuottavuuden parannusta vuodesta 2015 ei saavutettu. Psykiatriassa tuottavuutta mitataan kustannuksina (deflatoitu) hoidettua potilasta kohden ja vuonna 2016 kustannukset laskivat 11 %. Henkilötyön tuottavuus laski 0,9 % verrattuna vuoteen 2015.

Hallitus antoi valtuustolle helmikuussa 2017 tarkastuslautakunnan ehdotuksesta selvityksen HUS:n tuottavuuden kehittymisestä. Selvitys osoittaa ne moninaiset ongelmat, joita terveydenhuollon tuottavuuden ja tehokkuuden arviointiin liittyy. Niistä huolimatta HUS:n tulee analysoida tuottavuustietoja ja niissä tapahtuvia muutoksia syvällisemmin ja hyödyntää tietoja toiminnan johtamisessa ja kehittämisessä. Tämä edellyttää tietojen analysointia ja tarkastamista tulosyksikkötasolla niiden toimesta, jotka hallitsevat toiminnan sisällön. Hallituksen selvityksessä mainituista toimenpiteistä tuottavuuden kehittämiseksi erityisesti sairaaloiden välisen työnjaon jatkokehittäminen, päivystysjärjestelyjen rationalisointi ja henkilöstötyöpanoksen liikkuvuuden ja kohdentamisen parantaminen saavat kannatusta tarkastuslautakunnalta.

THL:n tuottama sairaaloiden tuottavuustilasto on ai- nut virallinen kansallinen tilasto. Kyseessä on lakisääteisiin Hilmo-tietoihin perustuvat tiedot, joiden tuottamiseen THL on antanut ohjeet. Uusimmat tuottavuustiedot ovat saatavissa vuodelta 2015. Tuottavuutta tarkastellaan kahdella eri mittausmenetelmällä episodituottavuudella ja DRG-tuottavuudella. Hyksin tuottavuus oli 3 % alhaisempi kuin yliopistosairaaloissa keskimäärin molemmilla mittareilla mitattuna. Hyksin hoitotoiminnan tuottavuus nousi vuodesta 2014 vuoteen 2015 1 %.

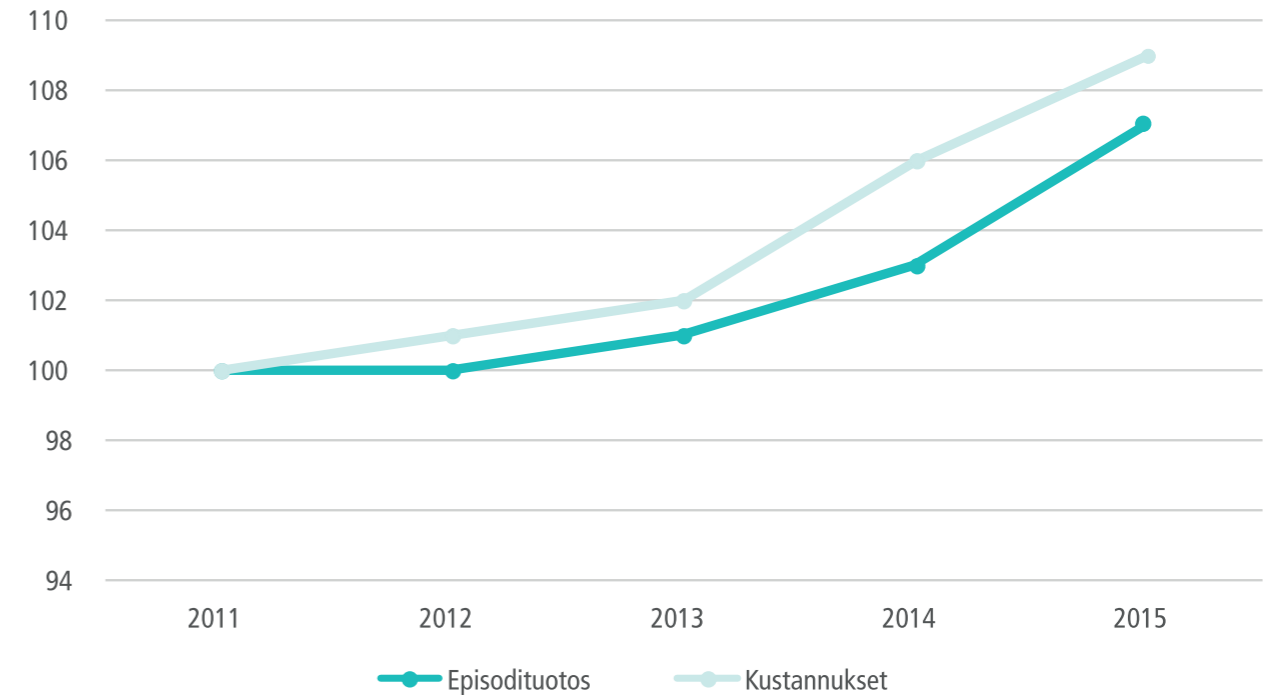
Viereisen sivun kuviosta 8 voidaan todeta, että Hyksin palvelutuotannon määrä painotettujen episodien määrällä mitattuna nousi 4 % vuodesta 2014. Se nousi myös muissa yliopistosairaaloissa noin 3-4 % lukuun ottamatta Oulun yliopistollista sairaalaa, jossa se nousi 6 %. Kuviossa 8 esitetään myös hoitotoiminnan kustannusten kehitys Hyksissä vuosina 2011–2015. Deflatoidut kustannukset nousivat vuodesta 2014 3 % ja koko ajanjaksolla 9 %. Myös muissa yliopistosairaaloissa kustannukset nousivat ajanjaksolla 2011–2015, Tampereella nousu oli 6 % (mallisin nousu) ja Kuopiossa 14 % (eniten kasvua).

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarve maakunnittain tarkasteltuna on Uudellamaalla noin 13 % koko maan keskiarvoa alhaisempi. Tarvevakioidut somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset ylittivät Uudellamaalla 2,5 % maan keskitason. Tuottavuus Uudellamaalla oli noin 5 % heikompi maan keskitasoon verrattuna. Arviot perustuvat vuoden 2015 aineistoihin. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksia pystyttäisiin pienentämään 2 %:lla mikäli maan keskitasoa huonommat maakunnat pystyisivät parantamaan tuottavuuttaan maan keskitasolle. Sama säästö saavutettaisiin, jos palvelukäyttöään maan keskitason ylittävät maakunnat käyttäisivät palveluita maan keskitason mukaan.<sup>27</sup>

Tulevan sote-uudistuksen myötä tilivelvollisten vastuu toiminnan tuottavuudesta ja tulokellisuudesta tulee korostumaan (value for money): käytetäänkö olemassa olevia resursseja tehokkaasti siten, että niillä tuotetaan mahdollisimman paljon terveyshyötyä? Onko eri toimijoiden jo vuosien ajan käymästä tuottavuuskeskustelusta otettu opiksi? Mikä merkitys olisi sillä, että DRG-tietojen omistus ja analysointi olisi ministeriöllä (kuten muissa maissa on) tai että DRG-tietoja käytettäisiin rahoituksen perusteena?

**HAVAINTO 7** Hallituksen selvitys tuottavuuden kehityksestä osoittaa, että asiaan on kiinnitetty huomiota ja sitä pidetään tärkeänä. Valtuustokaudella 2013–2016 HUS saavutti somaattiselle palvelutuotannolle asetetun tuottavuustavoitteen vuonna 2015 ja psykiatrilta asetetun tuottavuustavoitteen vuosina 2015 ja 2016.

**SUOSITUS 7** HUS:n tulee omalta osaltaan varmistaa kansallisessa tuottavuusaineistossa käytetyn tiedon oikeellisuus. Tuottavuustilastoissa pärjäämisen lisäksi tulee kiinnittää huomiota siihen, mikä on tuotettujen palvelujen terveyshyöty. On myös syytä arvioida mikä on palkkausjärjestelmän vaikutus tuottavuuteen ja kilpailukykyyn.



Kuvio 8. Tuotoksen ja kustannusten kehitys Hyksissä 2011–2015 (indeksi 2011=100). Lähde: THL:n Tilastoraportti 6/2017. Sairaaloiden tuottavuus 2015.



## 6. Tarkastuslautakunnan työohjelmaan kuuluneet arviointiaiheet vuonna 2016

Tarkastuslautakunta on arvioinut strategisten avaintavoitteiden lisäksi työohjelmaansa vuonna 2016 kuuluneita aiheita; valtuustokauden strategiaa,

Hyks-sairaanhoidon organisaatiouudistusta, HUS:n ympäristötyötä, kehittämistoimintaa ja -hankkeita sekä HUS:n kilpailukykyä.

### 6.1. HUS:n strategia: Edelläkävijä – Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi

Tarkastuslautakunta arvioi HUS:n strategiaa seuraavien kysymysten avulla: miten strategiassa asetetut tavoitteet ovat ohjanneet organisaation tavoitteenasettelua ja raportointia, mitkä ovat HUS:n strategian heikkoudet ja vahvuudet ja miten HUS:n tulisi kehittää strategiaa ja tavoitteenasettelua.

Arvioinnin aineistona käytettiin strategian lisäksi talousarvio-, tilinpäätös ja toimintakertomus- ja henkilöstökertomus -asiakirjoja sekä Hyks-sairaanhoidon käyttösuunnitelmia. Lisäksi kuultiin toimitusjohtajaa. Arviointi toteutettiin yhteistyössä ulkopuolisen asiantuntijan kanssa. Strategiaa tarkasteltiin neljän kriteerin perusteella, jotka kuvaavat hyvän strategian ominaisuuksia. Näitä ovat johdettavuus, kommunikointivuus, poissulkevuus ja joustavuus.

**Johdettavuus** tarkoittaa, että strategia ohjaa organisaation toimintaa, toimii alemman tason tavoitteenasettelun pohjana ja strategian toteutumista voidaan seurata. HUS:n strategia muodostuu neljästä päämäärästä, viidestä niiden saavuttamisen edellytyksestä, 97 tavoitteesta ja viidestä arvosta. Strategian rakenne tekee siitä vaikeasti hallittavan. Yleensä mitä isommasta organisaatiosta on kyse, sitä ylempällä tasolla koko organisaation strategia on kirjoitettu, ja alemmat organisaatiotasot asettavat sen perusteella omat toiminnalliset tavoitteensa. HUS:n sairaanhoito- ja tulosalueilla tavoitteita on keskimäärin noin 15 ja lisäksi kuntayhtymä asettaa strategian pohjalta vuosittain noin 20 strategista avaintavoitetta. Toimintaa ohjaa siten vuosittain noin 250-300 tavoitetta (pl. liikelaitokset). Tavoitteet ovat osin saman strategisen tavoitteen ilmentymiä, mutta suurelta osin myös muita tavoitteita kuin strategia-asiakirjassa mainitut tavoitteet.

HUS:n talousarviossa vuosittain asetetut tavoitteet eivät noudata strategian rakennetta. Vuosina 2013 ja 2014 ta-

voitteet ovat perustuneet tuloskorttityyppiselle viiden näkökulman jaottelulle (asiakas, prosessit, henkilöstö, talous sekä opetus ja tutkimus) ja vuosina 2015 ja 2016 taas erilaiselle temaattiselle jäsenyykselle, joka ei noudata mitään aikaisempaa jäsenyyttä. Strategia on laatukäsikirjamainen ja muistuttaa toimenpideohjelmaa. Se on myös yksityiskohtainen ja kattava, mikä on sekä strategian vahvuus että heikkous.

HUS:n strategian tavoitteenasettelulle on tyypillistä, että siinä ei kerrota tarkasti mikä tavoite tai tavoitetaso on. Sen sijaan kerrotaan, minkälaisella prosessilla tavoitteen toteutumista seurataan, esimerkiksi "Hoitotulosten vertailtava laatu – Potilaiden tutkimuksen ja hoidon parantamiseksi hoidon tuloksia arvioidaan systemaattisesti ja tuloksia verrataan muihin sairaaloihin sekä Suomessa että kansainvälisesti."

Tavoitteenasettelun haaste liittyy myös tavoitehierarkian puutteeseen, mikä tarkoittaa, että

- strategiassa on hyvin monen tasoisia tavoitteita, toimenpiteitä ja seurannan menetelmiä. Osa tavoitteista on lähinnä seurantamallin kuvausta ja osa toimenpiteitä.
- strategiatasolle ei sisälly mittareita ja seurantaa
- alemman tason (yksikötaso) tavoitteenasettelun suhde strategiaan on epäselvä
- strategisia hankkeita ja keskeisiä strategisia toimenpiteitä ei ole määritelty selkeästi tai ne sekoittuvat osaksi tavoitteita.

Edellä mainitut ongelmat tekevät haastavaksi rakentaa johtamisjärjestelmä, jonka runkona ja ylimpänä ohjenuorana toimisi asetettu strategia. Ne myös hankaloittavat seuranta, eikä 97 tavoitteen seuranta ja mittarointi ole lähtökohteisestikaan mielekästä. HUS:ssa ei ole erikseen seurattu

strategian toteutumista vaan seuranta kohdistuu vuosittain talousarviossa asetettuihin tavoitteisiin. Arvioinnissa käytetyn aineiston perusteella ei ole mahdollista sanoa, missä määrin strategia on toteutunut.

Talousarviossa asetetut tavoitteet ja niiden mittarit ovat muuttuneet joka vuosi. Esimerkiksi potilaan hoidon laatu, turvallisuus ja vaikuttavuus ovat jokaisena vuonna yhtenä avaintavoitteena, mutta niihin liittyvä tavoitteenasettelu eroaa vuosina 2014, 2015 ja 2016. Tilinpäätöksestä selviää kunakin vuonna, miten tavoite on mittarin mukaan toteutunut, mutta vertailu aikaisempiin vuosiin ei ole mahdollista. Strategian seurannassa oleellista ovat kuitenkin juuri trendit, ei yksittäisen vuoden mitaustulos.

Strategian **kommunikointivuus** tarkoittaa sitä, että strategia on tehokkaasti ja ymmärrettävästi viestittävässä koko henkilöstölle ja kukin voi sen pohjalta ymmärtää, mitä strategia hänen oman työnsä kannalta merkitsee. Hyvin kommunikointivuus oleva strategia on tyypillisesti myös innostava ja puhutteleva, jonka vuoksi sen ydinviesti on helppo muistaa ja omaksua. HUS:n strategian kommunikointivuuden perushaaste palautuu asetettujen tavoitteiden määrään ja luonteeseen.

Strategian **poissulkevuus** tarkoittaa sitä, että strategia tekee selkeitä valintoja ja strategian pohjalta on helppo todeta paitsi mitä tulee tehdä, niin myös mitä strategian mukaan ei tehdä. HUS:n strategiassa selkein strateginen valinta liittyy päämäärään "Tiivistävä kumppanuus perusterveydenhuollon kanssa". On hyvä huomata, vaikka tavoite nykyisen sote-uudistuksen valossa vaikuttaa itsestään selvältä, se ei ollut vuonna 2011 samalla tavalla merkityksellinen. HUS:n aikaisempi strategia oli pikemminkin korostanut erikoissairaanhoidon erillisyyttä.

**Joustava** strategia pystyy mukautumaan riittävästi toimintaympäristön muutoksiin ja elämään sen mukana, jolloin strategiaan kuuluu sen jatkuva tarkastelu ja arviointi

sekä tarvittavien uudelleen tulkintojen tekeminen. Strategisen tavoitteenasettelun on oltava riittävän ylätasoisista siten, että operatiivisessa tavoitteenasettelussa voidaan ottaa huomioon tapahtuneet toimintaympäristön muutokset.

Vaikka HUS:n strategian tavoitteenasettelu on osittain hyvin yksityiskohtaista ja se määrittelee yksittäisiä toimenpiteitä, on se kokonaisuudessaan kestänyt hyvin jopa strategiakaudesta tapahtuneet suuret muutokset (tai niihin liittyvät suunnitelmat). Osin tämä johtuu strategian laatukäsikirjamaisesta luonteesta. Esimerkiksi rahoituksen läpinäkyvyys, toiminnan lainmukaisuus ja maksuvalmiuden turvaaminen ovat varmasti aina relevantteja tavoitteita.

**HAVAINTO 8** Strategiassa on paljon eri tasoisia tavoitteita (97), joista osa on kuvailevia ja osa konkreettisia toimenpiteitä. Strategiasta johdetut tavoitteet ja niiden mittarit ovat muuttuneet valtuustokauden aikana lähes vuosittain. Strategian toteutumista ei ole arvioitu valtuustokauden aikana.

**SUOSITUS 8** Strategisten avaintavoitteiden määrittely ja niiden toteutumisen seuranta on oltava johdonmukaista ja niiden tulee mahdollistaa strategian toteutumisen arviointi. Strategian keskeisin sisältö on viestittävä henkilöstölle, asiakkaille ja sidosryhmille ymmärrettävästi.



## 6.2. Hyks-sairaanhoitoalueen organisaatiouudistus

Valtuustokauden merkittävimpiä muutoksia oli Hyks-sairaanhoitoalueen organisaatorakenteen muuttaminen vuosina 2013–2015 siten, että sairaanhoidon palveluntuotanto organisoiitiin kliinisiin tulosyksiköihin erikoisalakohorttien klinikoiden sijaan. Uudistuksessa Hyksin neljästä kliinisestä tulosyksiköstä muodostettiin kaksitoista pienempää tulosyksikköä (osaamiskeskusta) kokoamalla yhteen tulosyksikköön useamman erikoisalalan osaaminen. Tavoitteena oli muun muassa kustannustehokkuuden, kilpailukykyyn, laadun ja potilasturvallisuuden lisääminen sekä huippuosaamisen turvaaminen.<sup>28</sup> 1.1.2017 alkaen Hyksin kliinisiä tulosyksiköitä ovat myös HUS-Kuvantaminen ja HUSLAB.

Tarkastuslautakunta selvitti, miten organisaatiouudistukselle asetetut tavoitteet ovat tähän mennessä toteutuneet. Aineistona olivat tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat, työolobarometrin tulokset vuosilta 2012–2016 sekä Hyks-sairaanhoitoalueen johdolle tehdyn kyselyn tulokset. Lisäksi lautakunta kuuli Hyksin johtavaa ylilääkäriä.

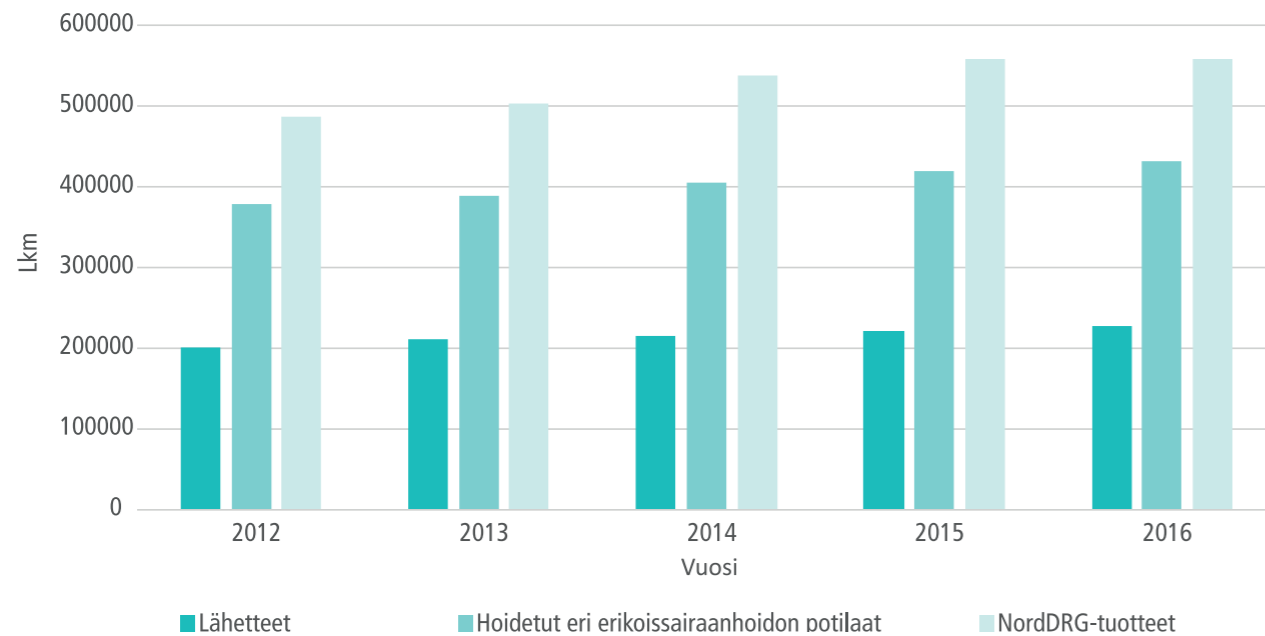
### Palvelutuotannon kehitys

Vuodesta 2012 vuoteen 2016 Hyksin palvelutuotanto kasvoi sekä elektiiivisten läheteiden (+13,4 %), potilasmäärän (+14,2 %) että NordDRG-tuotteiden (+15,1 %) osalta (kuvio 9). Hoitoon pääsy on vuoteen 2012 verrattuna heikentynyt, kun asiaa tarkastellaan vuoden lopussa yli puoli vuotta hoitoon odottaneiden määrällä. Vuoden 2016 lopussa 889 po-

tilasta oli odottanut osastohoitoon yli kuusi kuukautta, kun vastaava luku vuoden 2012 lopussa oli 383. Eniten yli kuusi kuukautta odottaneita potilaita oli vuoden 2016 lopussa Pää- ja kaulakeskuksessa (656), Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikössä (90) ja Vatsakeskuksessa (80).<sup>29</sup>

HUS:n tilinpäätöstietojen mukaan Hyksin palveluiden ulkopuolinen myynti (myynti muille kuin HUS:n jäsenkunnille) on kasvanut 81,6 miljoonaa euroa vuodesta 2012 (2016: 289,4 milj. €). Vapaasti hoitopaikan valinneiden potilaiden nettolaskutus oli vuonna 2016 kuitenkin negatiivinen (-1,37 milj. €). Hyks-sairaanhoitoalueelta hakeutui siis potilaita enemmän hoitoon muualle kuin mitä ulkopuolelta Hyksiin.

Erikoissairaanhoidon tuottavuutta seurataan yleisesti DRG-pisteillä suhteessa henkilötyövuoteen sekä DRG-pisteen kustannuksella (€/DRG-piste). Mitä korkeampi on DRG-pisteiden määrä henkilötyövuotta kohden, ja mitä matalampi on DRG-pisteen kustannus, sitä parempi on tuottavuus. Hyks-sairaanhoitoalueen tuottavuudelle talousarviossa asetetut tavoitteet eivät ole toteutuneet vuosina 2013–2016 eikä kummassakaan muuttujassa ei ole tapahtunut suurta muutosta somaattisessa palvelutuotannossa vuosien 2012 ja 2016 välillä kuten kuvio 10 osoittaa. Psykiatrian tuottavuutta mitataan kustannuksilla yhtä hoidettua potilasta kohden. Vuonna 2016 kustannukset olivat 5388 € ja ne ovat laskeneet 830 euroa vuodesta 2012. Psykiatrian tuottavuus on siten parantunut vuoteen 2012 verrattuna.



Kuvio 9. Hyks-sairaanhoitoalueen palvelutuotanto 2012–2016. Lähde: HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat 2012–2016.

Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito tulosyksikkö (ATeK) ei ole mukana yllä olevassa kuviossa, koska DRG-mittarit eivät sovellu sen tuottavuuden seurantaan. ATeK:n tuottavuutta voidaan sen sijaan tarkastella esimerkiksi leikkaustoimenpiteiden määrän perusteella. Vuonna 2016 Hyksissä tehtiin 70 233 leikkausta, joista noin 37 % oli päiväkirurgisia toimenpiteitä. Leikkausten määrä on hieman vähentynyt vuodesta 2012 (n. 3 %) ja päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus on pysynyt suurin piirtein samalla tasolla.<sup>30</sup>

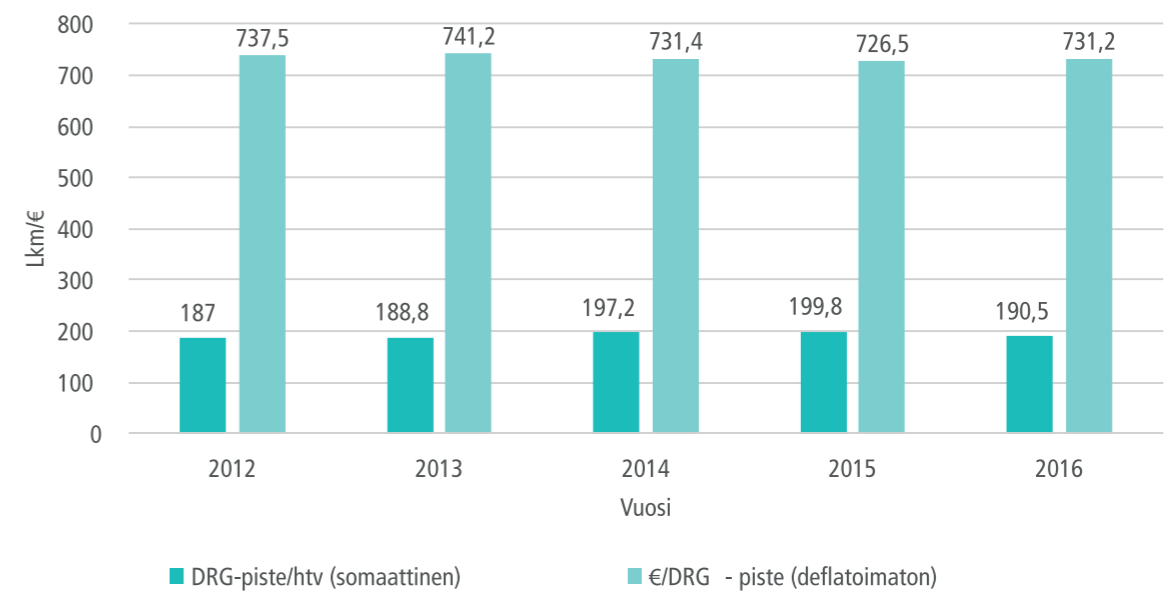
### Henkilöstön tyytyväisyys

Henkilöstön tyytyväisyyttä omaan työhön ja johtamiseen arvioidaan vuosittain työolobarometrikyselyllä (asteikko 1–5). Hyksin henkilöstön tyytyväisyys sai vuonna 2016 arvosanan 3,97 ja tulos on pysynyt samalla tasolla vuoteen 2012 (4,04) verrattuna. Myöskään johtamista ja esimiestyötä koskeissa tuloksissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta vuosina 2013–2016, mutta Hyksin henkilöstön halu suositella HUS:a työnantajana on laskenut vuodesta 2012. Vuonna 2016 suosittelevien osuus oli 81 % (n=7712) (2012: 85 %, n=7334) ja osuus vaihteli huomattavasti Hyksin tulosyksiköiden välillä. Suosittelevien osuus oli vuonna 2016 suurin Syöpäkeskuksessa (91 %) ja alhaisin Naistentautien ja synnytysten tulosyksikössä (67 %).<sup>31</sup>

### Hyksin johdon arvio uudistuksesta

Tarkastuslautakunta teki kyselyn organisaatiouudistuksen vaikutuksista Hyksin toimialajohtajille, linjajohtajille ja ylihoitajille (n=110). Kyselyssä pyydettiin arvioimaan, miten organisaatiouudistus on vaikuttanut hallinnollisten tehtävien määrään, potilaan hoitoprosesseihin, tulosyksikön kustannustehokkuuteen, kilpailukykyyn, opetuksen ja tutkimuksen asemaan, työilmapiiriin ja henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Lisäksi kysyttiin avokysymyksillä uuden organisaatorakenteen hyötyjä ja ongelmia. Kyselyyn vastasi 46 henkilöä (vastausprosentti 42). Matalan vastausprosentin vuoksi tulokset ovat suuntaa-antavia. Niiden tulkinnassa on lisäksi huomioitava, että kyselyn kohderyhmänä oli Hyksin johto, eivät työntekijät.

Kyselyyn vastanneet toivat esiin sekä myönteisiä että kielteisiä uudistuksen vaikutuksia. Tulokset olivat ristiriitaiset ja osin vastakkaiset. Puolet (23 vastaajaa) oli sitä mieltä, että uudistuksen tavoite selkeämmästä ja kokonaisohjattavammasta organisaatiosta ei ole toteutunut. Myös hallinnollisten tehtävien koettiin lisääntyneen (29 vastaajaa). Puolet vastaajista (23 vastaajaa) ilmoitti potilaiden hoitoprosessien tulleen sujuvimmiksi ja noin puolet kilpailukykyyn parantuneen (22 vastaajaa). Tulokset on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 1.



Kuvio 10. Hyks-sairaanhoitoalueen tuottavuus 2012–2016. Lähde: HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat 2012–2016.

Avokysymysten vastauksissa uudistuksen myönteisinä vaikutuksina tuotiin esiin esimerkiksi parantuneet mahdollisuudet hoitoprosessien kehittämiseen, tiiviimpi yhteistyö tulosyksikön sisällä, resurssien tehokkaampi käyttö ja toiminnan ohjattavuuden parantuminen. Tutkimuksen ja opetuksen aseman arvioitiin vahvistuneen esimerkiksi vahvemman profiloitumisen ja parantuneiden henkilöstöresurssien johdosta.

Uudistuksen kielteisinä seurauksina vastaajat toivat esiin tulosyksiköiden siiloutumisen, osaoptimoinnin ja uusien raja-aitojen syntyminen. Tulosyksiköiden aiempaa suurempi määrä on merkinnyt mm. neuvottelukumppaneiden lisääntymistä, mikä koskee esimerkiksi leikkaussalikaapiteetin käyttöä. Vastajien mukaan henkilöstöresurssien tehokas käyttö on vaikeutunut muun muassa silloin, jos lääkärit ja hoitohenkilökunta sijoittuvat eri organisaatioihin. Poliklinikoilla tämä on vaikeuttanut toiminnan kehittämistä. Vastauksissa tuli esiin, että johtaminen ja organisaatiomalli eivät tue hoitoprosesseja, jos ne ovat pilkkoutuneet usealle toimialalle ja usean esimiehen alaisuuteen. Jotkut vastaajat pitivät organisaatiomuutosta näennäisenä ja toiminnan edelleen perustuvan vanhaan klinikaperusteiseen organisaatioon ja sen toimintatapoihin. Tutkimuksen ja opetuksen aseman arvioitiin heikentyneen ja resurssien kohdentuvan epätarkoituksenmukaisesti.

Kyselyssä selvitettiin lisäksi avokysymyksellä Hyksin johdon näkemystä siitä, miten talousarvio ja käyttösuunnitelmat ohjaavat tulosyksiköiden toimintaa. Osa vastaajista arveli ohjausvaikutuksen olevan hyvä ja taloudellisten ja toiminnallisten tavoitteiden olevan oikeassa suhteessa. Kielteisinä asioina tuotiin esiin se, että budjetin laadinnan aikataulu ei tue toimintaa. Tulostavoitteita pidettiin ristiriitaisina toiminnallisiin tavoitteisiin nähden ja tavoitteiden saavuttamiseen liittyviä palkkioita ja sanktiota epäjohtamukaisina. Resurssien hallintaa Hyks-tasolla pidettiin puutteellisena, mihin liittyi mm. se, että potilas- ja tuotan-

tomäärien vaihtelua ei huomioida yksiköiden välillä. Talousarvion ei katsottu tukevan toiminnan kehittämistä eikä tiedolla johtamista.

**HAVAINTO 9** Hyks-sairaanhoitoalueen organisaatiouudistuksen tavoitteet on asetettu yleisellä tasolla, minkä vuoksi niiden toteutumisen arviointi on vaikeaa. Hyks-sairaanhoitoalueen tuottavuus on parantunut hieman vuodesta 2012, mutta ei voida sanoa, johtuuko positiivinen kehitys organisaatiomuutoksesta vai muista tekijöistä. Organisaatiouudistuksen vaikutuksia ei ole kattavasti arvioitu tilinpäätöksiä kirjajoissa eikä erillistä arviointia uudistuksen vaikutavuudesta ole tehty. Hyksin henkilöstön halu suositella työnantajaansa on laskenut vuodesta 2012. Tarkastuslautakunnan kyselyssä organisaatiouudistus sai Hyksin johdolta sekä myönteistä että kielteistä palautetta.

**SUOSITUS 9** Tarkastuslautakunnan kyselyssä esiin tulleet Hyksin johdon ristiriitaiset näkemykset organisaatiouudistuksen toteutumisesta antavat syyn selvittää uudistuksen vaikutuksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Hyksissä tulee kiinnittää erityistä huomiota työnantajamielikuvaan ja johtamiseen, koska henkilöstön halu suositella HUS:ia työnantajana on laskenut.

### 6.3. HUS:n ympäristötyö

Ilmastonmuutos ja ympäristön kestävyyskriisi edellyttävät kulutuksen vähentämistä sekä materiaalien ja energian tehokkaampaa käyttöä. Tärkeitä keinoja ovat uusiutuvan energian osuuden kasvattaminen sekä jätteiden vähentäminen ja hyötykäyttö. Terveydenhuollossa ympäristövaikutukset liittyvät lisäksi vedenkulutukseen, rakennuksiin ja hankintoihin. Yhtenäistämällä toimintatapoja ja lisäämällä henkilöstön ympäristötietoisuutta voidaan vähentää ympäristövaikutuksia, mikä yleensä johtaa myös kustannustehokkaampaan toimintaan.

Suomen ympäristöpolitiittisena tavoitteena on kasvihuonekaasupäästöjen vähentäminen 80 %:lla vuoteen 2050 mennessä. Tavoitteita ohjaavat kansainväliset kasvihuonekaasujen vähentämiseen liittyvät sitoumukset<sup>32</sup>, jotka on toimeenpantu ilmastolailalla (609/2015). Julkisyhteisöjen ympäristövaikutuksia säädellään myös useilla muilla säädöksillä, joista keskeisimpiä ovat ympäristönsuojelulaki (527/2014), jätteitä koskeva lainsäädäntö (646/2011) ja kunnalliset jätehuoltomääräykset.

Tarkastuslautakunta selvitti, miten HUS raportoi ympäristövaikutuksista verrattuna muihin yliopistosairaanhoitopiireihin Suomessa ja Karoliiniseen sairaalaan Ruotsissa. Lisäksi selvitettiin, miten HUS saavutti vuodelle 2016 asetetut ympäristötavoitteet ja miten energian ja kertakäyttötuotteiden kulutus on kehittynyt vuosina 2012–2016. Arvioinnin aineisto koostui HUS:n ympäristöpolitiikkaa ja ympäristösitoumuksia koskevasta asiakirja-aineistosta, tilastotiedoista sekä muiden yliopistosairaanhoitopiirien tilinpäätöksistä ja ympäristökertomuksista vuodelta 2015. Lisäksi haastateltiin ympäristökeskuksen edustajaa ja HUS:n kiinteistöjohtajaa.

Arvioinnissa ei tehty laillisuustarkastusta. Tarkastuslautakunta ei siten ota kantaa siihen, vastaako HUS:n ympäristöasioita koskeva sisäinen ohjeistus ympäristölainsäädännön vaatimuksia.

#### HUS:n ympäristötyö on tavoitteellista ja hyvin organisoitua

HUS:n hallitus hyväksyi vuonna 2016 HUS:n ympäristöpolitiikan ja ympäristöohjelman vuosille 2016–2020<sup>33</sup> sekä toimeenpanosuunnitelman<sup>34</sup>, joissa on määritelty ympäristötyön pitkän aikavälin tavoitteet sekä vuosittaiset välitavoitteet. HUS:n tavoitteena on tulla ympäristöasioiden edelläkävijäksi terveydenhuollon toimialalla. Tärkeimmät päämäärät ovat henkilöstön ympäristötietoisuuden ja ympäristöjohtamisen kehittäminen, ympäristöhaittojen vähentäminen sekä resurssiviisauden sisällyttäminen osaksi kaikkea toimintaa.<sup>35</sup> Ympäristöpolitiikka on laadittu ISO 14001 ympäristölaatuja järjestelmästandardien mukaiseksi.

**Ympäristökeskuksella on kattava verkosto, joka toteuttaa ympäristötyön tavoitteita. HUS:ssa on 850 koulutettua ympäristövastaavaa.**

ympäristöasioista vastaa HUS-Ympäristökeskus, joka kuuluu HUS-Tilakeskukseen. Vuonna 2016 yksikössä työskenteli 3-4 henkilöä kokopäiväisesti.

Yliopistosairaanhoitopiirit ovat asettaneet ympäristöasioihin liittyviä tavoitteita ja raportoivat ympäristövaikutuksistaan vaihtelevasti, minkä vuoksi ympäristövaikutusten vertaaminen on vaikeaa. Vertailtavuutta vaikeuttaa myös se, että sairaanhoitopiirit ovat eri kokoisia ja jätehuollon järjestäminen on kuntakohtaista.<sup>36</sup> Taulukkoon 6 on koottu tiedot siitä, millaisilla mittareilla yliopistosairaanhoitopiirit ja Karoliininen sairaala seuraavat ympäristövaikutuksia.

HUS:n ympäristöohjelman tavoitteille on asetettu yhteensä 25 mittaria, joista kahdeksan koskee vuotta 2016. Ympäristöohjelman toimeenpanosuunnitelmassa on asetettu vuosittaiset välitavoitteet materiaalin hyötykäytölle ja jätemäärien vähentämiselle. Lisäksi HUS on sitoutunut energiatehokkuuden lisäämiseen kuntien energiatehokkuussopimuksessa (KETS).<sup>37</sup> Tarkastuslautakunnan arviointi kohdistui ympäristöohjelmassa ja sen toimeenpanosuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden toteutumiseen vuonna 2016 (taulukko 7).

#### Sähkön ja lämmön sekä kertakäyttötuotteiden kulutus

Vuoden 2016 talousarviossa arvioitiin sähkön kulutuksen kasvavan 1,7 % ja lämpöenergian 1,5 % vuoteen 2015 verrattuna. Sähkön kokonaiskulutus laski noin 4 % ja lämmön kulutus nousi noin 7 %. Vuosina 2011–2016 sähkön kulutus kuutiometriä kohden on pysynyt suunnilleen samalla tasolla ja lämpöenergian kulutus on vähentynyt noin 17 % huolimatta toiminnan volyymin kasvusta.<sup>38</sup> (kuvio 11.) Uusiutuvan energian osuutta ei raportoitu vuodelta 2016.

Kertakäyttötuotteiden kulutus on pysynyt melko vakiona vuosina 2012–2015 (kuvio 12). Kopiopaperin kulutus väheni vuodesta 2012 vuoteen 2013, mutta on pysynyt samalla tasolla tämän jälkeen (2015: n. 5,6 riisiä/htv). Kertakäyttötuotteiden kulutusta koskevat tiedot eivät ole käytettävissä vuodelta 2016.

HUS:sta löytyy myös hyviä esimerkkejä kertakäyttötavotteiden vähentämisestä. Meilahden tornisairaalaan suunniteltiin yhdessä Uudenmaan sairaalapesula Oy:n kanssa helposti vaihdettavat väliverhot potilashuoneisiin ja Läntinen silmäsairaala on ollut mukana kehittämässä pestävää monikäyttöistä leikkaussalitakkia. Energiatohokkuuden parantamista on edistetty muun muassa ottamalla käyttöön aurinkokeräimet Meilahden tornisairaalan katolla ja hyödyntämällä sairaalan viilennyksessä geoenergiaa.

Myös muiden sairaanhoitopiirien kokemuksista voidaan oppia ympäristövaikutusten vähentämisessä. Esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toimistopaperin kulutus väheni huomattavasti, kun rutiininomaisesta hoitopalautteiden lähettämisestä asiakkaille luovuttiin ja asiakkaat ohjataan ensisijaisesti OmaKanta-palveluiden käyttöön.<sup>39</sup> Karoliininen sairaala puolestaan on säästänyt sekä rahaa, ympäristöä että työntekijöiden työaika lisäämällä sähköisiä kokouksia.<sup>40</sup>

**HAVAINTO 10** Ympäristöasioita koskeva viestintä keskittyi vuonna 2016 uuden tietojärjestelmän käyttöönottoon ja muu viestintä oli vähäistä. Energian kulutukselle ei ole asetettu lukumääräisiä tavoitteita. Kertakäyttötavotteiden kulutuksen seuranta on yksikkötasolla vaikeaa, koska valmista raporttia ei ole saatavilla. Ympäristötyön mittareita on mahdollista kehittää siten, että ne paremmin kuvaavat toiminnan ympäristövaikutuksia, kuten on tehty esimerkiksi Karoliinisessa sairaalassa. Ympäristöasioita ei ole saatavilla verkkokoulutusta.

**SUOSITUS 10** HUS-ToTal-järjestelmään tulee tuottaa raportti, joka mahdollistaa kertakäyttötavotteiden kulutuksen seuraamisen yksikkötasolla. HUS:n on selvitettävä mahdollisuuksia vähentää toimistopaperin kulutusta hyödyntämällä paremmin sähköisiä palveluja. Energian ja kertakäyttötavotteiden kulutukselle on asetettava lukumääräiset tavoitteet. Ympäristövaikutuksia on suhteutettava esimerkiksi hoitajaksoihin, potilaiden ja työntekijöiden määriin. Ympäristökoulutusta on tarjottava myös verkkokoulutuksena ja henkilöstön ympäristötietoisuutta tulee lisätä tehostamalla viestintää.

HUS Lähde: Ympäristökertomus 2015, Tilinpäätös ja toimintakertomus 2016.	Sähkö ja lämpö (MWh, kWh/m <sup>3</sup> ), maakaasu (Nm <sup>3</sup> ), veden kulutus (m <sup>3</sup> , dm <sup>3</sup> /m <sup>3</sup> ), jätemäärät, jätteen hyötykäyttö (%), kertakäyttötavotteet ja kopiopaperi (€, kpl), kokonaisenergia, CO <sub>2</sub> -päästöt, PVC-käsiineet.
VSSHP Lähde: Toimintakertomus 2015	Sähkö ja lämpö (MWh), veden kulutus (m <sup>3</sup> ), jätteiden määrä ja hyötykäyttö (%), ympäristökulut (€).
PSHP Lähde: Vastuullisuusohjelma	Ympäristöasioiden huomioiminen tarjouskilpailussa (%), energiatehokkuus (kWh/rm <sup>2</sup> ), kokonaisenergian käytön CO <sub>2</sub> -päästöt (tonnia/hoitajakso), ympäristökoulutukseen osallistuneet (hlö), jätelajittelun toimivuus (%), veden kulutus (l/hoitajakso), jätevesianalyysi, ympäristöindeksi.
PPSHP Lähde: Toimintakertomus 2015	Sähkön ja lämmön kulutus (kWh/brm <sup>2</sup> ), jätemäärä, kierrätettävän ja poltettavan jätteen osuus, yhdyskuntajätteen hyötykäyttö (%).
PSSHP Lähde: Ympäristökertomus 2015	Sähkön- ja lämmön kulutus (kWh/ hoitajakso ja m <sup>2</sup> ), jätteiden määrä/ hoitajakso ja jätelajit, jätteiden hyödyntämisaste (%), valitut kertakäyttötavotteet ja toimistopaperi/ hoitajakso ja työntekijä, veden kulutus (m <sup>3</sup> /vrk), jätevesipäästöt, polttoaineen kulutus, sairaalakaasut, rakennusten energiatehokkuus/r-m <sup>3</sup> (ET-luku), ympäristövahingot, ulkopuoliset selvitykset.
Karoliininen sairaala (Ruotsi) Lähde: Miljöredovisning 2015	Tiettyjen lääkkeiden (kefalosporiinit, fluorokinolonit, diklofenaakki, felodipiini) käyttömäärä, kemikaalien (kg/l), PVC- ja kertakäyttötavotteiden määrät (lkm/hoitajakso), jätelajittelun osuus, CO <sub>2</sub> -päästöt eriteltynä (mm. sairaalakaasut, matkustus, ruoka, lämmitys), energiankulutus (kWh/m <sup>2</sup> ), uusiutuvan energian osuus, luomutuotteiden osuus, ympäristökoulutuksen saaneen henkilöstön osuus (%).

Taulukko 6. Ympäristövaikutusten mittarit yliopistosairaanhoitopiireissä sekä Karoliinisessa sairaalassa.

## HUS:n ympäristötavoitteet vuodelle 2016

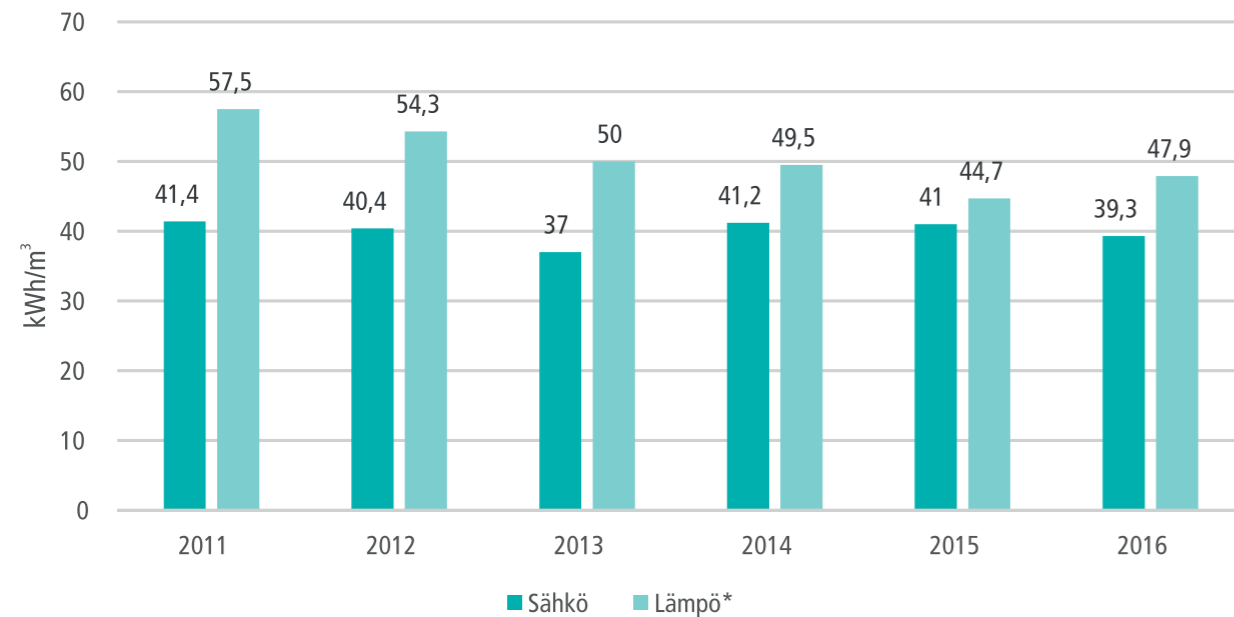
### Ympäristöohjelma 2016–2020

Ympäristöohjelma 2016–2020	Tarkastuslautakunnan arvio tavoitteiden toteutumisesta	
Ympäristövastaavista vähintään 5 % käy kertauskoulutuksen vuosittain.	Kertauskoulutuksiin osallistui 73 henkilöä (9 % ympäristövastaavista).	●
Ympäristöasioista viestitään kaikille huslaisille vähintään 10 kertaa vuodessa vuodesta 2016 lähtien.	Ympäristöposti ilmestyi kolme kertaa. Ympäristöohjelmasta tiedotettiin Husarissa (3/2016) kerran ja HUS:n intranetissä julkaistiin 18 ympäristöasioihin liittyvää tiedotetta. Järjestettiin Ympäristöseminaari ja useita ympäristöfoorumia. Viestintä keskittyi HUSKEY-järjestelmään ja uuteen jäteohjeeseen.	●
Ympäristöasiat näkyvät ulkoisessa viestinnässä kahdesti vuodessa.	Ympäristökertomus 2015 julkaistiin. Ympäristöasioista kerrottiin myös HUS:n vuosikertomuksessa 2015 ja HUS.fi-verkkosivuilla.	●
Otetaan vuoden 2016 loppuun mennessä käyttöön uusi sovellus sekä menettelyt jätelajien ja jätemäärien seurantaan, raportointiin ja laskutukseen.	HUSKEY-järjestelmä otettiin käyttöön ja henkilökuntaa koulutettiin kaikissa HUS:n sairaaloissa.	●
Vuodesta 2016 lähtien muuttoihin liittyvää kalustehävikkä vähennetään hankkimalla uusissa rakennuksissa toimistokalusteet pysyväksi osaksi kiinteistöä.	Periaate on kirjattu ympäristöohjelmaan. Toteutumista ei ole mahdollista arvioida, koska asiaa ei seurata HUS-tasolla.	●
HUS:n uusi kuntien energiatehokkuussopimus on tehty vuoden 2016 loppuun mennessä.	HUS allekirjoitti sopimuksen joulukuussa 2016.	●
Sisällytetään ympäristönäkökulma HUS:n vuonna 2016 laadittavaan hankintastrategiaan.	Ympäristönäkökulma on sisällytetty hankintastrategiaan.	●
Julkaistaan vuonna 2016 ohjeistus ympäristöasioiden huomioimisesta HUS:n rakennusinvestoinneissa.	Ohje julkaistiin 8.12.2016.	●

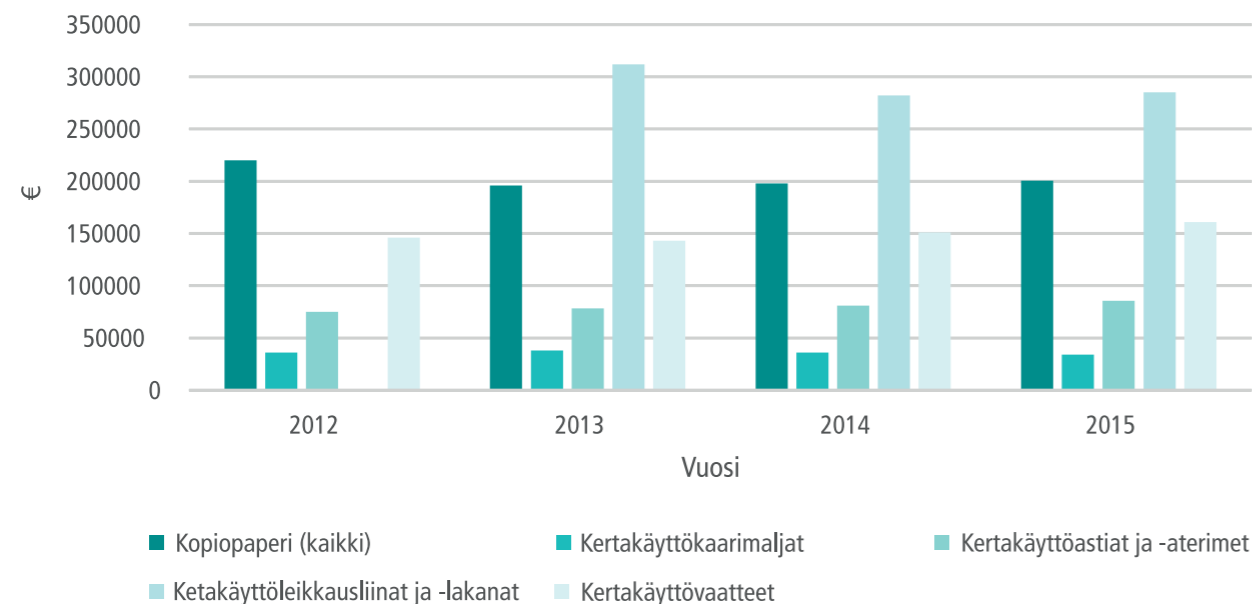
### Ympäristöohjelman toimeenpanosuunnitelma, vuoden 2016 välitavoitteet

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Materiaali hyötykäyttöön yhdyskuntajätteestä: 50 %</li> <li>● Sekajätteen määrä verrattuna vuoteen 2015: -3 %</li> <li>● Biojätteen määrä verrattuna vuoteen 2015: -2 %</li> <li>● Paperijätteen määrä verrattuna vuoteen 2015: -3 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Materiaalin hyötykäyttöprosentti oli 47</li> <li>● Sekajätteen määrä väheni 2 %</li> <li>● Biojätteen määrä lisääntyi 1 %</li> <li>● Paperijätteen (keräyspaperi) määrä väheni 5,1 %.</li> </ul>	●
<b>Kuntien energiatehokkuussopimus 2008–2016</b> Tavoite: 25,1 MWh/a laskennallinen energiansäästö vuoden 2016 loppuun mennessä.	Vuonna 2015 tavoitteesta oli saavutettu 20,8 GWh/a. Vuoden 2016 säästökertymä raportoidaan huhtikuussa 2017.	●

Taulukko 7. HUS:n ympäristötyön tavoitteet vuonna 2016 ja tarkastuslautakunnan arvio niiden toteutumisesta.



Kuvio 11. HUS:n sähkön ja lämmön kulutus 2011–2016 (kWh/m³). Lähde: HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat 2011–2016.  
\*Luvut eivät ole astepäiväoikaistuja.



Kuvio 12. Kopiopaperin ja kertakäyttötuotteiden kulutus 2012–2015 (€). Lähde: HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat ja ympäristökertomukset 2012–2015.

## 6.4. Kehittämistoiminta ja kehittämishankkeet

HUS:n kehittämistoimintaa koordinoi johtajaylilääkärin alaisuudessa toimiva kehittämissyksikkö, joka vastaa HUS:n yhteisistä kehittämishankkeista, toiminnan kehittämissuunnitelmien koordinoimisesta ja tuottaa analyysejä toimintaympäristön muutoksista.<sup>23</sup> Vuonna 2016 yksikön toteutuneet resurssit olivat 7,65 henkilötyövuotta ja 300 000€.<sup>41</sup> Talousarviossa 2016 HUS:n kehittämistoiminnalle varattiin 1 milj. € (toteutui noin 800 000€) sekä strategisille kehittämishank-

keille 697 000 € (toteutui 400 000 €).<sup>42, 3</sup> Kehittämissyksikön toimintaa ohjaa vuosittainen toimintasuunnitelma, mutta pitkän aikavälin suunnitelmaa kehittämistoiminnalle ei ole laadittu.

Tarkastuslautakunta arvioi, miten vuoden 2016 Talousarviossa kehittämistoiminnalle asetetut tavoitteet toteutuivat (taulukko 8). Lisäksi arvioitiin otoksena toiminnan kehittämishankkeiden loppuraportit vuodelta 2015.

Kehittämistoiminnan tavoitteet ja mittarit 2016	Tarkastuslautakunnan arvio tavoitteiden toteutumisesta
<b>Magneettisairaala</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erillisen hankesuunnitelman laatiminen</li> <li>Osallistava johtaminen: visuaalisten taulujen käyttöön otto</li> <li>Fullbright Specialist -johtamiskoulutus hoitotyön johtajille (Lähde: Hoitotyön toimintasuunnitelma)</li> </ul>	Magneettisairaalamallin <b>hankesuunnitelma hyväksyttiin</b> konsernihallinnon johtoryhmässä 13.12.2016. Potilaan <b>huoneen-taulu</b> suunniteltiin ja pilotoitiin. Fullbright Specialist - <b>johtamiskoulutukseen osallistui 55 hoitotyön johtajaa</b> . Magneettisairaala statuksen saavuttaminen edellyttää myös tietoja painehaavojen, kaatumisten ja vajaaravitsemuksen riskiarvioinnista, keskuslaskimo- ja virtsatiekatetri-infektioista sekä hoitohenkilökunnan sitoutumisesta organisaatioon. Tiedontuotamista on edistetty, mutta katetri-infektioita koskevia tietoja ei vielä ole luotettavasti saatavilla. Hoitohenkilökunnan organisaation sitoutumista on kartoitettu kyselyllä vuosina 2015 ja 2016. Vastaajista (n=3210) noin 17 % oli organisaatioon sitoutuneita ja tyytyväisiä noin 43 %. Epävarmojen (n. 29 %) ja sitoutumattomien (12 %) osuus oli suurempi kuin magneettisairaaloissa keskimäärin. <sup>43</sup>
<b>Lean-toiminta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lean-koulutus yhdessä Aalto-yliopiston kanssa</li> <li>Päivittäisjohtaminen aloitettu vähintään 50 %:ssa HUS:n yksiköistä.</li> </ul>	Lean-valmentajakoulutukseen osallistui 28 henkilöä. Päivittäisjohtaminen on otettu käyttöön esimerkiksi Jorvissa lasten yksiköissä sekä Naistenklinikalla, mutta <b>käytön laajuudesta ei ole tietoa</b> saatavilla.
<b>Laaturekisterit</b> 10-12 uuden laaturekisterin käyttöönotto	<b>18 rekisteriä otettiin käyttöön.</b> Vuoden 2016 lopussa rekisterejä oli käytössä yhteensä 49.
<b>Apotti</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Palvelutuotannon malliprosessin ja palvelukarttojen jatkokehitys ja implementointi</li> <li>Toteutusvaiheen suorittaminen</li> </ul>	Sopimus järjestelmätoimittajan kanssa allekirjoitettiin ja <b>valittiin Apotti-asiiantuntijat</b> . Henkilökuntaa tiedotettiin Apotin etene- misestä ja <b>satoja husilaisia osallistui Apotin linjaustilaisuuksiin</b> . Toteutusvaihe siirtyi vuoteen 2017.
<b>E-terveyspalvelut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neljä uuden alueen palvelua</li> <li>2-3 tekoälyä hyödyntävää pilottiprojektia</li> <li>E-vertaistukipalvelu osaksi virtuaalisairaala</li> </ul>	Terveystyö.fi-palvelussa julkaistiin painonhallinta-, nais-, kivunhallinta-, harvinaissairauksien- ja kuntoutustalo. Toteutettiin tekoälyä hyödyntävät pilotit ennen aikaisesti syntyneillä ja harvinaissairauksia sairastavilla. E-vertaistukipalvelua kehitettiin vuonna 2016.
<b>OLKA-toiminta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toiminnan aloittaminen Jorvin sairaalassa.</li> <li>7000 kontaktaa</li> </ul>	Toiminta aloitettiin Jorvissa. Vuonna 2016 <b>kontakteja oli noin 18 700</b> ja vapaaehtoiset tekivät noin 2700 työtuntia.
<b>Innovaatiot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innovaatiopaja-toiminnan jatkaminen</li> <li>Kahden idean jatkokehitys</li> </ul>	Järjestettiin kaksi innovaatiopajaa. Yksi idea johti patenttivalmisteluun ja 10 ideaa jatkokehitykseen.

Taulukko 8. Kehittämistoiminnalle asetetut tavoitteet vuonna 2016 ja tarkastuslautakunnan arvio niiden toteutumisesta.

### Toiminnan kehittämiseen liittyvät hankkeet 2014–2016

HUS tukee käytännön toiminnan kehittämistä tulospalkkiohankkeilla ja toiminnan kehittämissuunnitelmissa. Molempiin on varattu oma määräraha, joka jaetaan vuosittain hakemusten perusteella. Lisäksi kehittämistyötä tehdään strategisissa kehittämissuunnitelmissa (mm. Magneettisairaala- ja Lean-hankkeet).

**Tulospalkkiohankkeiden** tavoitteena on kustannustehokkuuden lisääminen. Tulospalkkio maksetaan hankkeeseen osallistuneille työntekijöille edellyttäen, että hankkeen tavoitteet toteutuvat ja talousarviossa asetetut sitovat nettokulut alittuvat. **Toiminnan kehittämissuunnitelmien** rahoitus on puolestaan tarkoitettu kustannustehokkuuden lisäksi esimerkiksi työn laadun, työhyvinvoinnin tai potilaan kokeman hoidon tason parantamiseen. Määräraha on tarkoitettu hankkeesta aiheutuvien lisäkustannusten kattamiseen eikä sitä makseta suoraan työntekijälle.<sup>44</sup> HUS:n strategiaa tavoitteita tukevat toiminnan kehittämissuunnitelmissa priorisoidaan. Toiminnan kehittämissuunnitelman etenemistä ja tuloksia seurataan väli- ja loppuraportoinnilla sekä jälkiseurannalla. Tulospalkkiohankkeita ja toiminnan kehittämissuunnitelmia ohjataan vuosittaisilla määräaikaishjeilla. Alla olevassa taulukossa 9 on kuvattu eri hankkeiden lukumäärät ja niihin varattu määräraha vuosina 2014–2016.

Tulospalkkiohankkeiden loppuraportteja ei ole kattavasti julkaistu HUS:n sisäisillä verkkosivuilla. Lean-valmentajakoulutuksen projekteista on julkaistu 27 loppuraporttia vuodelta 2015 ja kuusi loppuraporttia vuodelta 2016. **Toiminnankehittämissuunnitelmien** loppuraportit vuosilta 2014–2016 julkaistiin tammikuussa 2017. Vuoden 2015 toiminnankehittämissuunnitelmien loppuraporttien perusteella voidaan todeta, että ne vastasivat pääosin projekteille asetettuja vaatimuksia, mutta olivat sisällöltään monen tasoisia. Mukana oli myös useita perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämistä koskevia

hankkeita. Vuosina 2014–2016 toiminnan kehittämissuunnitelmia on toteutettu eniten Hyks-sairaanhoitoalueella. Liikelaitoksissa ja sairaanhoitoalueilla hankkeet ovat saaneet rahoitusta harvemmin.

**HAVAINTO 11** HUS:lla ei ole kehittämistoimintaa ohjaavaa pitkän aikavälin suunnitelmaa, jossa olisi kuvattu kehittämistoiminnan periaatteet sekä hankkeiden tavoitteet. Tulospalkkiohankkeiden ja toiminnankehittämissuunnitelmien tavoitteet ovat osin päällekkäisiä, eikä hankkeiden valintaperusteita ole dokumentoitu valintapäätöksissä. Toiminnankehittämissuunnitelmien tavoitteiden asettaminen on joidenkin projektien kohdalla ollut täsmennyksellistä. Esimerkiksi lukumääräistä mittaria ei ole aina käytetty, vaikka se olisi ollut mahdollista. Kaikkien hankkeiden loppuraportteja ei ole kattavasti koottu HUS:n sisäisille verkkosivuilla. Myös tilintarkastaja kiinnitti huomiota kehittämissuunnitelmien seurantaan vuonna 2016.

**SUOSITUS 11** Kehittämistoiminnan tueksi tulee laatia pitkän aikavälin suunnitelma ja ohjeistus, josta käy ilmi eri toiminnan kehittämiseen liittyvien hankkeiden tavoitteet ja valintaperusteet. Hankkeiden tulosten jalkauttamista organisaatiossa tulee tehostaa. Lisäksi on varmistettava, että kaikki eri hankkeiden ja projektien tulokset julkaistaan HUS:n sisäisillä verkkosivuilla ja että ne ovat helposti löydettävissä.

Hankkeet ja projektit		2014	2015	2016
Tulospalkkiohankkeet	Lkm	.	37	25
	Toteutui täysin tai osittain (lkm)	.	32	20
	Varattu määräraha, €	1 800 000	1 347 538	663 500
	Maksettu, €	1 170 171	710 000	439 320
Toiminnankehittämissuunnitelmat	Lkm	20	25	22
	Määräraha, €	434 000	443 900	431 100
Lean-valmentajakoulutuksen projektit*	Lkm	.	28	29

Taulukko 9. Toiminnan kehittämiseen liittyvät hankkeet 2014–2016. Lähde: Toimitusjohtajan yleispäätökset vuosilta 2014–2016; \*kehittämispäällikkö Isolahti 13.2.2017.

### 6.5. Kilpailukyky

Sote-uudistus ja potilaiden valinnanvapaus tulevat muuttamaan kilpailuasetelmaa merkittävästi. Kilpailutilanteessa menestyminen edellyttää laadukkaita palveluja, sairaalan houkuttelevuuden lisäämistä ja tehokasta markkinointia. Merkkejä kilpailusta on jo nähtävissä. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sydänsairaala ja tekonivelsairaala Coxa mainostavat ahkerasti.

Potilaiden valinnanvapaus on jo nyt vaikuttanut jonkin verran potilaiden hakeutumiseen muualle kuin omaan sairaanhoitopiiriin. Vuonna 2016 HUS-alueen potilaita hakeutui hoitoon HUS:n ulkopuolelle enemmän kuin potilaita hakeutui HUS:iin. Eniten muualle hakeutui kirurgian ja sisätautien erikoisalojen potilaita ja eniten vapaasti hoitopaikanvalinnan potilaiden hoidosta maksettiin Pirkanmaan (n. 3,1 milj. €) ja Varsinais-Suomen (n. 1,2

milj. €) sairaanhoitopiireille.<sup>45</sup> Taulukkoon 10 on koottu vapaasti hoitopaikan valinnan potilaiden nettolaskutus sairaanhoitoalueittain ja Hyksin tulosyksiköittäin. Nettolaskutus oli positiivinen kaikilla sairaanhoitoalueilla vuosina 2014 ja 2015, mutta kääntyi negatiiviseksi Hyksissä vuonna 2016.

HUS valmistautui kilpailuasemansa vahvistamiseen vuonna 2016 muun muassa käynnistämällä ulkopuolisen selvityksen HUS:n kilpailuasetelmasta ja tekemällä kyselyn sairaanhoitoalueille ja liikelaitoksille erikoisalojen kilpailuasetelmasta. Kyselyyn saatiin 29 vastausta. Kolmeneljäosaa vastanneista piti kilpailutilannetta huomattavana tai kohtalaisena ja neljäosaa merkityksettömänä. Suurimpina HUS:n vahvuksina nähtiin monipuolisuus, erikoistuminen ja osaaminen sekä palvelujen korkea laatu. Myös vakioidut

Nettolaskutus (1000 €)	2016	2015	2014
Hyks-sairaanhoitoalue	-1 371	142	1166
• Lasten ja nuorten sairaudet	55	356	231
• Psykiatria	119	-158	62
• Akuutti	-4	-5	0
• Pää- ja kaulakeskus	495	712	312
• Sisätaudit ja kuntoutus	-70	-138	5
• Sydän- ja keuhkokeskus	-63	585	126
• Naistentaudit ja synnytykset	-139	-134	72
• Syöpäkeskus	22	228	99
• Tukielin- ja plastiikkakirurgia	-2121	-1830	116
• Tulehduskeskus	-14	-31	46
• Vatsakeskus	350	562	94
Hyvinkään sairaanhoitoalue	614	522	248
Lohjan sairaanhoitoalue	131	45	18
Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue	35	16	11
Porvoon sairaanhoitoalue	93	37	26
HUS yhteensä	-498	763	1481

Taulukko 10. Vapaasti hoitopaikan valinnan potilaiden nettolaskutus 2014–2016. Lähde: HUS-ToTal Vapaasti hoitopaikan valinnan potilaiden nettolaskutus organisaation/ erikoisalan mukaan (BIT0032) 17.3.2017.

prosessit, käytettävissä oleva teknologia ja digitalisaatio, kustannustehokkuus, kliininen tutkimus ja maine nähtiin HUS:n kilpailukykyä parantavina tekijöinä. Suurimpina kilpailukyyn ongelmina tuotiin esiin palvelujen saatavuus, resurssit ja joiltakin osin myös hinnoittelu (vyörytykset). Myös joustamattomuus ja epätarkoituksenmukaiset prosessit sekä ammattiryhmien välinen työnjako mainittiin useammassa vastauksessa. Parantamisen varaa nähtiin myös asiakaslähtöisyydessä, tietojärjestelmissä ja markkinoinnissa.

HUS:n markkinointi- ja viestintävoimavarat kohdistettiin vuonna 2016 erityisesti imago-markkinointiin, valinnanvapauteen liittyvään kampanjaan, terveyskylän ja joidenkin Hyksin tulosyksiköiden palvelujen esiin tuomiseen.

### Palvelujen saatavuus, laatu ja hinta kilpailukyyn osatekijöinä

Kilpailukyky muodostuu palvelujen saatavuudesta, laadusta, hinnasta ja asemoitumisesta markkinoilla. Saatavuutta voidaan arvioida ja verrata muihin yliopistosairaaloihin THL:n tuottamien tietojen avulla (taulukko 11). Niiden mukaan HUS kuuluu sairaanhoitopiirin välisessä vertailussa niihin, joissa oli eniten yli puoli vuotta hoitoa odottaneita. Yli tuhat potilasta (2,4 %) odotti hoitoa yli puoli vuotta, joista valtaosa odotti hoitoon pääsyä silmätautien erikoisalalle (620 potilasta). Tilanne oli huonompi kuin vuoden 2015 vastaavana ajankohtana. Valvira edellyttää, että HUS

**HUS:n kilpailukyyn parantamiseksi on ryhdyttävä toimenpiteisiin esimerkiksi kehittämällä asiakaspalvelua ja potilaslähtöisyyttä sekä hyödyntämällä paremmin sähköisiä palveluja.**

saavuttaa kiireettömän erikoissairaanhoidon pääsyn lain edellyttämän tason 30.4.2017 mennessä.

Saapuneista lähetteisistä käsiteltiin HUS:ssa 0,9 % yli 21 vuorokauden määräajassa, kun vastaava osuus Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oli 0,2 %. Hoidontarpeen arviointia yli 90 vuorokautta odottaneita oli HUS:ssa joulukuun lopussa 9,4 %, mikä on selkeästi suurempi osuus kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä. Vuoden 2016 lopussa HUS:n sairaaloihin pääsyä odotti 46 057 henkilöä, ja keskimääräinen odotusaika oli 38 vuorokautta.

THL:n raportin mukaan tulkinta siitä, miten hoidon tarpeen arviointi määritellään, eroaa sairaanhoitopiirien välillä.<sup>46</sup> HUS:ssa hoidon tarpeen arviointi tehdään pääosin lähetteen perusteella, eikä hoidon tarpeen arviointiin liittyviä käyntejä juuri tarvita.<sup>3</sup>

Terveydenhuollon palvelujen laadun vertaaminen on vaikeaa, sillä mittarit ja mittaustavat ovat erilaisia. Maaliskuussa 2017 julkaistiin valtioneuvoston toimeenpanemana ehdotus sosiaali- ja terveyspalvelujen uudeksi kansalliseksi mittaristoksi, jonka mukaan laadun ulottuvuuksia ovat turvallisuus, saatavuus ja asiakaskokemus.<sup>47</sup> Kaikkia näitä laadun osatekijöitä on arvioitu tämän arviointikertomuksen aiemmissa luvuissa.

**Hintakilpailukyyn** vaikuttaa moni tekijä. Aihetta on käsitelty arviointikertomuksen luvussa 5.6. (strategiset avaintavoitteet 11 ja 13a). Tärkein tekijä hintakilpailukyvyssä on työvoimakustannukset, joihin sisältyvät työntekijöille tehdystä työstä maksetut palkat (sis. loma-ajan palkat) sekä ns. välilliset työvoimakustannukset, joita ovat sairausajalta maksetut palkat sekä työeläke- ja sosiaalivakuutusmaksut. Vertailutietoja muihin julkisiin tai yksityisiin terveydenhuollon toimijoihin ei ole olemassa eli ei voida arvioida, mistä hintaerot palvelussa johtuvat. Toinen tärkeä tekijä on tuottavuuden kehittyminen, josta on olemassa tietoa, kuten arviointikertomuksen luvussa 5.6. kuvataan. Myös laatu on merkittävä tekijä kilpailukyyn arvioinnissa, mutta siitäkään ei ole olemassa yhtenäistä valtakunnallista tietoa. Prosessien merkitystä esim. leikkaustoiminnoissa voidaan arvioida Intensium-tietokannan avulla ja tästä onkin esitetty esimerkki arviointikertomuksen luvussa 5.2. Sairaaloiden välisen vertailun sijasta olisi hyödyllistä tehdä vertailuja omassa organisaatiossa eri yksiköiden välillä mm. henkilökuntamäärän, päivys-

tyksien, tehtyjen toimenpiteiden ja käyntien ja tutkimusjulkaisujen määriin liittyen.

**HYKSin kliiniset palvelut Oy:n** potilaista yli 80 % tuli ulkomailta vuonna 2016. Yhtiön markkinointityö on tuottanut tulosta, sillä osakeyhtiön neljännen toimintavuoden liikevaihto oli 6,4 miljoonaa euroa ja tulos 228 000 euroa. Toiminnalla on merkitystä HUS:n kansainväliseen maineeseen ja kilpailukykyyn.

**HAVAINTO 12** Tarkastuslautakunta pitää tärkeänä, että kilpailija-analyysi on tehty ja HUS:n yksiköiden näkemykset kilpailutilanteesta on kartoitettu. HYKSin kliiniset palvelut Oy on osaltaan tukenut HUS:n kansainvälisen brändin rakentamista. Vapaasti hoitopaikanvalinneiden potilaiden nettolaskutus oli kuitenkin negatiivinen.

**SUOSITUS 12** Kilpailutilanteeseen liittyviin riskeihin kuten ammattilaisten organisaatiossa pysymiseen tulee varautua. Hoitojen vaikuttavuustietoja ja potilaskokemustietoja tulee hyödyntää markkinoinnissa. Nettolaskutuksen muuttumista negatiiviseksi on syytä analysoida erikoisalakohtaisesti.

2016	Lähteet yht.	Lähetteen käsittely > 21 vrk., %	Hoidon tarpeen arviointi > 90 vrk (%)	Hoitoa odottaneet lkm*, mediaani	Hoitoa > ½ v. odottaneet lkm*
HUS	310 939	0,9	9,4	46 057 (38)	1 092
PSHP	65 832	0,2	1,4	7 614 (33)	45
PSSH	65 870	0,9	1,0	3 000 (50)	35
PPSHP	89 745	0,3	6,2	7 257 (38)	46
VSSH	90 572	0,6	2,5	11 000 (32)	110

Taulukko 11. THL:n tiedot hoitopääsystä yliopistosairaanhoitopiireissä vuonna 2016. Lähde: THL Tilastoraportti 1/2017. Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2016.

## 7. Tarkastuslautakunnan suositusten jälkiseuranta

Vuoden 2015 arviointikertomus sisälsi 10 havaintoa ja suositusta, joiden vaikuttavuutta toimintaan tarkastuslautakunta on arvioinut liikennevalomallin mukaisesti alla olevassa taulukossa. Vihreä valo tarkoittaa, että kehitys on ollut suosituksen mukaista; keltainen, että myönteistä kehitystä on tapahtunut, mutta asia on kesken ja punainen, että suositus ei ole vaikuttanut toimintaan. Vuoden 2015 suosituksista yksikään ei ole selvästi vaikuttanut toimintaan, mutta myönteistä kehitystä on tapahtunut lähes kaikkien suositusten osalta. Hallituksen lausunto vuoden 2015 arviointikertomuksesta käsiteltiin valtuustossa kesäkuussa 2016.

Tarkastuslautakunnan antamista suosituksista valtuustokauden 2013–2016 aikana voidaan yhteenvetona todeta, että useiden asioiden kohdalla on tapahtunut myönteistä kehitystä. On kuitenkin myös asioita, joita

tarkastuslautakunta on nostanut valtuustokauden aikana esiin toistuvasti. Tällaisia ovat sisäisen tarkastuksen toimivuus, hoito- ja palveluketjujen kehittäminen yhdessä perusterveydenhuollon kanssa sekä kiireettömän hoitoon pääsyn määräaikaisten toteutuminen. Lisäksi tilintarkastaja on toistuvasti tuonut esiin lääkäreiden työajan seurannan puutteet, taloushallinnon järjestelmien käyttövaltuuksiin ja vaarallisiin työyhdystelmiin liittyvät kehittämiskohteet sekä sen, että henkilökunnan sivutoimi-ilmoituksista ei ole saatu kattavaa raporttia HUS:n järjestelmistä. Tarkastuslautakunta edellyttää, että nämä asiat ratkaistaan.

Ulkaisen ja sisäisen valvonnan työ on luonteeltaan myös ennaltaehkäisevää. Usein organisaation toimintaa voidaan korjata jo sillä, että tarkastuslautakunta, tilintarkastus tai sisäinen valvonta kiinnittää huomiota johonkin asiaan.



### Tarkastuslautakunnan vuonna 2015 antamat suositukset

Tarkastuslautakunta ehdottaa HUS:n hallintosääntöä muutettavaksi siten, että **sisäisen tarkastuksen työohjelmasta tehdään viranhaltijapäätös**. Tilinpäätösasiakirjojen laatimista tulee ohjeistaa siten, että niissä **raportoidaan myös tarkastuslautakunnan suositusten johdosta tehdyistä toimenpiteistä**. Tarkastuslautakunta pitää edelleen kiinni vaatimuksesta, että **HUS:n pitää selvittää HYKSin kliiniset palvelut Oy:n laskutuksen laillisuus**.

Sairaanhoitoalueen johdon ja kuntien edustajien välisissä vuosittaisissa **kuntaneuvotteluissa tulee talousarvioaraamin lisäksi nykyistä enemmän sopia myös HUS:n ja jäsenkuntien välisistä työnojaillisista ja toiminnallisista muutoksista** (kuntien tarpeet ja omat voimavarat huomioiden), ja huomioida niiden vaikutukset kuntien maksuosuuksiin.

Kuntien **maksuosuuksien määrittelyn osuvuutta tulee parantaa** siten, että seuraavan TA-vuoden maksuosuuksia tarkistetaan esim. TA-vuotta edeltävän vuoden tammi-elokuun käyttö- ja laskutustietojen perusteella.

**Talouden seurantaprosesseja tulee edelleen kehittää ajantasaisen tiedon tuottamiseksi**. Jotta valtuuston päätökset perustuisivat mahdollisimman ajantasaiseen seurantatietoon, pitää nopeuttaa sitä monivaiheista hallintoprosessia, jolla katsaus talousarvion toteutumiseen valmistellaan joulukuun valtuustolle.

HUS:n tulee selvittää **miten kunnille tuotettava tieto palvelujen käytöstä ja laskutuksesta saadaan paremmin hyödynnettäväksi** esim. lisäämällä koulutusta.

**Hallituksen tulee vahvistaa talousarviovuoden strategiset ja avaintavoitteet jo edellisen vuoden toukokuussa**, jotta ne voidaan nykyistä paremmin ottaa huomioon kuntaneuvotteluissa ja talousarvion valmistelussa.

**Syitä Hyksin vuoden 2014 heikkoon tuottavuuteen ja hintakilpailukykyyn 2015 tulee selvittää**. Hallituksen tulee esittää selvityksen tulokset ja ehdotetut toimenpiteet tuottavuuden ja hintakilpailukykyyn parantamiseksi HUS:n valtuustolle joulukuussa 2016.

Koska sosiaali- ja terveystalouden tuleva rahoitusmalli tulee perustumaan palvelujen tarvetekijöihin, **on HUS:n hallituksen tarkastettava jäsenkuntien ja koko sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoito- ja perusterveydenhuollon palvelukäyttöä ja kustannuksia myös tarveindikaattoreiden perusteella**.

### Arvio suosituksen vaikutuksesta

Sisäisen tarkastuksen työohjelmasta on tehty viranhaltijapäätös 2.3.2017. Tilinpäätösasiakirjojen laatimista koskevissa ohjeissa tarkastuslautakunnan antamien suositusten johdosta tehtyjen toimenpiteiden raportointi ei tule esiin, mutta konsernitason, erillinen yhteenveto on annettu tarkastuslautakunnalle. Hallitus pyysi ulkomaalaisten potilaiden laskutuksen laillisuudesta ulkopuolisen asiantuntijalausannon ja hallintoylilääkäri antoi tarkastuslautakunnalle kirjallisen selvityksen tehdyistä toimenpiteistä. Laskutus käytäntöä ei muuuttettu vuonna 2016.

HUS:lla on talousarvion laadinnassa omat vakiintuneet ja toimiviksi tunnistetut kuntayhteistyön käytänteensä. (Karila ym. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja. 2/2015). Kuntaneuvottelujen merkitys muuttuu sote-uudistuksen myötä.

Maksuosuuksiin vaikuttaa osin satunnaisvaihtelu. Suositus menettää merkityksensä sote-uudistuksen myötä, jos rahoitus tulee maakunnille valtiolta tarvekioituna kapitaa-tikorvauksena. Vuoden 2017 talousarvion suunnittelussa huomioitiin vuosien 2014–2015 ja tammi-huhtikuun 2016 toteutunut käyttö.

Talousarvioprosessi 2017 toteutui aikataulullisesti samoin kuin edellisinä vuosina.

Jäsenkuntien koulutuksesta on laadittu suunnitelma elokuussa 2016 ja ne tullaan aloittamaan syksyllä 2017. (Lähde: Mäkitalo 24.3.2017).

Talousarviovuoden strategisten ja avaintavoitteiden vahvistamista koskevaa suositusta on liian aikaista arvioida maaliskuussa 2017. Hallitus hyväksyi vuoden 2017 tavoiteasetannan kesäkuussa 2016.

Valtuusto sai selvityksen ja ehdotukset toimenpiteiksi helmikuussa 2017.

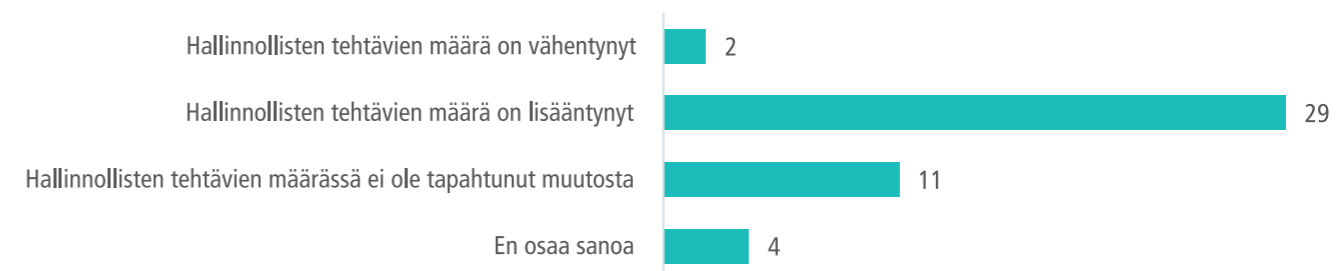
Hallituksen lausunnon mukaan tarveindikaattoreita hyödynnetään jo nyt. THL:n tietoihin perustuen HUS-alueen kokonaissairastavuusindeksi 82,1 on alhaisempi kuin Suomessa keskimäärin (100,0). Sairausryhmittäisessä vertailussa syöpäsairaudet saavat suuremman indeksin verrattuna muuhun maahan. Kelan kansantauti-indeksin mukaan sairastavuus jää HUS-alueella 8,5–25 % alle koko maan sairastavuuden. HUS-alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista tullaan jakamaan tietoa HUS-alueen hyvinvointikertomuksessa vuodelta 2016. Kertomusta ei ole julkaistu huhtikuun alkuun mennessä.

<p>Terveydenhuoltolaissa ja HUS:n strategiassa esitetyt järjestämissuunnitelmat ovat käyttökelpoinen menettelytapa sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistyön ja integraation edistämiseksi myös tulevan soten näkökulmasta. <b>Siksi HUS:n ja jäsenkuntien tulee päivittää järjestämissuunnitelmia ja seurata niiden toteutumista.</b> Kuntaneuvotteluissa tulee ottaa huomioon sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako ja toiminta.</p>	<p>Järjestämissuunnitelmia ei päivitetty vuonna 2016. HUS:n alueella ei ole rakenteita tai toimijoita, joilla olisi toimivaltaa ja resursseja tehtävän suorittamiseen. Hyvinkään sairaanhoitoalue ja Keski-Uudenmaan kunnat ovat työskentelevät alueellista sote-mallia. Sote-uudistuksen myötä tilanne muuttuu oleellisesti.</p>	●
<p><b>Hoitoketjujen kehittämistä, toimeenpanoa ja arviointia tulee tehostaa strategian mukaisesti.</b> On varmistettava, että hoitoketjut ovat helposti sekä ammattilaisten että potilaiden saatavilla.</p>	<p>Tilanne ei ole muuttunut oleellisesti. Apotti toiminnanohjausjärjestelmänä tuo uuden tavan toimia ja määrittää sosiaali- ja terveydenhuollon ydintoiminnan kokonaisuus.</p>	●
<p>HUS:n tulee valmistella strategian mukaisesti <b>terveyden edistämisen toimintasuunnitelma</b> yhdessä jäsenkuntien kanssa. Terveystta edistävien toimintamallien soveltamisen tulee olla systemaattista läpi koko palvelutuotannon, jotta terveyden edistämällä saavutettavat potentiaaliset hyödyt toteutuvat.</p>	<p>Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma ei valmistunut vuonna 2016 eikä sellaista ole valmisteilla. Helmikuussa 2017 julkaistiin HUS:n alueellinen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen laatusuositus ja lisäksi on valmisteltu alueellista hyvinvointikertomusta, joka on tilannekuva HUS alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista.</p>	●
<p><b>Ensihoitoyksiköiden määrän tulee perustua palvelutarpeeseen.</b> Järjestämisalueen kuntien tulee varmistaa riittävät taloudelliset resurssit ensihoitoon. HUS:n tulee yhdessä jäsenkuntien sosiaali- ja terveystalveluista vastaavien tahojen kanssa selvittää, <b>miten yksin tai palveluasunnoissa asuvien vanhusten kiireellisiin kutsuihin voisi jatkossa vastata</b> muutoin kuin ensihoidon palveluilla.</p>	<p>Vuonna 2016 julkaistiin ensihoidon arviointiraportti, jonka ehdotusten mukaan on aloitettu useita kehittämistoimia. Ensihoidon uusi johtamismalli otettiin käyttöön 1.3.2017. Helsinkiin lisättiin 12 h/vrk valmiudessa oleva yksikkö 1.1.2017. Epätarkoituksenmukaisiin hätäilmoituksiin ja niistä seuraaviin ensihoitotehtäviin ei ole saatu alueellista ratkaisua, mutta asia on osaltaan huomioitu päivystyksellisen puhelinneuvonnan hankesuunnitelmassa.</p>	●
<p><b>Tietoa hoidon vaikuttavuudesta, hoitoon pääsystä ja hoitopaikan valinnasta tulee lisätä. HUS ydinviesti on lisättävä kaikkeen viestintään,</b> myös sähköpostin allekirjoitukseen. <b>Potilasohjeille on tehtävä yhtenäinen lomakepohja. Opastuksessa on noudatettava HUS:n opasteopasta.</b> HUS:n tutkimustyö tulee saada selkeästi näkyviin verkkosivuille. <b>Markkinointia on kohdistettava</b> niihin toimintoihin, joissa on vapaata kapasiteettia. <b>Potilaan valinnanvapauden toteutumista on seurattava</b> markkinoinnin oikein kohdentamiseksi. Markkinointi suunnitelmalle on asetettava selkeä aikataulu ja kustannuksia tulee verrata saavutettuihin tuloksiin.</p>	<p>Hoitoon odottavien lukumäärä ja keskimääräinen odotusaika vuonna 2016 on julkaistu HUS verkkosivuille vuoden 2016 keskiarvona tai 31.12.2016 poikkileikkaustilanteessa. Reaaliaikaista jonotilannetta ei ole kootusti saatavilla HUS.fi tai valitsehus.fi -sivuilla. Laatumietoja sekä tietoa potilasturvallisuudesta on saatavilla aiempaa paremmin, mutta vaikuttavuustiedon suhteen tilanne on ennallaan. HUS:n ydinviestiä ei ole lisätty sähköpostin allekirjoitukseen (malli yhtenäisestä allekirjoituksesta annettiin), potilasohjeille on tehty yhtenäinen lomakepohja ja Meilahden Tornisairaalan opasteita on parannettu. Markkinointisuunnitelma laadittiin ja kesäkuussa 2016 käynnistyi kampanja, jonka keskiössä oli mainosvideo. Perustettiin valitsehus.fi-verkkosivusto.</p>	●
<p><b>ICT-hankkeiden sisäistä valvontaa ja riskienhallintaa esim. sisäisen tarkastuksen asiantuntijuutta tulee hyödyntää.</b> Vastuunjako HUS-Tietohallinnon ja muiden hankkeita toteuttavien yksiköiden kesken on selkiytettävä.</p>	<p>Suositus on edelleen perusteltu. Kesällä 2016 toteutetun puhelinoperaattorin vaihdosta seuranneet tapahtumat olisi voitu Valviran arvioinnin mukaan välttää ottamalla riskit paremmin huomioon hankintaa suunniteltaessa. ICT-hankkeiden projektisuunnitelmien osana hyväksytään hankkeiden ohjausmalli. Sähköisten palveluiden hallintomallista, vastuunjaosta ja työskentelytavoista päätettiin huhtikuussa 2016. Sisäinen tarkastuksen osallistumista hankkeiden riskiarviointiin on mahdollista edelleen parantaa.</p>	●

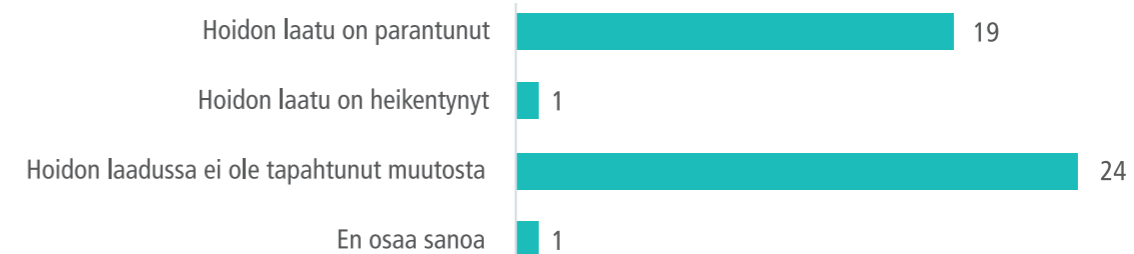
## Liite 1. Hyks-sairaanhoitoalueen organisaatiouudistusta koskevan kyselyn tulokset

Miten arvioisit organisaatiouudistuksen tavoitteiden toteutumista osaamiskeskuksesi näkökulmasta?

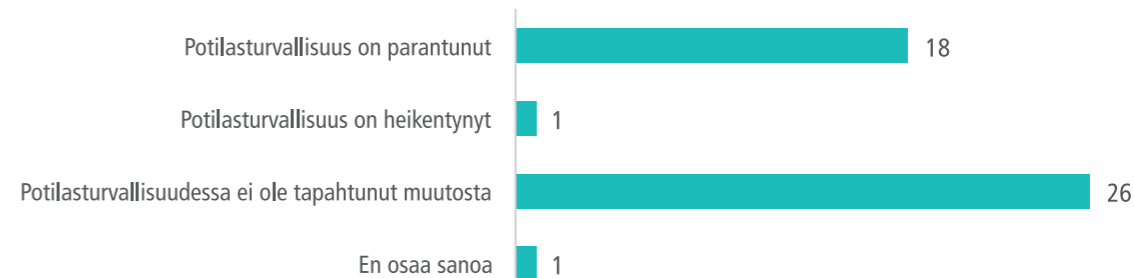
### 1. Hallinnollisten tehtävien määrä Hyks:ssä (vastaajien määrä: 46)



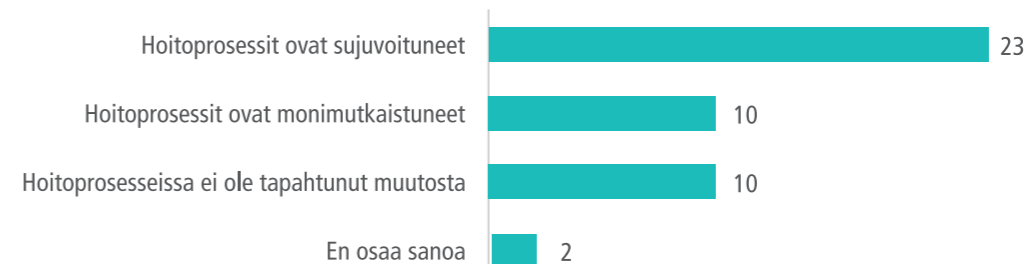
### 2. Hoidon laatu (vastaajien määrä: 45)



### 3. Potilasturvallisuus (vastaajien määrä: 46)

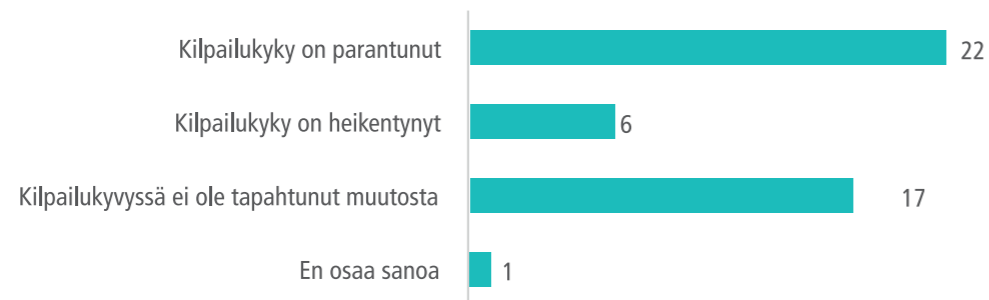


### 4. Potilaiden hoitoprosessit (vastaajien määrä: 45)

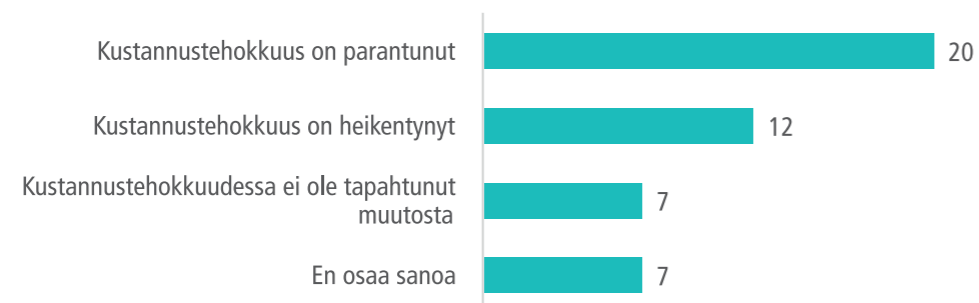




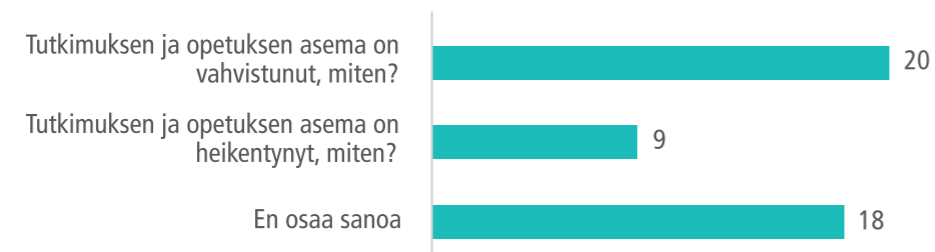
## 5. Tulosityksikkösi kilpailukyky (vastaajien määrä: 46)



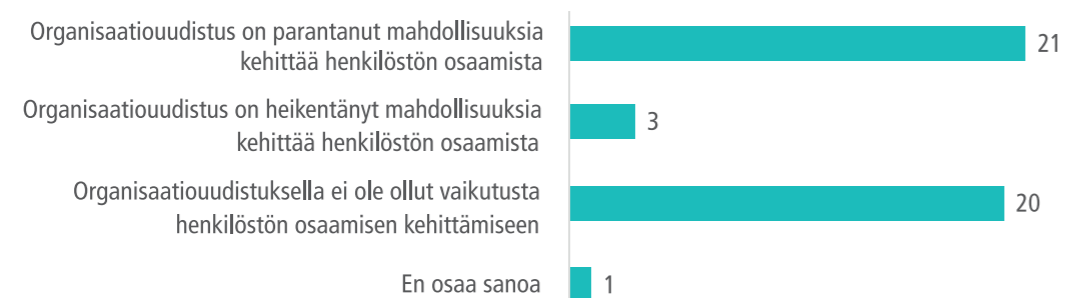
## 6. Toiminnan kustannustehokkuus (vastaajien määrä: 46)



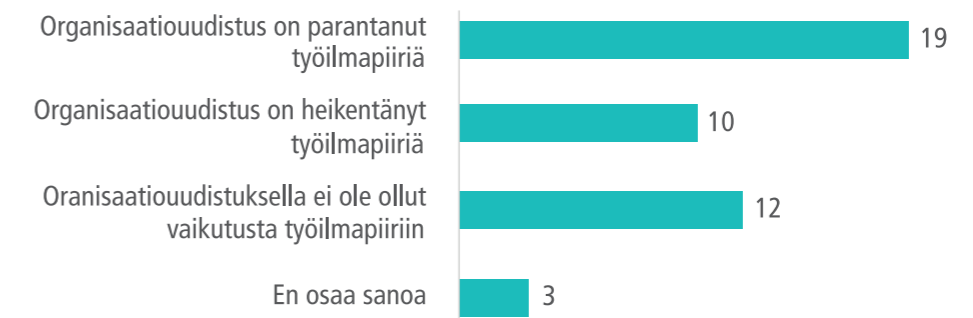
## 7. Tutkimuksen ja opetuksen asema tulosityksikössäsi (vastaajien määrä: 46)



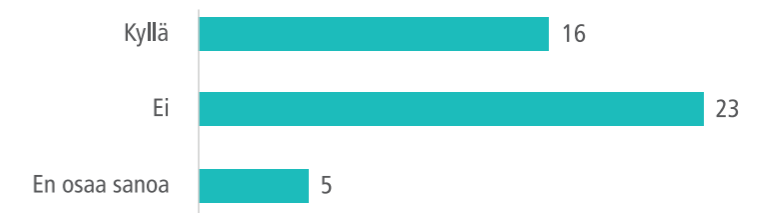
## 8. Miten organisaatiouudistus on vaikuttanut henkilöstön osaamisen kehittämiseen? (vastaajien määrä: 45)



## 9. Miten organisaatiouudistus on vaikuttanut työilmapiiriin tulosityksikössäsi? (vastaajien määrä: 44)



## 10. Toteutuiko uudistuksen tavoite selkeämmästä ja kokonaisuohjattavammasta organisaatiosta? (vastaajien määrä: 44)



Organisaatiouudistuksen myönteisiä vaikutuksia	Organisaatiouudistuksen kielteisiä vaikutuksia
<p><b>Hoitoprosessien parempi hallittavuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>koko hoitopolku samassa tulosyksikössä</li> <li>potilasryhmäkohtaisten hoitopolkujen ja hoitolinjauksen kehittäminen</li> <li>potilaslähtöisyys parantunut, kun eri alojen osaajat on koottu potilaan ympärille</li> <li>potilaat saavat saman tasoista hoitoa asuinkunnasta riippumatta</li> </ul> <p><b>Toimivampi yhteistyö tulosyksikön sisällä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>monialainen arvostus, sisäinen vuorovaikutus ja ymmärrys toiminnan kokonaisuudesta lisääntynyt</li> <li>tiiviimpi yhteistyö</li> </ul> <p><b>Resurssien tehokkaampi käyttö</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kustannustietoisuus parantunut</li> <li>henkilöstön liikkuminen vastuuyksiköiden välillä joustavampaa</li> <li>työmäärän tasaisempi jakautuminen</li> <li>yhteisosasto</li> </ul> <p><b>Lähijohdon vastuuttaminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>linjajohdon tulosvastuu</li> <li>vastuiden selkiytyminen</li> </ul> <p><b>Toiminnan ohjattavuus on parantunut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>laadun seuranta on kehittynyt</li> <li>talous- ja viestintäosaaminen ovat vahvistuneet</li> <li>pienempi organisaatio on helpompi hallita ja mahdollistaa kehittämisen</li> <li>osaamisen keskittäminen, esim. taloushallinnon kokoaminen Hyksin johtoon</li> <li>yhteiset pelisäännöt</li> <li>matala organisaatio mahdollistaa asioiden nopeamman etenemisen</li> </ul> <p><b>Tutkimuksen ja opetuksen vahvistunut asema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>säännöllinen seuranta johtoryhmässä</li> <li>yhteistyö tiivistynyt yliopiston kanssa</li> <li>profiloituminen</li> <li>paremmat henkilöstöresurssit</li> <li>tutkimuksen ja kliinisen työn tiiviimpi yhteistyö</li> <li>selkeät opetus- ja tutkimushenkilöstön tehtävänkuvat</li> </ul>	<p><b>Hallinnollinen työ vie enemmän resursseja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>hallinnollista työtä tekevien määrä on lisääntynyt</li> <li>päällekkäistä ja moninkertaista työtä</li> <li>kokousten ja tehtävien suuri määrä</li> <li>neuvottelukumppaneiden suuri määrä, esim. leikkaussalikapasiteetin käyttö</li> <li>vuosisopimusneuvottelut ja sisäinen laskutus monimutkaisia</li> <li>esimiehillä paljon alaisia</li> </ul> <p><b>Tulosyksiköiden siiloutuminen ja osaoptimointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>koordinaation puute, esim. kokonaissuunnittelun ja vastuun hajautuminen haittaa yhteisten toimintatapojen ja prosessien aikaansaamista</li> <li>joustamaton ja hierarkkinen toiminta tulosyksiköiden välillä</li> <li>uudet raja-aidat tulosyksiköiden ja linjojen välillä: 12 tulosyksikköä entisen neljän sijasta</li> <li>ristiriitoja tulosyksiköiden välillä</li> <li>tiedonkulun ongelmat: tulosyksiköt eivät tiedä mitä muut tekevät, keskustelu ei ole avointa</li> <li>konsernijohto on aiempaa kauempana käytännön tasosta</li> <li>ylimmän johdon vastuut ovat epäselvät</li> </ul> <p><b>Henkilöstöresurssien tehokas käyttö on vaikeutunut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>asiantuntijaorganisaatioon sopimattomat henkilöstöhallinnolliset toimintatavat ja esim. palkkatkaisut</li> <li>hoitoketjujen pilkkoutuminen eri toimialoille ei tue työvoiman joustavaa käyttöä</li> <li>lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden eriytyminen haittaa muutosten toteuttamista, esim. poliklinikoilla lääkärit ja hoitajat toimivat eri organisaatioissa, mikä tekee toiminnan ohjaamisesta ja kehittämisestä mahdotonta.</li> </ul> <p><b>Johtaminen ja organisaatiomalli eivät tue hoitoprosesseja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>valta ja vastuu ovat irrallaan, esim. hoitoprosessit eivät ole linjassa esimiesten kanssa</li> <li>prosessit liian pilkottuja</li> <li>turhaa byrokratiaa</li> <li>tulosyksiköiden jako on jäykkä</li> <li>johtamisosaaminen on puutteellista</li> <li>tulosyksiköt ovat liian pieniä</li> <li>muutos on ollut näennäinen ja toiminta perustuu entisten klinikoiden toimintamalleihin</li> </ul> <p><b>Tutkimuksen ja opetuksen heikentyminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>resurssit vähenevät ja kohdentuvat epätarkoituksenmukaisesti, esim. huippututkimukseen eikä yo-sairaalan osaamiseen ja toimintaan</li> <li>tutkimuslupien hakeminen hankalampaa</li> <li>kokonaisvastuu puuttuu</li> </ul>

## Lähteet

- Kuntaliiton yleiskirje 17/80/2006. Suositus arvioinnista kuntien valtuustoille.
- THL Tilastoraportti 1/2017. Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2016. www.thl.fi. 14.2.2017.
- HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirja 2016.
- Johtajayliääkärin ohje 3/2015 Terveydenhuollon menetelmien sekä kliinisen lääkehoidon arviointi HUS:ssa ja erityisvastuualueella.
- Henkilökohtainen tiedonanto: vs. arviointiyliääkärin Mattila 24.2.2017.
- THL. 2017. Perfect-hankkeen peruseräraportit. www.thl.fi. 10.3.2017.
- www.terveyskyla.fi/painonhallintatalo. 2.2.2017.
- Potilasturvallisuusopas. THL. 2011.
- Hallitus 13.6.2016 § 88.
- Henkilökohtainen tiedonanto: potilasturvallisuuspäällikkö Palojoki 1.2.2017.
- Henkilökohtainen tiedonanto: potilasturvallisuuspäällikkö Palojoki 13.1.2017.
- HUS -konsernin sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan periaatteet.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) Potilasturvallisuussuunnitelma 2016–2017, Liite 2.
- 30.1.2017 Asko-järjestelmässä 8 sopimusta ja Dynasty-järjestelmässä 53.
- Valviran päätös 2.12.2016. Dnro 869/06.02.01.08/2016.
- HUS Ecomed -raportit PSI 18-19, 15.3.2017.
- OECD. 2015. Health at a Glance 2015; OECD indicators.
- Henkilökohtainen tiedonanto: ylilääkäri Moilanen 13.2.2017.
- Asiakastytyytyväisyys ja -palautteet. Ohje henkilökunnalle 9/2012.
- Toimitusjohtajan päätös 29.2.2016 § 28.
- Reponen E, Roine RP. Tytyväinen potilas=laadukas terveydenhuolto? SLL 42/2016, 2630–31.
- Reponen E, Tuominen H, Hernesniemi J, Korja M. Patient satisfaction and short-term outcome in elective cranial neurosurgery. Neurosurgery 2015;77:769–76.
- HUS Strategia 2012–2016.
- HUS Pysyväisohje 7/2012 Sisäisten sijaisten mitoituksen tarkistaminen ja käyttöperiaatteiden tarkentaminen.
- Henkilökohtainen tiedonanto: henkilöstöjohtaja Sonkeri 20.1.2017.
- Henkilökohtainen tiedonanto: työterveyslääkäri Nurmi P 10.4.2017.
- Häkkinen U, Vähänen M. Maakuntien erikoissairaanhoidon kustannukset, tuottavuus ja käyttö. Optimi, Terveys ja sosiaalitalouden uutiskirje 1/2017. www.thl.fi. 23.2.2017.
- HUS Hallitus 17.6.2013 § 111; HUS Hallitus 2.9.2013 § 133; toimitusjohtajan päätös 16.10.2013 § 127.
- HUS-ToTal Hoitoon pääsy (BIO0018). 23.2.2017.
- HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat 2012–2016, Hyks-sairaanhoidoalue.
- HUS Työolobarometrit 2012 ja 2016.
- Kioton pöytäkirja 1997; EU:n ilmasto- ja energiapaketti 2008; Pariisin ilmastopöytäkirja 2015.
- HUS Hallitus 9.5.2016 § 69.
- HUS Hallitus 12.12.2016 § 170.
- HUS Ympäristöohjelma 2016–2020.
- Henkilökohtainen tiedonanto: erikoissuunnittelija Vuori 14.12.2016.
- Kauppa- ja teollisuusministeriön ja HUS-kuntayhtymän energiatehokkuussopimus 2008–2016.
- HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus -asiakirjat 2012–2016.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Arviointikertomus 2015.
- Karolinska Universitetssjukhuset. Miljöredovisning 2015.
- Henkilökohtainen tiedonanto: kehittämisjohtaja Honkanen 13.1.2017.
- HUS Talousarvio 2016. Sairaanhoidoalueiden ja muiden tulosalueiden käyttösuunnitelmat.
- Henkilökohtainen tiedonanto: kehittämisspäällikkö Juntila 9.3.2017.
- HUS määräaikaishoito 2/2015. Toiminnan kehittämisprojekteja koskevat ehdotukset kuntayhtymässä vuodeksi 2016.
- HUS-ToTal. Vapaasti hoitopaikan valinneiden potilaiden nettolaskutus organisaation/ erikoissairaanhoidon (BIT0032), 17.3.2017; Vapaasti hoitopaikan valinneiden HUS:n jäsenkuntien potilaiden laskutus muissa sairaanhoitopiireissä (BIG0014), 4.4.2017.
- THL Tilastoraportti 1/2017. Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2016. www.thl.fi. 14.2.2017.
- Torkki P. ym. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.



**HUS Ulkoinen tarkastus**

Postiosoite: PL 440, 00029 HUS

Puhelinvaihte: 09 4711

Sähköpostiosoite: [tarla@hus.fi](mailto:tarla@hus.fi)

[www.hus.fi](http://www.hus.fi)