



# Utvärderingsberättelse för år **2011**

*Till fullmäktige för samkommunen  
för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt*



# Innehåll

## REVISIONSNÄMNDENS FRAMSTÄLLNING TILL FULLMÄKTIGE

<b>1 ORDFÖRANDES ÖVERSIKT</b>	<b>5</b>
<b>2 HNS EXTERNA KONTROLL ÅR 2011</b>	<b>6</b>
<b>3 STRATEGISKT MÅL 1: PATIENTORIENTERAD OCH EFFEKTIV SPECIALSJUKVÅRD SOM GES I RÄTT TID</b>	<b>7</b>
3.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen	7
3.2 Användningen av tjänster enligt sjukvårdsområde	8
3.3 Patientsäkerhet	9
3.3.1 HaiPro – rapportering av händelser som äventyrar patientsäkerheten	9
3.3.2 Checklistor som garant för patientsäkerheten	9
3.3.3 Patientskador	10
3.4 Produktivitet	10
3.4.1 Utvecklingen av produktiviteten vid HUCS och andra sjukhus 2006–2010	10
3.4.2 Produktivitetsutvecklingen vid HNS år 2011	12
3.4.3 Vad beror den positiva produktivitetsutvecklingen på?	13
3.4.4 Operationsenheternas nyttjandegrad	13
3.5 Tjänsternas effekt och kostnadseffektivitet	14
3.5.1 Mätningar av livskvalitet vid bedömning av specialsjukvårdens kostnadseffektivitet	14
3.5.2 Behandlingen av blodcirkulations- störningar i hjärnan ett exempel på en ny och effektiv innovation	15
<b>4 STRATEGISKT MÅL 2: HÖGKLASSIG FORSKNING OCH UNDERVISNING VID HNS</b>	<b>16</b>
4.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen	16
<b>5 STRATEGISKT MÅL 3: LEDNING SOM STÖDJER OCH UPPSKATTAR DEN MULTIPROFESSIONELLA EXPERTORGANISATIONEN</b>	<b>18</b>
5.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen	18

<b>6 STRATEGISKT MÅL 4: BRANSCHENS MEST ATTRAKTIVA ARBETSPLATS MED MÅNGA MÖJLIGHETER</b>	<b>19</b>
6.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen	19
6.2 HNS attraktivitet som arbetsgivare	19
6.3 Utvecklingen av antalet anställda	20
<b>7 STRATEGISKT MÅL 5: STÄNDIG FÖRBÄTTRING AV RUTINER OCH STRUKTURER</b>	<b>21</b>
7.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen	21
7.2 Ledproteskirurgin inom HNS område	22
7.3 Samjourerna på HNS område	23
7.4 Psykiatrins omstrukturering	23
7.5 Ökning av miljömedvetenheten	24
<b>8 STRATEGISKT MÅL 6: FÖRTROENDEBASERAT SAMARBETE MED KOMMUNERNA OCH FÖRUTSÄGBAR, BALANSERAD EKONOMI</b>	<b>25</b>
8.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen	25
8.2 Kostnadshantering	27
8.3 Medlemskommunernas kommunfakturering	27
8.4 Medlemskommunerna och HNS har delat ansvar för hanteringen av efterfrågan på och kostnaderna för tjänsterna	28
<b>9 UTFALLET AV AFFÄRSVERKENS OCH DOTTERBOLAGENS MÅL</b>	<b>29</b>
9.1 Affärsverken	29
9.2 Dotterbolag	29

<b>UNDERSKRIFTER</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 1.</b> Begrepp och förkortningar i utvärderingsberättelsen för år 2011	<b>31</b>
<b>Bilaga 2.</b> Efterföljande uppföljning av observationerna i utvärderingsberättelsen för år 2010	<b>33</b>

# Revisionsnämndens framställning till fullmäktige

## 1. Utvecklande av produktiviteten

Produktiviteten vid HUCS och de övriga sjukvårdsområdena har utvecklats väl de senaste åren. Enligt resultaten från jämförelser är produktiviteten emellertid ännu bättre vid vissa andra universitetssjukhus jämfört med HUCS, och även i andra sjukvårdsområden (Hyvinge sjukvårdsområden undantaget) finns det utrymme för förbättring för att de ska nå till samma nivå som de mest produktiva sjukhusen i sin sjukhusgrupp. Enligt revisionsnämndens bedömning kan HNS produktivitet utvecklas ytterligare bland annat genom att det metodurval som testats i HUCS produktivetsprogram används på ett mer systematiskt sätt i hela organisationen.

Nämnden har även granskat användningen av operationssalarna, eftersom dessa utgör en viktig resursfaktor. Operationsenheternas verksamhet bör utvecklas på hela HNS-nivån på så sätt att operationssalarnas nyttjandegrad stiger och man fäster mer uppmärksamhet än hittills vid en produktiv användning av arbetskraften. Man bör med hjälp av motiverande avlöning och arbetstidsarrangemang försöka åstadkomma att outnyttjade operationssaltider under morgonen och eftermiddagen utnyttjas bättre. (Utvärderingsberättelse (UB) kapitel 3.4)

## 2. Tjänsternas effekt

För att kunna bedöma förverkligandet av en patientorienterad och effektiv specialistsjukvård som ges i rätt tid, måste man utveckla mätarna och tillämpa dessa på vårdrutinerna. På så sätt kan man säkerställa att det vid HNS endast används metoder vars effekt har bevisats vetenskapligt. De metoder och mätare som används bör även tillåta jämförelse av olika specialområden och patientgrupper i fråga om vårdens effekt och kostnadseffektivitet.

Styrelsens verksamhetsberättelser har under de senaste åren innehållit mycket knapphändig information om effekten av HNS tjänster. Effektivitetsbedömning och en öppen rapportering av resultaten bör under kommande år vara en del av bokslutet och verksamhetsberättelsen (BSVB). Undersökningsbaserad information om kvaliteten och effekten av HNS tjänster är nödvändig för en kontinu-

erlig utveckling av tjänsterna och viktig även ur synvinkeln för HNS konkurrenskraft och varumärke. (UB kapitel 3.5)

## 3. Patientsäkerhet

Information om patientsäkerheten utnyttjas inte på bästa möjliga sätt inom HNS. Till exempel borde informationen från HaiPro-meddelanden, Patientförsäkringscentralens statistik, Opera-operationssalarnas användnings- och styrsystem samt sjukhusinfektionsprogrammet SIRO avrapporteras öppet och regelbundet. Informationens användbarhet, tillgänglighet och möjligheterna att utnyttja informationen borde förbättras. Utöver de metoder som redan används för att förbättra patientsäkerheten borde man utreda användbarheten av sådana metoder som har visat sig vara effektiva på andra ställen (t.ex. Global Trigger Tool för identifiering av negativa händelser eller Care Bundle-metoden för gemensamt överenskomna kärnpunkter i vården) och testa användningen av dessa även vid HNS. Patientsäkerheten borde också bedömas med de mätare som OECD använder eller andra mätare. (UB kapitel 3.3)

## 4. Personal

Konkurrensen om kompetent personal blir hela tiden hårdare. Att möjliggöra deltidsarbete och andra lösningar för flexibel arbetstid i större utsträckning än idag är en kritisk faktor för rekryteringen och för att arbetskraften ska stanna i arbetet. Möjligheterna att utnyttja dessa mer omfattande borde utredas.

Praxisen borde ändras så att anmälan om och tillstånd för bisyssla sammanställs. Ur anmälingarna och tillståndsansökningarna borde dessutom styrelsemedlemskap och innehav, d.v.s. ekonomiska bindningar, framgå. Detta skulle vara till hjälp när man fastställer jäv. (UB kapitel 6)

## 5. Patientstyrning och effektiv användning av resurser

Revisionsnämnden har redan tidigare uppmärksammat att patientstyrningen och effektiv användning av resurser över sjukvårdsområdesgränserna inte fungerar på ett till-

fredsställande sätt. Enligt nämndens bedömning har situationen inte förbättrats nämnvärt. Till exempel har man inte anvisat ledprotesoperationer till Borgå sjukvårdsområde i enlighet med kapaciteten, trots att Borgå har de lägsta kostnaderna för dessa operationer i sjukvårdsdistriktet och att operationer samtidigt utförts som tillägsarbete på Pejas sjukhus. HNS styr- och ledningssystem bör utvecklas på så sätt att resurserna för hela HNS används på ett optimalt sätt. (UB kapitel 7)

## 6. Kostnadskontroll

HNS bör upprätta tydliga spelregler för de extratjänster och -uppgifter som behandlas under budgetåret och som inte ingår i budgeten (bl.a. motiveringar, process för godkännande och rapportering), för att man snabbt ska kunna ingripa vid en eventuell ökning av personalkostnaderna under loppet av budgetåret. I bokslutet och verksamhetsberättelsen för år 2011 ges inte tillräcklig motivering till att antalet anställda ökade med 133 personer och antalet årsverken med 297 jämfört med budgeten. (UB kapitel 6.3)

Exaktheten av resultatprognoser bör förbättras ytterligare, så att beslutsfattarna får korrekta och uppdaterade uppgifter om förändringar i ekonomin och verksamheten samt för att man bättre ska kunna förutse utgifterna vid årsslutet. Ifall budgeten överskrids, bör orsakerna till detta analyseras och rapporteras grundligt. Vad gäller överskridningarna under år 2011 är en dylik analytisk översikt svår att hitta i BSVB. Resultatpremiesystemet bör utvecklas så att grunderna för resultatpremier uppmuntrar mer till att spara kostnader och förbättra HNS totala resultat och mindre till att öka den interna försäljningen och deloptimering. (UB kapitel 8)

## 7. Samarbetet mellan primärhälsovården och specialistsjukvården för att hantera efterfrågan på tjänster

Enligt revisionsnämndens bedömning är det bästa sättet att hantera efterfrågan på och kostnaderna för specialsjukvårdens tjänster i medlemskommunerna att öka sam-

arbetet mellan HNS och kommunerna. Detta kan göras t.ex. genom att effektivisera utvecklingen av vårdkedjor och -program som baserar sig på bevis och tillämpandet av dessa i praktiken samt genom att öka konsulteringen som HNS läkare ger till hälsovårdscentralerna. HNS bör tillsammans med regionens hälsovårdscentraler i samband med upprättandet av den regionala planen för ordnandet av hälsovården sträva efter att fastställa en optimal nivåstrukturering av vården för olika patientgrupper och stöda dess genomförande. Målet ska vara att förbättra primärhälsovårdens funktionsduglighet så att patienterna inte på grund av brister i primärhälsovården söker sig till specialistsjukvården i sådana fall där primärhälsovården ur aspekten för nivåstruktureringen av vården skulle vara den lämpligaste instansen. (UB kapitlen 7.3 och 8.4)

## 8. Invånarnas jämlika tillgång till tjänster

Invånarna i HNS område ska ha lika möjligheter att få tjänster. I dagsläget finns det stora skillnader mellan HNS sjukvårdsområden när det gäller befolkningens tillgång till och användning av specialistsjukvårdens tjänster (även med beaktande av skillnaderna i befolkningsstrukturen). Dessa skillnader beror främst på att de resurser som behövs för serviceproduktionen (såsom personal och vårdplatser) på grund av historiska och andra orsaker inte fördelas jämnt mellan sjukvårdsområdena i förhållande till servicebehovet. Dessa skillnader bör iaktas i planerna för utveckling av servicesystemet, för att den jämlikhet och jämställd intagning för vård i förhållande till servicebehovet som ingår i HNS strategi ska förverkligas oberoende av hemkommun. De regionala skillnaderna i tillgången till och användningen av vård kan jämnas ut, förutom genom att kritiskt granska de regionala skillnaderna i serviceproduktionen, också genom att anvisa patienterna för vård till andra sjukvårdsområden. (UB kapitel 3.2)

# 1 Ordförandes översikt

**H**UHNS fullmäktige satte som nyckelmål för år 2011 upp bland annat en kontinuerlig förbättring av vårdens effektivitet, säkerhet och tillgänglighet, forskningsverksamhet av hög kvalitet, motivering och bevarande av personalen samt processer och servicekedjor, ökad produktivitet och effektivt utnyttjande av hela sjukvårdsdistriktets resurser. I denna utvärderingsberättelse presenterar revisionsnämnden sin syn på hur man har lyckats uppnå dessa och ett antal andra målsättningar.

Beredningen av en ny strategi för HNS påverkade under året både tankesätt och de förväntningar som ställs på organisationen. Strategin godkändes på fullmäktiges sammanträde i oktober och trädde i kraft i början av år 2012. En annan viktig förändring i verksamhetsmiljön var lagen om hälso- och sjukvård som trädde i kraft den 1 maj 2011 och som förde med sig förändringar på HNS ansvar både på sjukvårdsdistriktets område och i en större utsträckning på specialansvarsområdet och nationellt.

Att förändra en stor expertorganisation med flera nivåer som HNS är en långsam och tung process. Därför har nämnden bekymrat följt med de förslag som lagts fram i offentligheten på förnyelse av ordnandet av och finansieringen för social- och hälsovårdstjänsterna. Dessa skulle orsaka en stor omvälvning även inom HNS och också påverka patientarbetet. Trots att revisionsnämnden i sin utvärderingsberättelse även tar upp kritiska observationer och utvecklingsförslag, kan man med fog konstatera att HNS är en organisation som leds förhållandevis väl och fungerar effektivt och som inte bör avvecklas på lättvinda grunder.

Både HNS serviceproduktion och ledning står inför tuffa utmaningar på grund av överskridningarna av 2011 års budget och den strama budgeten för år 2012. HNS har lyckats förbättra produktiviteten och kontrollera utgiftsökningar väl under de senaste åren och enligt min uppfattning har organisationen bundit sig till att fortsätta på den valda vägen. Den faktor som tydligast försämrar ägarkommunernas tillit är det s.k. december-syndromet – en oväntad ökning av driftskostnader som överstiger alla utfallsprognoser och inträffar i slutet av året. Styrelsens svar på varför detta fenomen uppstår är inte tillräckligt detaljerat. Under det innevarande året kommer revisionsnämnden att hålla speciell uppsikt på detta fenomen.

HNS organisation omformades och förändringarna nedtecknades i förvaltningsstadgan, som trädde i kraft

den 1 januari 2012. Målet med att förnya stödtjänsterna var att avsevärt minska antalet affärsverk, men till slut kom man fram till att minska deras antal från nio till sju. Beslutet att separera kringverksamheten till affärsverk var i sin tid den rätta lösningen som gjordes för att förtydliga kostnadskalkylerna och kundgränssnitten. Därför har man, alldeles korrekt, gått försiktigt tillväga när affärsverken har återförts till linjeorganisationen. Möjligheterna att göra HNS organisation lättare dryftades även i utredningen som baserar sig på intentionsavtalet mellan huvudstadsregionens kommuner och staten.

Hälso- och sjukvårdslagen förutsätter även ett närmare samarbete mellan specialistsjukvården och primärhälsovården samt att man upprättar en regional plan för ordnandet av hälsovård som täcker kommunerna i sjukvårdsdistriktet. Verkställandet av denna plan och en bedömning av arbetsfördelningen mellan de olika aktörerna inom hälsovården i allmänhet kommer att bli ett prioriterat område i revisionsnämndens arbete under de närmaste åren.

Mest diskussion bland de förtroendevalda beslutsfattarna och ägarkommunerna väcktes i frågan om att grunda HUCS Ab. Den debatt vid höstens fullmäktigesammanträde, som fördes på basis av en nästan ett år gammal affärsverksamhetsplan, förtjänar inget beröm. I fortsättningen kommer revisionsnämnden att följa med utvecklingen av det nya bolagets omsättning och kundsegment, transparensen i kostnadskalkylerna och hur praxisen för bisyssloansmälningar fungerar.

Revisionsnämnden samarbetar intensivt med HNS revisionsnämnd som har rapporterat sina iakttagelser separat till HNS styrelse, fullmäktige och verksamhetsledning. Därför ligger fokus i revisionsnämndens utvärderingsberättelse på att bedöma övriga centrala frågor gällande serviceproduktionen, förvaltningen och ekonomin.

Användningen av utvärderingsbegrepp varierar både i litteraturen och inom HNS. Vi har därför för första gången inkluderat en förteckning över de viktigaste använda begreppen i utvärderingsberättelsen (bilaga 1). En enhetlig användning av dessa inom organisationen främjar för sin del bedömningsverksamheten inom HNS.

Revisionsnämnden strävar efter att lämna för styrelsens behandling sådana iakttagelser och förslag som kunde leda till att HNS utvecklas till en ännu bättre serviceproducent. Nämnden har belåtet lagt märke till att HNS styrelse noggrant satt sig in i nämndens utvärderingsberättelse för år 2010 och lämnat sitt utlåtande om det till fullmäktige (<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20111310-10.HTM>).

## 2 HNS externa kontroll år 2011

Om den externa kontrollen som ordnas enligt kommunallagen föreskrivs i HNS förvaltningsstadga. Enligt den ligger ansvaret för den externa kontrollen hos revisionsnämnden, revisorerna och utvärderingsdirektören. Enheten för extern revision är verksam under revisionsnämndens regi. Revisionsnämnden har som uppgift att bedöma utfallet av de av fullmäktige uppsatta verksamhetsmål och ekonomiska mål samt att bereda de ärenden gällande granskningen av förvaltningen och ekonomin som fullmäktige beslutar om.

År 2011 var det tredje verksamhetsåret för den nuvarande revisionsnämnden. Samtliga medlemmar i revisionsnämnden och deras personliga ersättare var ledamöter eller ersättare i HNS fullmäktige. Nämnden samordnar hela samkommunens externa revisionsväsende enligt kommunallagen.

### Revisionsnämnden för åren 2009–2012 (1.4.2009–)

Ordinarie ledamot	Ersättare
Markku Pyykkölä, ordförande (SAML), Kervo	Raimo Huvila, Vanda
Maija Anttila, vice ordförande (SDP), Helsingfors	Kari Lehtola, Karislojo
Varpu-Leena Aalto (GRÖNA), Vanda	Marjo Varsa, Vanda
Ulla Dönsberg (SFP), Raseborg	Olof Gren, Lovisa
Aatos Hallipelto (SAML), Helsingfors	Seija Muurinen, Helsingfors
Tuula Lind (SDP), Kervo	Auli Lehikoinen, Kervo
Kari T. Nukala (SAML), Esbo	Anna-Liisa Helin, Mäntsälä

Föredragande för nämnden var Virpi Semberg-Konttinen samt från och med den 1 juni 2011 Reijo Salmela. Sekreterare var Virpi Semberg-Konttinen och Sari Koskinen-Kivilahti.

Revisionsnämnden sammanträdde 14 gånger. På mötena hörde nämnden bl.a. HNS experter, behandlade rapporter från enheten för extern revision och revisorn samt bekantade sig med utvärderingsobjekten. I november använde nämnden en eftermiddag till att dryfta utvecklingen av sitt eget arbete och utvärderingsmetoderna.

### Personalen vid enheten för extern kontroll 2011

Utvärderingsdirektör Reijo Salmela, MD, HVD, doc.  
(fr.o.m. 1.6)

Utvärderingschef Virpi Semberg-Konttinen, FM, sjukskötare,  
MJD (utvärderingsdirektörens vikarie fram till 31.5).

Utvecklingschef Sari Koskinen-Kivilahti, HVM

Revisionsassistent Ritva Pehkonen-Eurén, tradenom  
Revisionssamfund var KPMG Offentliga tjänster Ab, vars ansvariga revisor var Jorma Nurkkala, OFR, CGR.



Främre raden (från vänster): Maija Anttila (vice ordf.), Markku Pyykkölä (ordf.), Ulla Dönsberg och Kari T. Nukala. Bakre raden (från vänster): Reijo Salmela (utvärderingsdirektör), Aatos Hallipelto, Varpu-Leena Aalto och Tuula Lind.

De prioriterade områdena i revisionsnämndens utvärderingsberättelse varierar årligen beroende på de nyckelmål som fullmäktige fastställt för verksamhetsåret och nämndens arbetsprogram. Målsättningen är att bedöma alla centrala objekt minst en gång under nämndens verksamhetsperiod och koncentrera sig djupare på utvalda ämnen.

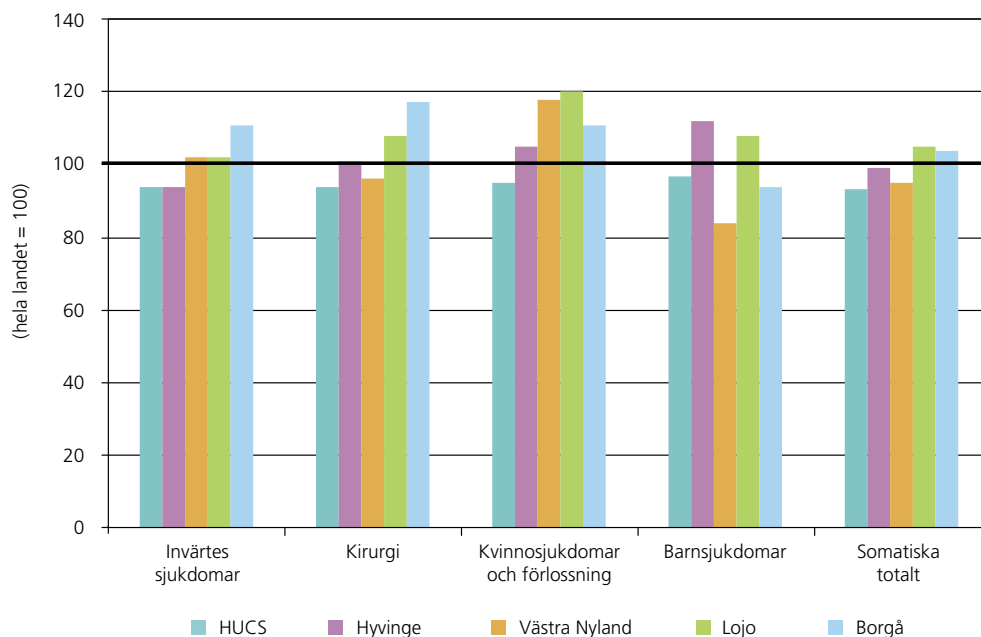
Den av fullmäktige år 2010 godkända budget och ekonomiplan (BEP) innefattar förutom 2011 års budget, även en ekonomiplan för åren 2011–2013. I den fastställda nyckelmål jämte mätare för år 2013 samt börvärden för år 2011. I utvärderingsberättelsen för år 2011 behandlas förverkligandet av de strategiska mål (sex st.) och nyckelmål som fullmäktige ställde för åren 2011–2013 och fokus ligger på målen för år 2011. På grund av detta har kapitlen 3–8 rubricerats i enlighet med de strategiska målen. Varje kapitel inleds med en tabell, i vars kolumn "Nämndens bedömning" presenteras revisionsnämndens observationer om hur styrelsen har rapporterat utfallet av nyckelmålen i dokumentet bokslut och verksamhetsberättelse för år 2011. Revisionsnämndens uppföljning och bedömning grundar sig på att det varje år måste ske utveckling i riktning mot nyckelmålet för år 2013 (tyngdpunkten för förändringarna kan dock variera under de tre åren). Dessutom framför nämnden iakttagelser baserade på andra källor och sin egen bedömning om utfallet av målen. Den efterföljande uppföljningen av observationerna i 2010 års utvärderingsberättelse framförs i bilaga 2. Utfallet av affärsverkens och dotterbolagens bindande mål bedöms i kapitel 9.

## 3 Strategiskt mål 1: patientorienterad och effektiv specialistsjukvård som ges i rätt tid

### 3.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen

NYCKELMÅL OCH MÄTARE 2013	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV UTFALLET AV NYCKELMÅLEN
<p><b>1. Vården som ges inom HNS är effektiv, trygg och håller hög kvalitet både innehållsmässigt och som en servicehändelse.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Man använder effektiva vårdprogram som bygger på bevis</li> <li>• Negativa händelser registreras och analyseras</li> <li>• Antalet patientskador som ersätts/1 000 invånare</li> </ul>	<p>Bl.a. följande har utvecklats positivt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En mångprofessionell expertarbetsgrupp för den bevisbase- rade verksamheten har inrättats</li> <li>• Patientsäkerhetsplanen har godkänts</li> <li>• HaiPro-ansvarspår och kvalitetschefer har utnämnts</li> <li>• Anvisningar för registrering av negativa händelser har utarbetats</li> </ul> <p>Bl.a. följande ärenden har flyttats fram till år 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkställandet av åtgärderna i patientsäkerhetsplanen</li> <li>• Planering av mätare för patientsäkerheten, vårdens effektivitet och kvalitetsuppföljningen</li> <li>• Plan om att utveckla åtgärder för kvalitetsförbättring och definiera framtida riktlinjer</li> </ul>
<p><b>2. Tillgången till vård motsvarar lagar och det på medicinska grunder bedömda behovet. Man har utarbetat en långsiktig plan och förutsättningar för ett kontinuerligt genomförande av vårdgarantin.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomförandet av vårdgarantin</li> <li>• Genomförandet av brådskande vård</li> <li>• Utvecklingen av patientdatasystemet</li> </ul>	<p>År 2011 fick den lagstadgade intagningen för vård stor publicitet och den har följts upp noga vid HNS, Valvira och THL. BSVB innehåller detaljerade rapporter om tillgången till vård och intagningen för vård. Intagningen för vård har utfallit nästan i enlighet med lagen.</p> <p>Fastställandet av patientgrupperna för brådskande vård och upprättandet av kriterier har flyttats fram till år 2012.</p> <p>Ibrukttagandet av patientdatasystemet Uranus 8.2 har fördröjts.</p>
<p><b>3. Patienterna är nöjda med den vård de fått.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkät om patienttillfredsställelse</li> </ul>	<p>Enkäten om patienttillfredsställelse genomfördes inte. En elektronisk metod för bedömning av patienttillfredsställelse och feedback har utvecklats för år 2012.</p>
<p><b>4. Patienterna får sina tjänster på det modersmål som de valt, antingen finska eller svenska.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mätare för patienttillfredsställelse, de svenskspråkiga patienternas tillfredsställelse med servicen på sitt modersmål</li> </ul>	<p>Eftersom patienttillfredsställelsen inte mättes under år 2011, finns det ingen information om de svenskspråkiga patienternas tillfredsställelse med tjänsterna.</p> <p>Antalet anställda som betalades språktillägg (finska, svenska eller teckenspråk) ökade med 60 personer och i december år 2011 betalades språktillägg till 2 531 personer (cirka 11 procent av personalen).</p>

\* Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade, röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.



FIGUR 1. Befolkningens användning av specialistsjukvårdens tjänster (vårdepisoder) i HNS sjukvårdsområden enligt specialområde år 2010 i förhållande till den genomsnittliga användningen av tjänster i hela landet (hela landet = 100, ålders- och könsstandardiserad användning av tjänster).

Källa: Häkkinen P. Sjukhusens produktivitet 2010, THL:s statistikrapport 1/2012.

Förutom utfallet av nyckelmål bedömde revisionsnämnden användningen av specialistsjukvårdens tjänster, patientsäkerheten, produktiviteten samt tjänsternas effektivitet och kostnadseffektivitet.

### 3.2 Användningen av tjänster enligt sjukvårdsområde

Den senaste rikstäckande statistiken om användningen av och kostnaderna för specialistsjukvårdens tjänster är från år 2010. Statistiken kan användas för att jämföra HNS sjukvårdsområden med genomsnittsnivån för hela landet. Jämförelsen omfattar även användningen av de hälsocentralsjukhus som leds av specialister. Motsvarande jämförelseuppgifter för år 2011 finns våren 2012 ännu inte tillgängliga.

Användningen av specialistsjukvårdens tjänster, relaterad till befolkningens mängden (och med beaktande av befolkningens ålders- och könsfördelning), skiljer sig åt i olika sjukvårdsområden inom HNS. I figur 1 visas användningen av tjänster enligt sjukvårdsområde inom somatiska specialområden år 2010. Mätaren som användes var vårdepisoder (episod = patientens vårdperioder och besök inom öppenvården för samma sjukdom under ett kalenderår), vars antal har jämförts den genomsnittliga användningen av tjänster i hela landet (med beaktande av skillnader i servicebehovet på grund av befolkningens åldersstruktur i olika sjukvårdsområden).

Mest användes tjänster av befolkningen inom Borgå och Lojo sjukvårdsområden. Sjukvårdsområdenas ordningsföljd i de olika specialområdena varierar dock en del. Variationen återspeglar bland annat skillnaderna i antalet anställda och vårdplatser i sjukvårdsområdena (i förhållande till befolkningens mängden). Denna jämförelse av sjukvårdsområdena visar att hemkommunen och sjukvårdsområdet (i strid med HNS principer) har viss inverkan på hur god tillgång till tjänster man har och hur mycket tjänsterna används.

Skillnaderna i användningen av tjänster mellan sjukvårdsområdena återspeglas även på kostnaderna för somatisk specialistsjukvård, när skillnader i behov och kostnader på grund av befolkningens ålders- och könsstruktur beaktas. Jämfört med genomsnittet inom HNS användes tjänsterna relativt mycket av befolkningen i Lojo sjukvårdsområde. Där överskred kostnaderna år 2010 genomsnittet för hela landet med tre procent. I de övriga sjukvårdsområdena förblev kostnaderna under landets medelnivå (HUUS svo 3 %, Hyvinge svo 8 %, Västra Nylands svo 6 % och Borgå svo 5 % under landets medelnivå)<sup>1</sup>. Att kostnaderna för befolkningen i Borgå sjukvårdsområde förblev låga trots den relativt frekventa användningen av tjänsterna kan förklaras med att området har de lägsta produktionskostnaderna av samtliga sjukvårdsområden inom HNS.

<sup>1</sup> Häkkinen P, Sairaaloiten tuottavuus 2010. THL:n tilastoraportti 1/2012.



**OBSERVATION** Användningen av specialistsjukvårdens tjänster skiljer sig avsevärt i HNS sjukvårdsområden. Även om skillnaderna inte är stora, bör de uppmärksammas i styrningen av resurser och patienter, och målet bör vara likvärdig tillgång till och användning av tjänster i förhållande till servicebehovet i de olika sjukvårdsområdena.

### 3.3 Patientsäkerhet

HNS styrelse godkände patientsäkerhetsplanen den 30 maj 2011. Planberedningen och igångsättandet av planens verkställande innebar en aktivering av patientsäkerhetsarbetet jämfört med tidigare år. I detta kapitel behandlas några av de viktigaste åtgärderna för förbättring av patientsäkerheten.

#### 3.3.1 HaiPro – rapportering av händelser som äventyrar patientsäkerheten

HaiPro-systemet är ett verktyg för rapportering av händelser som äventyrar patientsäkerheten. I systemet antecknas negativa händelser samt nära ögat-situationer som patienter råkat ut för. Anmälningar kan göras anonymt.

Under 2011 gjordes det inom HNS fler än 7 700 HaiPro-anmälningar, varav 37 procent gällde nära ögat-situationer. Vårdpersonalen gjorde flest anmälningar (86 procent). Över hälften av anmälningarna rörde läkemedels- eller

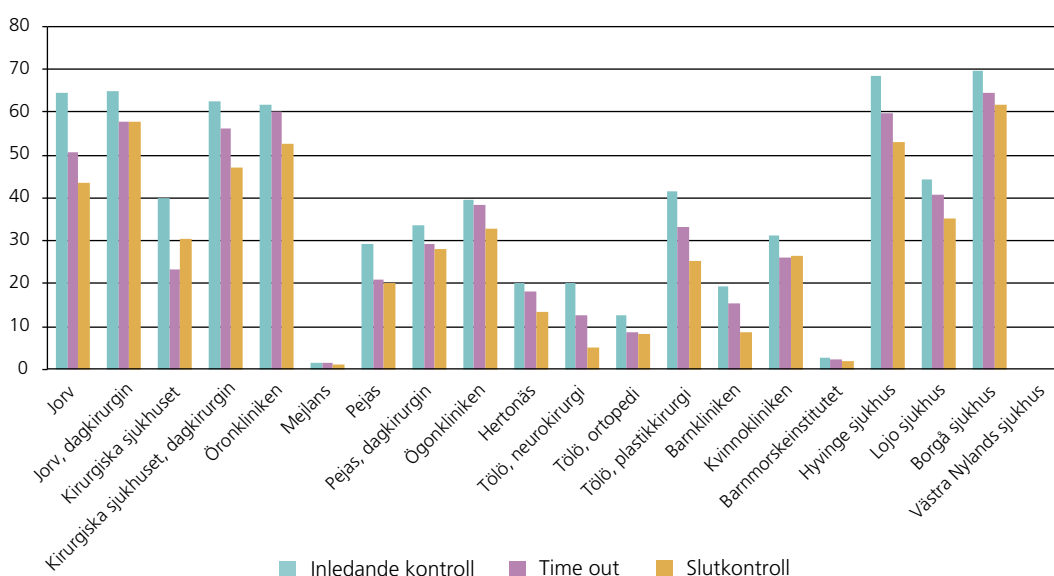
vätskebehandling. Enligt anmälningarna är den största enskilda gruppen bidragande orsaker till uppkomsten av negativa händelser faktorer som rör kommunikation och informationsförmedling. (Lehtonen L, HaiPro-information, HNS, 2012)

År 2011 inträffade närmare 500 sådana risksituationer som orsakade måttliga eller allvarliga följder för patienten. De flesta negativa händelser som anmäldes hade negativa följder för den vårdande enheten. Som korrigerande åtgärd användes i över 60 procent av fallen att man informerade den ansvarige instansen om ärendet. Endast sex procent av de negativa händelser som anmäldes ledde till förslag om utvecklingsåtgärder.

**OBSERVATION** De riskhändelser och negativa händelser som rapporteras bör analyseras systematiskt och man bör sträva efter att förebygga motsvarande situationer.

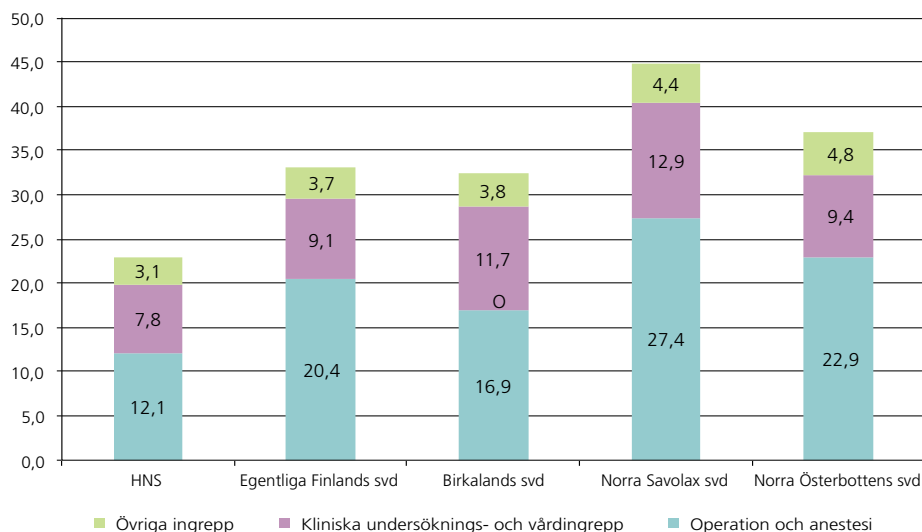
#### 3.3.2 Checklistor som garant för patientsäkerheten

Halo-delegationen, som består av experter från sjukvårdsdistrikten, gav år 2010 en rekommendation om att använda de av WHO rekommenderade checklistorna vid alla kirurgiska ingrepp för att öka patientsäkerheten (<http://finohta.stakes.fi/FI/halo/index.htm>). Checklisten är avsedd för kliniker för att främja säkerheten vid operationer samt för att minska antalet operationsrelaterade dödsfall och



FIGUR 2. Användning av checklista (%) i operationsenheter på HNS område år 2011

Källa: Grönholm P, Styrsystemet för HNS operationsverksamhet Opera, HUS Informationsförvaltning, 2012.



FIGUR 3. Antalet patientskador som Patientförsäkringscentralen har ersatt årligen \*100 000 invånare\*\* enligt universitetssjukhusdistrikt åren 2007–2011.

\*Källa: Patientförsäkringscentralen. \*\*Invånarantal i slutet av åren 2006–2010 enligt 2012 års indelning i sjukvårdsdistrikt, Statistikcentralen.

komplikationer. Checklistan används i början och vid slutet av operationer och därtill gör man en s.k. time out-check precis innan kirurgen inleder ingreppet.

Effekten av checklistans användning (minskning av komplikationer och dödlighet med ungefär en tredjedel) har bevisats i Halo-översikten<sup>2</sup>. Också Valvira rekommenderar att checklistan används och ledningen för HNS operativa resultatenhet beslutade att checklistorna ska användas i samtliga operationssalarna inom resultatenheten från och med september 2011. Dessförinnan var användningen av checklistor frivilligt och varierade, vilket bör beaktas när man betraktar figur 2, som illustrerar användningen av checklistor i operationsenheter på HNS område under år 2011.

**OBSERVATION** Användningen av checklistor, som bevisligen har effekt, ska ingå i rutinåtgärderna i samtliga operationsenheter.

### 3.3.3 Patientskador

För patientskador på patienter som vårdats vid HNS och som anmälts till Patientförsäkringscentralen betalades år 2011 ersättning i sammanlagt 299 fall, vilket är något färre än medelvärde på 324 vårdskador/år för HNS under de nio senaste åren. Av de vårdskador som ersattes hade de flesta uppkommit i samband med operationer av knä- och höftledsproteser samt vid operationer och annan vård av benbrott i vristen eller på fotbladet.

Det sammanlagda antalet ersättningsbara patientskador som avgjordes under år 2011 var enligt Patientförsäkringscentralens statistik 2 190 fall. Av dessa var HNS försäkringsstagaren i 321 fall (14,7 procent). Patientförsäkringscentralen avgjorde sammanlagt 7 800 fall, varav cirka 28 procent ledde till ersättning, och det totala ersättningsbeloppet uppgick till 33 miljoner euro. Det genomsnittliga ersättningsbeloppet för patientskador hos HNS patienter som ersattes var 9 830 euro per patient (15 069 euro i hela landet). ([http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/www/page/pvk\\_www\\_1532](http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/www/page/pvk_www_1532))

Enligt den jämförelse mellan universitetssjukhusdistrikt som visas i figur 3, kan det konstateras att antalet patientskador som leder till ersättning är avsevärt mindre inom HNS än inom de övriga universitetssjukhusdistrikten.

## 3.4 Produktivitet

I den bedömning som görs utifrån verksamhetens produktivitet granskas förhållandet mellan producerade tjänster och de resurser som använts på att producera dem i olika produktionsenheter. Produktiviteten kan mätas med hjälp av en metod som baseras på DRG-gruppering (Diagnosis Related Group). DRG-gruppering är den vanligaste produktifieringsmetoden inom specialistsjukvården i världen.

### 3.4.1 Utvecklingen av produktiviteten vid HUCS och andra sjukhus 2006–2010

THL (tidigare Stakes) rapporterar årligen om utvecklingen av sjukhusens episodproduktivitet. Episod är ett närliggande begrepp till det frekvent använda begreppet "vårdad

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

patient” och det lämpar sig bättre för mätning av sjukhusens produktivitet än antalet vårdperioder och besök. I produktivetskalkyler används viktade episoder, där man beaktar sjukdomarnas svårighetsgrad och de kostnader som uppstår under episoden.

Utvecklingen av produktiviteten vid hela HNS är nära bundet till ändringar av produktiviteten vid HUICS. Produktivitetens utvecklingen vid HUICS var under åren 2006–2010 bättre än vid de övriga universitetssjukhusen (tabell 1). Eftersom uppgifterna för jämförelse av de olika sjukvårdsdistrikten färdigställs med ungefär ett års fördröjning, är 2011 års jämförelseuppgifter våren 2012 ännu inte tillgängliga.

HUICS positiva produktivetsutveckling beror i första hand på att den deflaterade kostnadsökningen, d.v.s. kostnadsökningen justerad enligt sjukhuskostnadsindexet, var åren 2006–2010 moderatare vid HUICS än vid de övriga universitetssjukhusen (+2 procent vid HUICS, +9–14 procent vid de övriga universitetssjukhusen).

För att underlätta den årliga jämförelsen beskrivs i tabell 1 samtliga universitetssjukhus produktivitet år 2006 med indextalet 100. Det bör konstateras att HUICS episodproduktivitet år 2006 var sämst bland alla universitetssjukhus, vilket framgår ur figur 4. Tack vare den positiva produktivetsutvecklingen under åren 2006–2010 steg HUICS till medelnivån i den inbördes jämförelsen av universitetssjukhusen år 2010.<sup>3</sup>

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

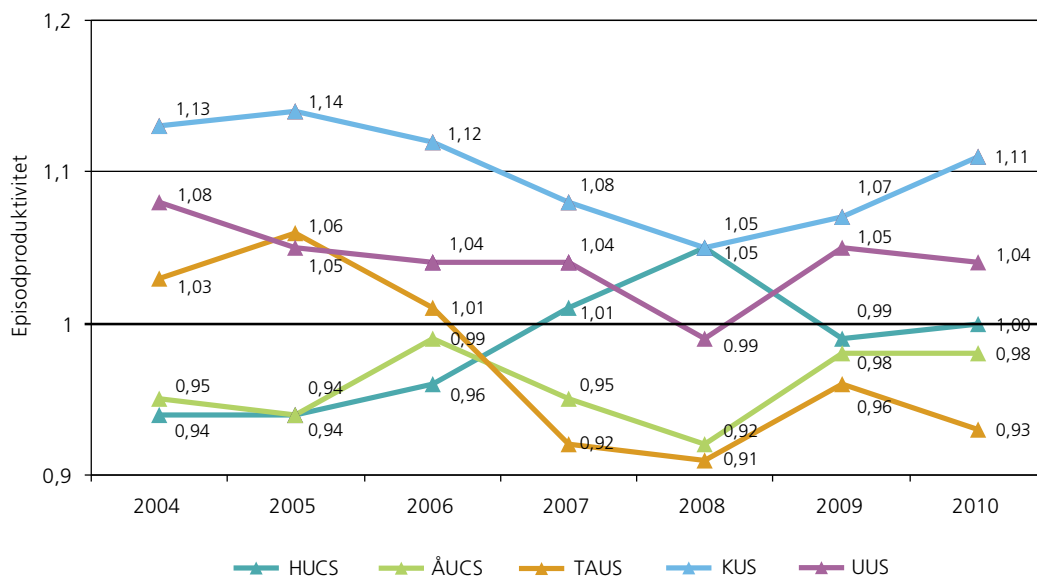
#### EPISODPRODUKTIVITET

Universitetssjukhus	2006	2007	2008	2009	2010
HUICS	100	98	101	103	104
KUS	100	95	96	93	99
UUS	100	99	96	98	99
TAUS	100	95	97	95	94
ÅUICS	100	97	98	96	97
Totalt	100	97	98	98	100

TABELL 1. Utvecklingen av episodproduktiviteten vid universitetssjukhusen, år 2006=100.

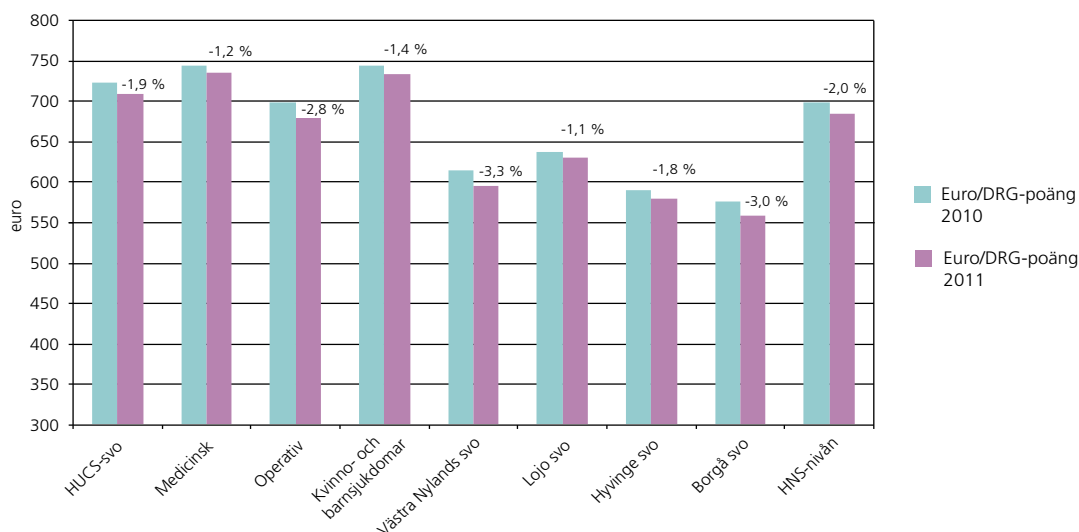
Trots den positiva produktivetsutvecklingen låg HUICS år 2010 enligt den jämförelseanalys som THL utförde avsevärt efter i produktivitet jämfört med universitetssjukhusen i Kuopio och Uleåborg. Enligt THL:s jämförelseanalys var casemix-indexet, som beskriver behandlingarnas genomsnittliga svårighetsgrad år 2010, avsevärt högre vid universitetssjukhusen i Kuopio och Uleåborg än vid HUICS, vilket påverkade jämförelseanalysens resultat.

**OBSERVATION** För att säkerställa jämförelseanalysens tillförlitlighet bör universitetssjukhusen och THL tillsammans utreda om skillnaden i casemix-indexen är faktisk eller om registreringsmetoderna har orsakat den.



FIGUR 4. Placeringen av universitetssjukhus i en jämförelse av deras episodproduktivitet\* åren 2004–2010. Universitetssjukhusens genomsnittliga produktivitet under varje år = 1.

\*Varje år består av separata tvärsnittsdata som Stakes/THL publicerar årligen; metoden har bytts ut emellanåt. Källor: Häkkinen P, Sairaaloideen tuottavuus 2010. THL:n tilastoraportti 1/2012 och J. Lauharanta, HUICS 2012.



FIGUR 5. Den somatiska specialsjukvårdens totala produktivitet och dess förändring (%) på sjukvårdsområden och vid HUICS resultat-enheter 2010–2011. Deflaterat\*, sjunkande pris för en DRG-poäng = bättre produktivitet.

\*Siffrorna för år 2010 är deflaterade enligt sjukhuskostnadsindexet (koefficient 1,035). Källor: Sjukvårdsområden BSVB, HUICS resultatenheter J. Lauharanta.

Då de kalkylmässiga kostnaderna för en DRG-poäng inom de somatiska specialområdena var 669 euro år 2010 vid HUICS och 594 euro vid KUS<sup>4</sup>, innebär detta en tämligen stor utvecklingsutmaning för HUICS vad gäller produktivitet.

### 3.4.2 Produktivitetens utvecklingen vid HNS år 2011

Vid HNS mäts produktivitetens utvecklingen för den somatiska serviceproduktionen med personarbets produktivitet (DRG-poäng/årsverke) och med den totala produktiviteten (kostnader/DRG-poäng). Psykiatriska resultatenheter tillämpade år 2011 inte DRG-grupperingen på produktifieringen. HNS egen uppföljning av produktiviteten ger information om produktivitetens utvecklingen månatligen, vilket gör att informationen kan användas i verksamhetsstyrningen och ledningen.

I jämförelsen av HNS sjukvårdsområden var produktiviteten år 2011 sämst på HUICS sjukvårdsområde. På detta inverkar t.ex. de utgifter för undervisning och forskning som tillfaller HUICS (som staten inte ersätter till fullo) samt utgifterna för skötseln av jourberedskap och riksomfattande uppgifter på krävande specialnivå. Borgå och Hyvinge sjukvårdsområden hade bästa produktivitet år 2011 (figur 5) och av HUICS resultatenheter var produktiviteten högst vid den operativa resultatenheter. Vid jämförelse av produktivitetssiffrorna för år 2011 med de enligt sjukhuskostnadsindexet justerade produktivitetssiffrorna för år 2010, ser man att produktiviteten steg på alla sjukvårdsområden och vid alla resultatenheter inom HUICS.

I THL:s senaste riksomfattande jämförelse av produktivitet från år 2010 har Hyvinge sjukhus på grund av sin

verksamhets stora omfattning tagits med bland centralsjukhusen, där den placerade sig bland de främsta i gruppen.

**OBSERVATION** Produktiviteten vid HNS sjukvårdsområden har utvecklats väl de senaste åren. Trots det ligger HUICS ännu efter två andra universitetssjukhus och enligt resultaten från den jämförande bedömningen finns det även vid HNS övriga sjukhusområden (Hyvinge sjukhus undantaget) utrymme för förbättring för att de ska nå landets produktivaste sjukhus i den jämförande bedömningen.

**OBSERVATION** HNS bör förbereda en övergång till en enhetlig prissättning av DRG-produkter. Tillammans med en patientstyrning som täcker hela HNS-området och är mer målmedveten än hittills, skulle detta styra verksamheten till de produktivaste enheterna. För de minst produktiva enheterna (och de enheter med de högsta prestationspriserna) skulle detta antingen leda till bättre produktivitet eller successivt avtynande som icke-konkurrenskraftiga. Ett hinder för en utveckling i enlighet med det ovan beskrivna scenariot kan dock utgöras av att många medlemskommuner är vana att låta vårda patienterna på "det egna" sjukhuset, oavsett dess produktivitet och kostnadsnivå. Ett annat problem är att medlemskommunerna och patienterna inte har tillgång till tillräcklig information om intagning för vård och kvaliteten av vården i HNS olika sjukhus.

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

### 3.4.3 Vad beror den positiva produktivitetens utvecklingen på?

En bidragande faktor till den positiva produktivitetens utvecklingen är att HNS har haft ansvaret för ett område med en snabb befolkningstillväxt, men resurserna har inte ökat i relation till befolkningstillväxten och det växande servicebehovet. När man dessutom har utvecklat arbetsfördelningen, har man kunnat avveckla den överresursering som konstaterades vid grundandet av HNS och HUCS samt de flesta överlappningarna i verksamheten. Därmed används personalresurser och andra resurser effektivare för varje år som går. De målsättningar som ställdes för grundandet av HNS håller så småningom på att förverkligas.

Den goda produktivitetens utvecklingen vid HNS kan till stor del förklaras med produktivitetens utvecklingen vid HUCS. Vid HUCS har man genomfört ett målmedvetet produktivetsprogram från och med år 2009. Centrala delfaktorer för produktivitetens utvecklingen har varit<sup>5</sup>

- Förbättring av processernas smidighet
- Utökning av produktiviteten hos personarbetet
- Effektivisering av kapacitet och utrymmes användning
- Avveckling av överlappningar samt centralisering
- Nya handlingsätt och innovationer

**OBSERVATION** HUCS produktivitet började öka avsevärt först efter att HUCS sjukvårdsområde grundades år 2006. Då började arbetsfördelningen mellan

sjukhusen utvecklas och överkapaciteten minskar mer målmedvetet i enlighet med de målsättningar som ställts vid grundandet av HNS. HNS produktivitet kan fortsättningsvis utvecklas genom att mer systematiskt använda det metodurval som testats i HUCS produktivetsprogram i hela organisationen.

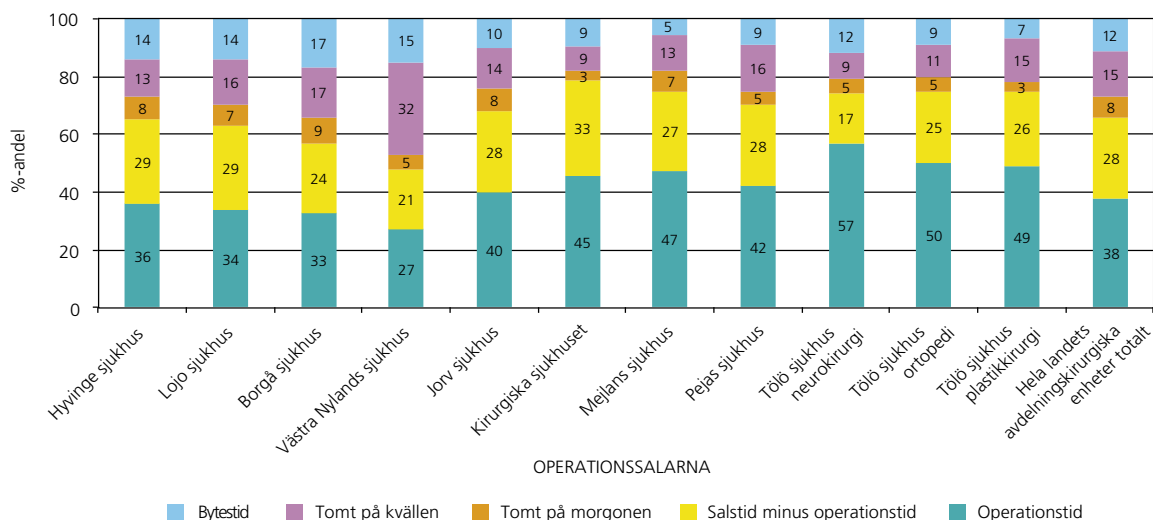
### 3.4.4 Operationseenheternas nyttjandegrad

Operationssalarna är en kritisk resurs vid universitetssjukhusen och därför bör man försöka mäta och effektivisera deras utnyttjandegrad. Intensium är ett konsortium med över 20 sjukhus som samlar in information bl.a. om användningen av operationssalar i Finland. I konsortiet ingår alla andra universitetssjukhus förutom ÅUCS. Samtliga sjukhus inom HNS har ingått i konsortiet från år 2011 och salstiderna för HNS operationssalar kan därmed jämföras mot jämförelsedata som fås ur ett närapå fullständigt material för hela landet.

Operationssalarnas salstider under tjänstetid kan jämföras mellan sjukhus och sjukvårdsområden genom att i figur 6 granska den egentliga operationstiden (tid från ingreppets inledande till ingreppets slutförande) (grön) och salstiden minus operationstiden (tid som går åt till sövning eller bedövning och andra förberedande åtgärder före operationen samt till att väcka patienten när operationen är slutförd och till att förbinda såret) (gul).

Operationseenheternas saltidsinformation visar att HUCS sjukvårdsområden klarar sig väl i den riksomfattande jämförelsen. Av hela salstiden utgör den tid som används för själva operationen i genomsnitt cirka 66 procent vid de

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



FIGUR 6. Användningen av salstider vid HNS avdelningskirurgiska operationseenheter under tjänstetid på vardagar år 2011 jämfört med hela landets avdelningskirurgiska enheter tillsammans.

Källa: Grönholm P, HNS Informationsförvaltning, styrsystemet för HNS operationsverksamhet Opera 2012.

kirurgiska vårdavdelningarna i Finland. Motsvarande siffra för HUCS operationsavdelningar varierar mellan 68–78 procent. För HNS övriga sjukvårdsområden varierar det motsvarande procenttalet mellan 48–65 procent.

Längden av ingrepp som görs i operationssalar påverkar nyttjandegraden; markeringen med grönt är desto större ju långvarigare operationer som utförs i enheten i fråga, och desto mindre ju fler byten som görs mellan operationer. Eftersom alla staplar i figur 6 består av material från flera operationssalar, visar resultaten grovt, men relativt tillförlitligt skillnaderna mellan operationssalarnas salstider. Vid analys av resultaten bör man komma ihåg operationsenheternas olika profiler och patientfall.

Bytestiden (som börjar när den föregående patienten lämnar salen och slutar när den följande patienten anländer i salen) (blå) är i genomsnitt 12 procent i hela landets operationsenheter. Av HUCS sjukvårdsområdes operationsenheter når alla minst samma nivå (5–12 procent). I HNS övriga sjukvårdsområden varierar bytestiden mellan 14–17 procent. Målsättningen är att andelen salar som står tomma på morgonen (tiden från att skötarnas arbetstid börjar till dess att den första patienten anländer i salen) (orange) underskrider fem procent och att andelen salar som står tomma på kvällen (tiden från att den sista patienten lämnar salen till dess att skötarnas arbetstid slutar) (violett) ligger närmare tio procent.

**OBSERVATION** Operationsenheternas verksamhet bör utvecklas på HNS-nivå på så sätt att operationssalarnas nyttjandegrad stiger och man samtidigt speciellt fäster uppmärksamhet vid produktiv användning av arbetskraften. Speciellt bör man planera att utnyttja flexibla arbetstider på så sätt att man bättre utnyttjar de salstider på morgonen och på kvällen då operationssalarna står oanvända.

## 3.5 Tjänsternas effekt och kostnadseffektivitet

Enbart en bedömning på basis av verksamhetens produktivitet är inte tillräcklig, eftersom man då fokuserar på mängden tjänster som produceras, men inte på hur mycket hälsa eller välmående specialsjukvården producerar. Utöver att mäta produktiviteten behöver man information om vårdens effekt och kostnadseffektivitet.

### 3.5.1 Mätningar av livskvalitet vid bedömning av specialsjukvårdens kostnadseffektivitet

Effektivitets- och kostnadseffektivitetsforskning har bedrivits inom HNS i tio års tid. Under denna tid har man

skapat en modell, med vars hjälp man kan samla in information om effekten med en enhetlig mätare på ett sätt som möjliggör jämförelse av olika specialområden. Bedömningen av effekten baserar sig på patienternas eget omdöme om den hälsorelaterade livskvaliteten, som samlas in med hjälp av en allmän, inte sjukdomsspecifik 15D-frågeblankett före vården och inom 3–24 månader efter att vården har slutförts.

Detta gör det möjligt att ange vårdens slutresultat med hjälp av kvalitetsviktade levnadsår och då kan man jämföra effekten till exempel mellan olika hälsoproblem eller olika sjukvårdsdistrikt. I de kvalitetsviktade levnadsåren iaktas både livslängden och livskvaliteten. Ett exempel på denna typ av jämförelse är resultatet i tabell 7 om priset för ett kvalitetsviktat levnadsår som fås med olika åtgärder eller behandlingar på basis av undersökningar som gjorts vid HNS. Utgångspunkten har varit mätning av s.k. effekt i vardagen utan att avgränsa utvärderingsobjektet till en specifik patientgrupp. Informationen som samlats in har hittills huvudsakligen använts i vetenskapliga publikationer.

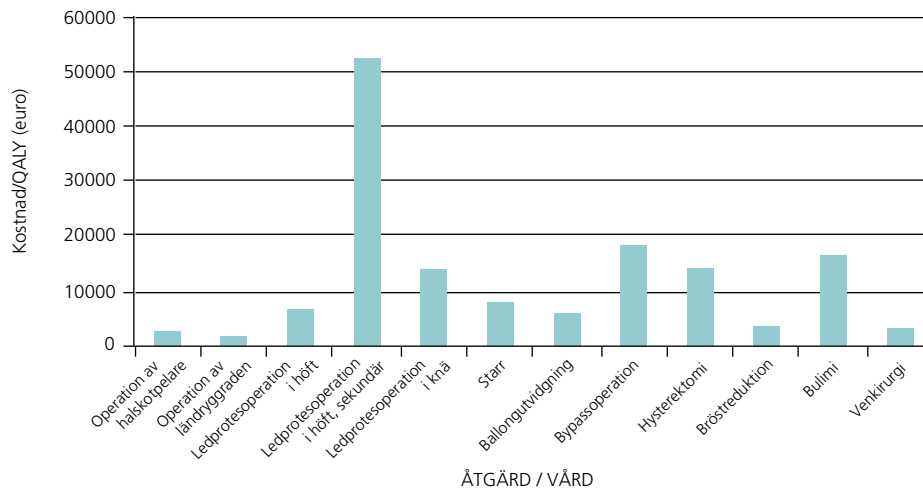
I en stor organisation som HNS bör den systematiska och kontinuerliga bedömningen av verksamhetens effekt och kostnadseffektivitet centraliseras på så sätt att man använder enhetliga mätare och metoder för att producera jämförbar information och för att undvika överlappande utvecklings- eller undersökningsåtgärder. Utnyttjandet av resultaten i serviceproduktionen förutsätter samarbete mellan klinikerna, forskarna, förvaltningen och IT-experterna.

**OBSERVATION** För att kunna bedöma förverkligandet av en patientorienterad och effektiv specialsjukvård som ges i rätt tid, måste man utveckla mätarna och tillämpa dessa på vårdrutinerna. På så sätt kan man säkerställa att det vid HNS endast används metoder, vars effekt har vetenskapligt bevisats.

Effektiviteten och säkerheten av samt kostnaderna för hälsovårdens metoder bedöms på riksomfattande nivå i specialsjukvårdsdistriktens och THL/Finohtas samprojekt, det s.k. Halo-programmet (<http://finohta.stakes.fi/FI/halo/katsaukset/index.htm>). Sammanlagt har 35 Halo-översikter färdigställts och en representant för HNS har deltagit i 77 procent av dem. Vilken effekt rekommendationerna har haft på användningen av metoderna under åren 2006–2010 vid HNS och ÅUCS kommer att bedömas under 2012.

Till exempel har man inom HNS undersökt starrkirurgins effekt inom ramen för ett sådant projekt som beskrevs ovan<sup>6</sup>. Enligt resultaten upplevde cirka 41 procent av starrpatienterna sin hälsorelaterade livskvalitet ha förbättrats

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



FIGUR 7. Kostnadseffektiviteten av olika åtgärder eller behandlingar vid HNS enligt undersökningar gjorda åren 2002–2010. Effekten har angetts som kvalitetsviktade levnadsår (QALY) och kostnaderna är direkta kostnader för specialistsjukvården.

Källa: Roine RP, HNS forsknings- och utvecklingsverksamhet, 2012.

efter starroperationen. Enligt en utredning som gjordes inom ramen för ett servicesedelprojekt år 2011 angav 93 procent av patienterna att deras livskvalitet hade förbättrats efter starroperationen. Dessa resultat skiljer sig avsevärt från varandra, och de eventuella orsakerna till detta borde utredas. År 2011 publicerade Falck et al. sin observation, enligt vilken var tredje patient i Finland som kommer in för en starroperation inte uppfyller kraven för icke-brådskande operationsvård<sup>7</sup>. På grund av de ovan nämnda motstridiga forskningsresultaten är det viktigt att bedöma indikationsställning vid, effekt av och kostnader för HNS starroperationer med ett nytt urval och säkerställa vårdens effekt.

**OBSERVATION** De metoder och mätare som används för att bedöma vårdens effekt bör vara vetenskapligt valida och även tillåta jämförelse av olika specialområden och patientgrupper.

### 3.5.2 Behandlingen av blodcirkulationsstörningar i hjärnan ett exempel på en ny och effektiv innovation

I Finland drabbas årligen cirka 11 500 personer av en blodcirkulationsstörning i hjärnan (transitorisk ischemisk attack, TIA)<sup>8</sup>. Av hälsovårdens totala kostnader utgör vården av patienter med blodcirkulationsstörningar i hjärnan cirka sju procent. Dödligheten bland hjärninfarktpatienter per år har minskat under åren 1999–2008 från 29 procent till 25 procent och behovet av långvarig anstaltsvård har minskat<sup>9</sup>.

Trombolysbehandling, som har konstaterats vara den effektivaste vården, lämpar sig för ungefär en tredjedel av hjärninfarktpatienterna. I HNS ges trombolysbehandling vid den neurologiska jourmottagningen i Mejlans. Av de hjärninfarktpatienter som kom till HUCS år 2011 fick 31 procent trombolysbehandling. Detta är 16 procent av alla hjärninfarktpatienter inom HNS område och den högsta regionala procentandelen som publicerats (USA och Sverige fyra procent, Nordtyskland tolv procent)<sup>10</sup>. Denna procentandel kunde fördubblas om anhöriga, akutvårdspersonal och andra anställda inom hälsovården snabbt skulle identifiera symtomen på blodcirkulationsstörningar i hjärnan och det brådskande vårdbehovet (se mer på UB:s fram- och bakomslag).

Internationella behandlingsrekommendationer vid hjärninfarkt anvisar att utnyttja de medel som telemedicin erbjuder i behandling av hjärnslag. Med hjälp av telemedicinska konsultationer vid hjärnslag, det s.k. telestroke-systemet, kan patienten undersökas och behandlas tillförlitligt, och även ges trombolysbehandling. I systemet finns en videoförbindelse mellan jourpolikliniken vid Mejlans sjukhus och den vårdande enheten. Att fatta vårdbeslut via telestroke-systemet skiljer sig inte avsevärt från att fatta vårdbeslut på ort och ställe. Neurologiska kliniken vid HUCS samarbetar med sju sjukhus i diagnostisering.<sup>11</sup>

**OBSERVATION** Verksamhetsmodellen som skapats för att behandla blodcirkulationsstörningar i hjärnan bör utnyttjas bättre både inom HNS och i hela landet.

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

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

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

10 Meretoja A, Strbian D, Mustanoja S, et al. Reducing in-hospital delays to 20 minutes in stroke thrombolysis. Neurology 2012; In Press.

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

## 4 Strategiskt mål 2: högklassig forskning och undervisning vid HNS

### 4.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen

NYCKELMÅL 2013	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV UTFALLET AV NYCKELMÅLEN
<p><b>1. I sjukvårdsdistriktet bedrivs högklassig forskning som kontinuerligt utvecklas och täcker alla av HNS viktigaste verksamhetsområden i samarbete med Helsingfors universitet och övriga högskolor.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Publikationers HI-index</li> <li>● Utvecklingen av effektivitets- och systemforskningen</li> </ul>	<p>I BSVB framförs inte att Hirsch-indexets börvärde (105) skulle ha realiserats.</p> <p>I många saker har utvecklingen dock skett i riktning mot målet, t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● HNS forskningsproduktion som bedömdes med EVO-poäng fortsatte att växa och i medicinska tidskrifter som använder benchmarking publiceras årligen ca 1 700 artiklar</li> <li>● Man har vidtagit tydliga åtgärder för att styra forskningen så att den leder till förbättrad diagnostik och vård</li> <li>● Det har gjorts fler kunskapsprov än tidigare</li> <li>● Arbetsinsatsen av en person har reserverats för assistans vid upprättande av stipendieansökningar</li> <li>● En utredning om forskningens effekt på serviceproduktionen inleddes, men fullbordandet av rapporten har fördröjts till år 2012</li> <li>● Mängden effektivitets- och systemforskning bedömdes inte, men dess verksamhetsbetingelser förbättrades t.ex. genom att flytta effektivitetsforskningen till en utvecklingsgrupp</li> </ul> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p>
<p><b>2. Inom HNS ges högklassig grundutbildning, fortbildning och vidareutbildning som motsvarar hälsovårdens behov till alla yrkesgrupper inom hälsovården i samarbete med Helsingfors universitet, medicinska fakulteten och övriga läroanstalter.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● HNS möjlighet att styra beslut om mängden och innehållet av den utbildning som ges till specialister och vårdpersonal</li> <li>● Hälsovårdsstuderandenas tillfredsställelse på kvaliteten av den kliniska praktiken</li> </ul>	<p>Utveckling i riktning mot målen har skett:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ordnandet av undervisningsverksamheten har utvecklats</li> <li>● Man inrättade ett samarbetsnätverk med yrkeshögskolorna för att bedöma utbildningens innehåll och utbildningsmängderna</li> <li>● Hälsovårdsstuderande bedömde kvaliteten av den kliniska praktiken med CLES-mätaren, och medeltalet 8,38 (på skalan 0–10) var bättre än år 2010</li> </ul> <p style="text-align: right;">○ ○ ●</p>

\* Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade, röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.



BSVB rapporterar relativt omfattande om forskningsresultaten beträffande år 2011. Publikationer där skribenten är anställd vid HNS eller där materialet utgörs av patienter vid HNS har inte sammanställts. De forsknings- och utvecklingsprojekt som anges i nedanstående tabell 2 har tagits ur Tietu-systemet, som är avsett för hantering, behandling och statistikföring av vetenskaplig forskning. Av de undersökningar och utvecklingsprojekt som inleddes år 2011 var 74 procent klinisk forskning, 22 procent grundforskning och fyra procent systemforskning.

**OBSERVATION** Registrering av forskningspublikationer som författats vid HNS (även andra än medicinska) bör utvecklas på så sätt att forskningsresultaten är lättillgängliga (t.ex. enligt specialområde) och kan enkelt utnyttjas och kategoriseras.

Projektgrupp	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Biomedicinsk	369	369	313	321	333	324	338
Vårdvetenskaplig forskning	7	7	6	3	7	8	13
Övrig vetenskaplig forskning	14	14	17	18	6	9	11
Projekt för utveckling av verksamheten	19	26	29	23	23	19	25
Kunskapsprov	126	105	89	69	68	118	158
Övrig tillståndspliktig forskning/ testning, utveckling m.m.	7	6	5	5	2	6	7
<b>Totalt</b>	<b>542</b>	<b>527</b>	<b>459</b>	<b>439</b>	<b>439</b>	<b>484</b>	<b>552</b>

TABELL 2. Forsknings- och utvecklingsprojekt som inleddes vid HNS åren 2005–2011.

Källa: Kovanen T, HNS Forskningsledning 2012.

## 5 Strategiskt mål 3: ledning som stödjer och uppskattar den multiprofessionella expertorganisationen

### 5.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen

NYCKELMÅL 2013	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV UTFALLET AV NYCKELMÅLEN
<p><b>1. Vid HNS är ledarskapet kunskapsbaserat, sporrande och skapar delaktighet.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Chefsindex (ALB)</li> <li>● Användning och aktivt utnyttjande av ToTal-systemet i verksamheten</li> <li>● Belöningssystem</li> </ul>	<p>Positiv utveckling skedde bl.a. i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● arbetslivsbarometerns (ALB) chefsindex <span style="float: right;">○</span></li> <li>● förnyelse av ledarskapsutvecklingsprogrammet <span style="float: right;">●</span></li> <li>● utvecklingen och implementeringen av HNS-ToTal-portalen (ledarskap och informationsutbyte på basis av HNS informationslager med medlemskommunerna) <span style="float: right;">○</span></li> <li>● implementeringen av det förnyade belöningssystemet</li> </ul> <p>Ytterligare utvecklingsbehov konstaterades bl.a. i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● beredningen av stora strukturförändringar och andra förändringar (t.ex. engagerande av hela personalen i genomförandet av omstruktureringen av psykiatrin och i planeringen och ledningen av utrymningsoperationen på grund av renoveringen av Mejlans tornsjukhus)</li> <li>● arbetstillfredsställelsen som varierade betydligt mellan olika enheter och yrkesgrupper</li> <li>● hur utvecklingssamtal fördes samt i anvisningarna och it-supporten för dem</li> </ul>

\* Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade, röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.

**OBSERVATION** Grunderna för utbetalning av resultatpremier bör i större utsträckning än i dagsläget baseras på HNS totala resultat. Grunderna för resultatpremierna bör uppmuntra till kostnadsbesparingar och de får inte uppmuntra till deloptimering.

## 6 Strategiskt mål 4: branschens mest attraktiva arbetsplats med många möjligheter

### 6.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen

NYCKELMÅL 2013	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV UTFALLET AV NYCKELMÅLEN
<p><b>1. HNS sjukhus och andra verksamhetsenheter har en egen kunnig, motiverad, och permanent personal.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Andelen fast anställda bland personalen i HNS tjänst</li> <li>● Mängden inhyrd arbetskraft</li> <li>● Karriärmallar</li> <li>● Vidareutbildning</li> </ul>	<p>Positiv utveckling skedde bl.a. på följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mängden vidareutbildning svarade mot den genomsnittliga nivån per anställd inom social- och hälsovården i kommunerna.</li> <li>● Igångsättandet av enkäter om inskolning och avgång</li> <li>● Ibruktagandet av systemet för arbetssökande för kommunalt anställda (Kommunrekry)</li> </ul> <p>Ytterligare utvecklingsbehov konstaterades bl.a. på följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Börvärdet för antalet fast anställda (minst 80,1 procent) uppnåddes inte, utfallet var 78,6 procent</li> <li>● Målet för minskning av inhyrd arbetskraft förverkligades inte, utan höll sig på fjolårets nivå (225 årsv.)</li> <li>● ALB och enkäterna om inskolning visade på brister speciellt i inskolningen (bl.a. för läkare i specialistutbildning), utvecklings-samtal och chefsarbete</li> <li>● Rekryteringen av arbetskraft var problematisk i vissa områden både i fråga om vårdpersonal (bl.a. operationssalar) och läkare (psykiater, radiologer, ögonläkare)</li> </ul>

\* Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade, röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.

Förutom utfallet av nyckelmål bedömde revisionsnämnden också HNS attraktivitet som arbetsplats, ökningen i antalet anställda samt registreringen och uppföljningen av anmälan om bisyssla.

### 6.2 HNS attraktivitet som arbetsgivare

Ett mål beträffande personalen för år 2011 var att HNS ska vara branschens mest attraktiva arbetsplats. Den privata sektorn har blivit allt mer attraktiv speciellt på grund av att den ofta kan erbjuda större flexibilitet i arbetstiderna än HNS. År 2011 var 11 procent av personalen vid HNS deltidsanställda. I anvisningen om flexitid som uppdate-

rades år 2011 ökades flexramen på morgonen och på kvällen. Också i de nya anvisningarna om distansarbete, som godkändes i början av år 2012, ökades flexibiliteten.

Enligt resultaten från enkäten om arbetsgivarimagen som gjordes bland läkare år 2011 (svarsprocent 12) är HNS den klart bäst kända arbetsgivaren, men vissa andra av de största privata hälsovårdsföretagen upplevdes lika attraktiva och intressanta som arbetsgivare som HNS. Föreställningarna om HNS var i många avseenden rätt negativa (t.ex. ledarskap, arbetsklimat, vårdpersonalens tillräcklighet, anställningsförmåner, arbetsgivarens flexibilitet i fråga om familj/arbete och ryktet som lönebetalare).<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Mediuutiset, Lääkäreiden Työnantajamielikuvatutkimus, HUS Yhteenvetoraportti, 8.6.2011.

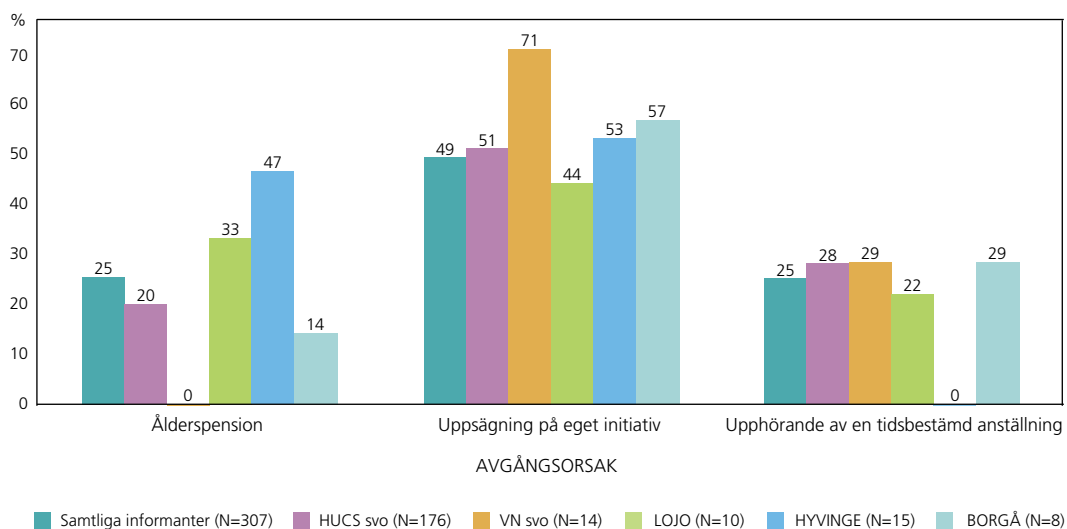
**OBSERVATION** Att möjliggöra deltidsarbete och andra lösningar för flexibel arbetstid i större utsträckning än idag är en kritisk faktor för rekryteringen och för att arbetskraften ska stanna i arbetet och dessa möjligheter bör utredas.

Avgångsomsättningen bland fast anställda år 2011 var 6,7 procent (år 2010 var motsvarande siffra 5,8 procent). Mest ökade antalet uppsägningar, vars antal uppgick till 679 (93 personer fler än år 2010). Cirka 50 procent av dem som svarade på avgångsenkäten hade egen uppsägning som grund för avgången (figur 8). Efter att ha lämnat HNS var den nya arbetsgivaren oftast en annan kommun eller samkommun (38 procent) eller den privata sektorn (28 procent). (Avgångsenkäter 2011)

Ur avgångsenkäterna framgick speciellt missnöje med möjligheterna att påverka det egna arbetet, arbetsmängden och belöningen för goda resultat. På frågan "skulle du rekommendera HNS som arbetsplats för en vän eller bekant" svarade bara 59 procent av informanterna "ja" (28 procent "kanske" och 13 procent "nej"). Attityderna förändras i och med åren i arbetet; i inskolningsenkäten för nya arbetstagare svarade 65 procent "ja", men i avgångsenkäten bara 55 procent (Keijonen P. 19.1.2012).

## 6.3 Utvecklingen av antalet anställda

Sammanlagt överskred HNS personal budgeten för 2011 med 133 personer och arbetsinsatsen 297 årsverken



FIGUR 8. Orsakerna för avgång enligt sjukvårdsområde 2011 (procent av informanterna som svarat på avgångsenkäten).

Källa: Avgångsenkäter 2011.

(årsv.), vilket överstiger budgeten med 1,8 procent. Lä-karnas årsverken överskred planen med 4,3 procent (92 årsv.). BSVB och personalrapporten hänvisar till några orsaker (t.ex. overtidsarbete för att fylla vårdgarantiplikten och extra arbete för att anteckna digitala dikteringar), men BSVB ger ingen täckande förklaring för orsakerna till att antalet anställda och årsverken har ökat och allokerats till olika uppgiftsområden.

**OBSERVATION** HNS bör upprätta tydliga spelregler beträffande extratjänster och -uppgifter som behandlas under budgetåret och som inte ingår i budgeten (bl.a. motivering av dessa, process för godkännande och rapportering), för att man snabbt ska kunna ingripa i ökning av personalkostnaderna under loppet av budgetåret.

Det arbete som HNS personal utför på andra ställen än vid HNS kan inte bedömas, eftersom anmälan om och tillstånd för bisyssla inte registreras systematiskt. i.

**OBSERVATION** Praxisen för anmälan om och tillstånd för bisyssla bör ändras så att anmälningarna sammanställs. Blanketten för anmälan/ansökan om tillstånd för bisyssla bör kompletteras så att också styrelsemedlemskap och innehav, d.v.s. ekonomiska bindningar, framgår ur den.

## 7 Strategiskt mål 5: ständig förbättring av rutiner och strukturer

### 7.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen

NYCKELMÅL 2013	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV UTFALLET AV NYCKELMÅLEN
<p><b>1. Ständig förbättring av processer och servicekedjor</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antalet bekräftade generiska delprocesser och utfallet av implementeringar</li> <li>• Utskrivningsprocessen: antalet fördröjningsdagar vid förflyttning, övriga mätare för utskrivningsprocessen</li> <li>• Utvecklingen av övriga processer och servicekedjor</li> </ul>	<p>Beskrivningarna av de generiska processerna har färdigställts. Publiceringen av dessa, liksom publiceringen av servicekedjorna på extranätet har flyttats till år 2012. <span style="float: right;">○ ● ○</span></p> <p>Avgiften för fördröjningsdagar vid förflyttning ändrades från och med den 1 juli 2011, så att den i enlighet med orsaksprincipen debiteras av patientens medlemskommun. De avgiftsfria "karensdagarna" (2011 i de somatiska specialområdena tre dagar efter anmälan om förflyttning och inom psykiatri 21 dagar) har dock gett kommunerna möjlighet att fördröja förflyttningen av patienter till fortsatt vård med "karensdagarna". Karensdagarna betalas av alla kommuner och faktureringen sker inte i enlighet med orsaksprincipen. Börvärdet för fördröjningsdagar vid förflyttning (0 dagar) uppnåddes inte. I BSVB beskrivs antalet fördröjningsdagar vid förflyttning kommunvis år 2011.</p> <p>Den nya avgiften för fördröjningsdagar vid förflyttning är inte en tillräcklig sporre för medlemskommunerna att snabbt ordna fortsatt vård. Antalet fördröjningsdagar vid förflyttning uppgick (enligt rapporten från Navitas-portalen för förflyttning) år 2011 sammanlagt till cirka 36 000 dagar (inklusive karensdagar och veckoslut), vilket motsvarar över tre bäddavdelningar med 30 vårdplatser.</p>
<p><b>2. Hela sjukvårdsdistriktets resurser utnyttjas effektivt. Man har infört en systematisk handlingsmodell för att komma överens om och genomföra arbetsfördelningen och samarbetet mellan olika enheter inom HNS, medlemskommunerna, hälsovårdscentralerna och specialansvarsområdet.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Produktionsstyrning och framförhållning och planering vid utnyttjande av resurser görs systematiskt i hela distriktet</li> <li>• Efterfrågan och utbud är i kontrollerad balans</li> </ul>	<p>Enligt BSVB är arbetet med att fastställa en handlingsmodell för produktionsstyrningen klart. <span style="float: right;">○ ● ○</span></p> <p>Åtgärderna för att nå kontrollerad balans i efterfrågan och utbud har flyttats fram till år 2012.</p> <p>Se kapitel 7.2.</p>

<p><b>3. Handlingssätten inom och strukturen av stödtjänsterna stödjer på ett effektivt och högklassigt sätt genomförandet av specialistsjukvård samt uppnåelse av målläget på HNS-nivå.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enhetskostnaderna för och kvaliteten av stödtjänsterna är konkurrenskraftiga i förhållande till andra organisationer som producerar motsvarande tjänster (benchmarking)</li> <li>● Förbättring av produktiviteten; enhetskostnaderna för stödtjänsterna utvecklas mer moderat än kostnadsökningen och till och med sjunker</li> </ul>	<p>Ur BSVB framgår inte hur metoderna för benchmarking av stödtjänstenheterna och de slutsatser och åtgärder som görs utifrån dem skulle ha utvecklats, fastän det i åtgärderna konstateras att detta skulle ha gjorts.</p> <p>I BSVB ges ingen information om stödtjänsternas enhetspriser eller jämförelse av dem med andra aktörers enhetspriser.</p> <p>Handlingssätten inom stödtjänsterna utgjorde inte till alla delar ett optimalt stöd för genomförandet av specialistsjukvården under 2011. Resultatpremier och andra motivationstillägg styr affärsverken förutom till att öka produktiviteten, också till att kontinuerligt expandera verksamheten. Detta står i strid med kärnverksamhetens kostnadseffektivitet och besparingsmål.</p>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
<p><b>4. Nationell föregångare inom hälsopolitiska riktlinjer och utveckling av servicekedjor.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Den hälsopolitiska verksamhetsmiljön utvecklas på ett sätt som stöder utvecklingen av servicekedjor och främjande av den totala effektiviteten</li> </ul>	<p>Man har aktivt påverkat de hälsopolitiska riktlinjerna. Verkställande direktören har aktivt deltagit i den offentliga hälsopolitiska debatten.</p> <p>Servicekedjorna utvecklas i vissa enheter men en del utvecklingsprojekt har försenats från tidtabellen. Medlemskommunerna har dåliga kunskaper om servicekedjorna och i genomförandet av dem finns utrymme för utveckling.</p>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
<p><b>5. Förutom till kommunerna producerar sjukvårdsdistriktet tjänster även till försäkringsbolag och patienter som betalar själv. Denna typ av verksamhet åtskiljs vid behov från den övriga verksamheten med beaktande av bestämmelserna om konkurrensneutralitet.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Extern försäljning</li> </ul>	<p>Målet var att försäljningen till betalande patienter och försäkringsbolag år 2011 överskrider nivån för år 2010. Detta förverkligades inte, eftersom försäkringsbolagens fakturering minskade med 6,7 procent och deras andel av totalfaktureringen var 1,1 procent. Faktureringen av utländska patienter som betalar själva ökade med 22 procent, men utgjorde trots det endast 0,3 procent av totalfaktureringen. Faktureringen av andra än medlemskommunerna ökade med 8,0 procent jämfört med året innan.</p> <p>Fullmäktige beslutade i oktober 2011 att grunda Hyksin kliniset palvelut Oy, och avsikten är att erbjuda tjänster bl.a. för dessa patientgrupper.</p>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

\* Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade, röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.

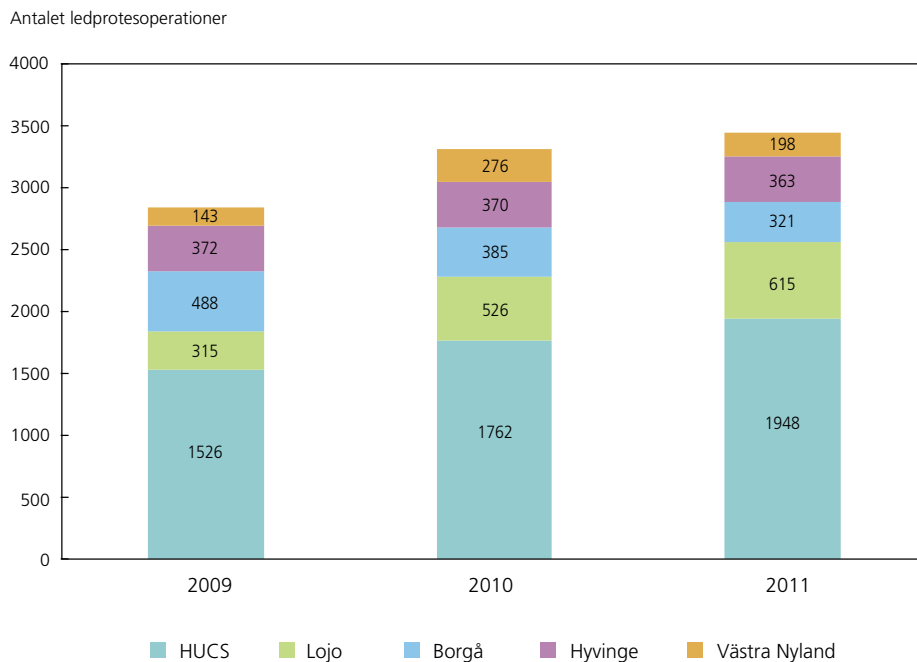
Förutom utfallet av nyckelmålen bedömde revisionsnämnden också ledproteskirurgin, samjourer, omstrukturering- en av psykiatrin och miljömedvetenhet.

## 7.2 Ledproteskirurgin inom HNS område

Antalet primäroperationer av ledproteser i höft och knä ökade med 3,8 procent (126 operationer) från år 2010 till

år 2011. I HUCS sjukvårdsområde och Lojo gjordes 186 respektive 89 fler operationer än år 2010. I Borgå och Västra Nyland gjordes 64 respektive 78 färre operationer än året innan (figur 9).

Denna utveckling är inte i linje med det strategiska målet att utnyttja resurserna effektivt. Ledprotesoperationerna anvisas inte i tillräckligt hög grad till sjukhus med lediga resurser. I enlighet med tidigare år utfördes i Pejas sjukhus ledprotesoperationer som tilläggsarbete, medan Borgå sjukhus hade ledig kapacitet. Borgå sjukhus andel



FIGUR 9. Antalet ledprotesoperationer i höft och knä (endast primäroperationer) under åren 2009–2011 enligt sjukvårdsområde.

Källa: V. Remes, 12.4.2012, HNS/Kliniken för ortopedi och traumatologi, Hilmo/THL.

av de årliga ledprotesoperationerna vid HNS minskade med tre procent från år 2010 till år 2011, samtidigt som Pejas och Lojo sjukhus procentandelar växte.

**OBSERVATION** Vid val av ort för ledprotesoperationer står de strategiska nyckelmålen och den praktiska verksamhetsledningen i strid med varandra. Beslut om var ledprotesoperationer görs bör fattas med beaktande av kapaciteten i hela HNS-området. Mertidsarbete bör inte göras om det samtidigt finns lediga resurser vid ett annat sjukhus inom HNS-området.

### 7.3 Samjourerna på HNS område

Med samjour avses en hälsocentralsjour som produceras av HNS eller för vilken HNS säljer stödtjänster eller hyr ut lokaler till, samt där primärhälsovårdens och specialsjukvårdens jourmottagning finns i samma byggnader antingen tillsammans eller parallellt. År 2011 producerade HNS både primärhälsovårdens och specialsjukvårdens jourtjänster vid tre samjourer (Hyvinge, Jorv och Västra Nyland). Vid Pejas sjukhus, i Borgå och Lojo, bedrevs specialsjukvårdens jour parallellt med hälsocentralsjouren, men av en annan producent. Också på Barnkliniken bedrevs

jourmottagningarna parallellt. I Borgå har man fattat beslut om att övergå till samjour. I Lojoregionen och på Pejas område överläggs olika alternativ och i Helsingfors utvecklas stadens egen akutsjukhusverksamhet bl.a. genom att öka samarbetet med HNS specialsjukvård.

Grunden för att övergå till samjour har varit oron över patientsäkerheten och jourtjänsternas kvalitet samt problemen med att rekrytera hälsocentralsläkare. Det finns ingen pålitlig information om vilken kostnadseffekt de olika sätten att ordna juren på har för kommunerna och patienterna, vilket beror på problem med kostnadskalkyleringen.<sup>13</sup>

### 7.4 Psykiatrins omstrukturering

HNS psykiatri har under de senaste åren genomgått en omfattande förändringsprocess där psykiatrins anstaltsbetoning har avvecklats i samarbete med kommunernas och organisationernas personal. Antalet vårdplatser har minskats med 120 stycken och resurser har överfört till öppenvården. Antalet vårdplatser i Ekåsens sjukhus i Västra Nylands sjukvårdsområde har skurits ned avsevärt. Förändringsprocessen som helhet och placeringen av personal samt samarbetet har förlöpt väl. Psykiatererna

<sup>13</sup> Utredning om HNS-områdets samjourer. Jourmodellerna inom primärhälsovården och specialsjukvården samt jämförbarheten av deras kostnader. HNS Enheten för extern kontroll, revisionsnämnden, 2011.

vid Jorv klinikgrupp inom HUCS psykiatri hade olika syner på ändringsprocessen och ledningen av den. Samförstånd söktes vid förhandlingar under ledning av chefsöverläkaren. Som resultat av förhandlingarna omorganiserades klinikgruppen i början av år 2012.

Revisionsnämnden konstaterar att förändringen i psykiatriens servicestruktur är ett positivt exempel på betydande strukturellt utvecklingsarbete, där man har flyttat resurser mellan sjukvårdsområdena, ökat betoningen på öppenvård, utnyttjat möjligheterna som Internet erbjuder i nya verksamhets sätt (HNS-huset för mental hälsa) och hittat ekonomiskt effektiva lösningar bl.a. genom att centralisera verksamheter och ta bort överlappande verksamheter.

## 7.5 Ökning av miljömedvetenheten

Inom HNS godkändes våren 2011 ett miljöprogram för åren 2011–2015. Programmets verkställande och miljökonsekvensbedömningen koordineras av HNS-Miljöcentralen som är verksam i anslutning till HNS-Lokalcentralen. Dess prioriterade verksamhetsområden är bl.a. avfallshandling, energieffektivitet och materialeffektivitet. Målet är att öka miljömedvetenheten på alla nivåer på så sätt att beaktande av miljöfrågor utgör en del i all verksamhet. Redan över ett tusen personer har utbildats till miljöansvariga och har som uppgift att öka miljömedvetenheten

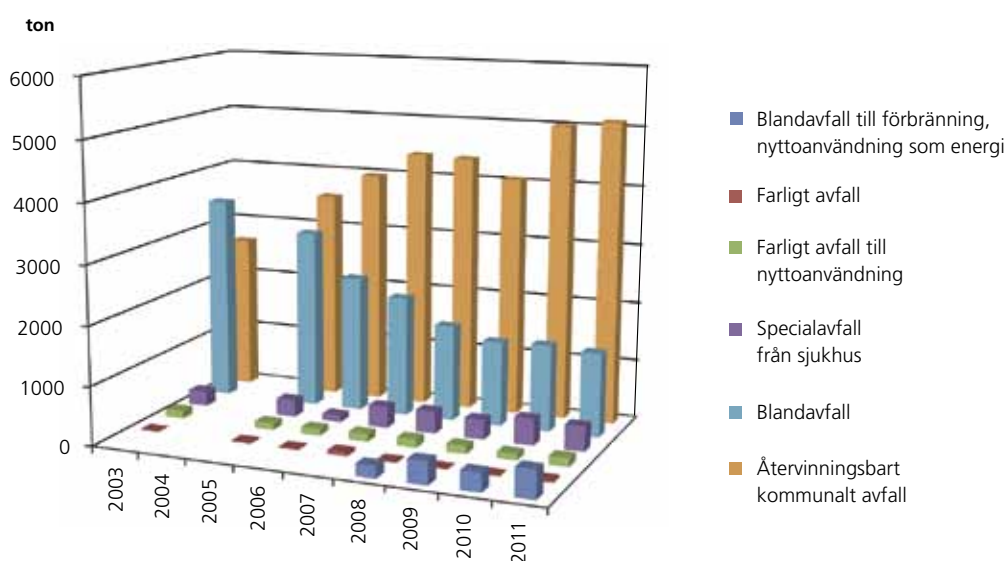
i organisationen. Samtliga sjukvårdsområden och affärsverk har miljöansvarsgrupper.

År 2011 producerade man inom HNS 7,6 miljoner kilo avfall, varav 74 procent kunde nyttos användas. I Helsingfors var ungefär en miljon kilo av denna avfallsmängd bioavfall, d.v.s. matavfall. Mängden återvinningsbart kommunalt avfall har ökat inom HNS från år 2003 till år 2011, samtidigt som mängden blandavfall har minskat (figur 10). Den totala kostnaden för 2011 års avfallsmängd uppgick till cirka 3,3 miljoner euro.

Engångsartiklar används fortfarande i stor utsträckning. Målsättningen är att delvis byta till exempel operationskläder och -dukar avsedda för engångsbruk mot microfiberprodukter som kan användas flera gånger och tvättas. År 2011 användes 170 000 operationsrockar för engångsbruk, vilket utgjorde en kostnad om 423 000 euro. (Virta M, HNS-Miljöcentralen, 2012)

Miljöcentralen lämnar årligen en miljörapport, men 2011 års rapport fanns ännu inte tillgänglig när utvärderingsberättelsen skrevs.

**OBSERVATION** Revisionsnämnden lägger stor vikt på att det har utarbetats ett miljöprogram för HNS. Dess verkställande kan även generera kostnadsbesparingar. Miljökonsekvenserna bör beaktas i HNS byggprojekt redan under anbudsproceduren. Miljörapporten bör färdigställas tidigare så att informationen i den utgör en del av BSVB-dokumentet.



FIGUR 10. Avfallsmängderna inom HNS 2003–2011 (ton)

Källa: Virta M, HNS-Miljöcentralen, 2012.



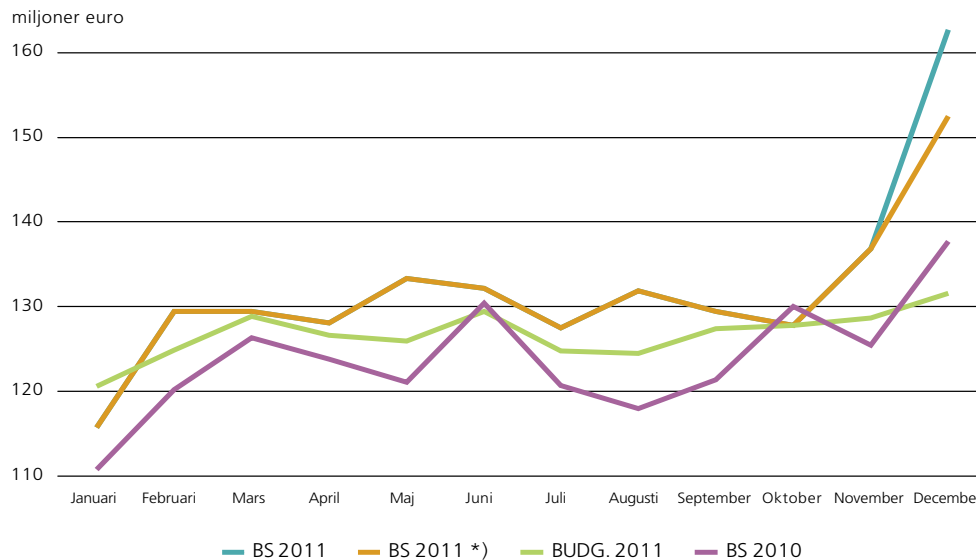
## 8 Strategiskt mål 6: förtroendebaserat samarbete med kommunerna och förutsägbar, balanserad ekonomi

### 8.1 Revisionsnämndens bedömning av utfallet av nyckelmålen

NYCKELMÅL 2013	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV UTFALLET AV NYCKELMÅLEN
<p><b>1. Medlemskommunernas förtroendemannanna- och tjänstemannaledning och ledningen för deras verksamhetsenheter inom primärhälsovården har stort förtroende för HNS som producent av specialsjukvårdens tjänster och som partner.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkät om ägartillfredsställelse</li> </ul>	<p>Ägarnas tillfredsställelse kan inte bedömas eftersom enkäten inte genomfördes. De olika formerna för samarbete med kommunerna har dock utvecklats t.ex. genom att man har ordnat utbildningar för kommunernas ledning och allmänna informationsmöten för beslutsfattare i kommunerna.</p> <p>HUSTRA-arbetsgruppen har fortsatt sin verksamhet och behandlat aktuella finansiella och ekonomiska frågor med betydelse för kommunernas ägarstyrning för den officiella behandlingen av ärendena i nämnder, direktioner och styrelsen. Motsvarande intensiv kommunikation på HNS-nivå mellan de tjänstemän som ansvarar för serviceproduktionen inom primärhälsovården och specialsjukvården har inte upprättats.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p>
<p><b>2. I medier omnämns HNS klart oftare i positiva än i negativa sammanhang.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Expertpanelens årliga bedömning, på skalan 1–5 nås 3,5</li> </ul>	<p>Expertpanelen ordnades inte. Rapporterna från mediauppföljningstjänsten visade att rapporteringen om HNS under 2011 oftare var positiv än negativ.</p> <p>Kommunikationens projekt "Utveckling av varumärkena för HNS enheter" slutfördes hösten 2011. Enligt revisionsnämndens observationer har projektets genomförande medfört vissa problem och slutresultatet är inte tillfredsställande. Trots detta har projektet genererat material, t.ex. kommunikationsstjärnor (toppexperter och -enheter som valts ut på medicinska kriterier, vårdmässigt högkvalitativa angelägenheter eller exemplariska process- och serviceinnovationer), som bör utnyttjas i kommunikationen.</p> <p style="text-align: right;">○ ● ○</p>
<p><b>3. Ökning av produktiviteten; produktiviteten ökar med två procent per år. Produktivetsmålet för år 2011 är 1,6 procent.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● DRG-poängkostnad (somatisk produktion)</li> <li>● Mätare för produktiviteten av den psykiatriska produktionen (bör utvecklas)</li> </ul>	<p>HNS produktivitet ökade fortsättningsvis. Antalet DRG-poäng ökade mer än kostnaderna, som deflaterats enligt sjukhuskostnadsindexet. DRG-poängkostnaden sjönk med 2,0 procent jämfört med 2010.</p> <p>Samkommunens produktivetsmål uppnåddes. HUCS produktivetsmål var 1,5 procent, de övriga sjukvårdsområdenas var 2,0 procent. HUCS, Västra Nylands och Borgå sjukvårdsområden överskred de uppsatta målen och också Hyvinge sjukvårdsområde kom nära sitt produktivetsmål.</p> <p>För psykiatri kunde ingen produktivetsmätare för den psykiatriska verksamheten fastställas och implementeras, utan arbetet fortsätter under år 2012.</p> <p style="text-align: right;">○ ○ ●</p>

<p><b>4. Konkurrenskraftig prisutveckling, kontroll över kostnaderna per invånare.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kostnaderna för specialistsjukvården som ges av HNS i euro/invånare, medlemskommuner</li> <li>● Kommunernas hälsovårdsutgifter/invånare</li> </ul>	<p>Det av fullmäktige godkända målet var att de deflaterade kostnaderna per invånare sjunker från 2010 års nivå, men i stället ökade de enligt BSVB med 0,4 procent (räknat enligt det slutliga sjukhuskostnadsindexet med 0,15 procent).</p> <p>Kostnaderna för kommunernas specialistsjukvård och hälsovård varierar avsevärt mellan medlemskommunerna. Skillnaderna är stora även efter att skillnader i behov på grund av befolkningens åldersstruktur beaktas.</p> <p>Kommunernas förmåga att hantera efterfrågan på, användningen av och kostnaderna för specialistsjukvården och övriga hälsovårdstjänster varierar och HNS har relativt få möjligheter att påverka den efterfrågan på service som riktas mot den.</p>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
<p><b>5. Medlemskommunernas hantering av serviceplaner och budgeten</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Utfallet av de bindande budgetmålen</li> </ul>	<p>Medlemskommunernas kommunfakturering överskred budgeten med 2,6 procent, vilket i första hand berodde på att serviceproduktionen var större än väntat. På samkommunsnivå hade fullmäktige ställt ett bindande mål för samkommunens externa driftskostnader utan affärsverk, inklusive köp av affärsverken och dotterbolagen, samt räkenskapsperiodens resultat. Det bindande ekonomiska målet som fullmäktige hade ställt på samkommunsnivå förverkligades inte och räkenskapsperiodens underskott blev 16,1 miljoner euro.</p> <p>Det bindande målet för sjukvårdsområden var räkenskapsperiodens resultat som bekräftades i budgeten. Endast HUCS och Hyvinge sjukvårdsområden nådde sina resultatmål.</p>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p><b>6. Investeringar som stöder förbättring av verksamhetens kvalitet, effekt och produktivitet.</b></p> <p>MÄTARE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Effektiv och transparent prioritering av investeringar, välfungerande lönsamhetskalkylering och systematisk efterföljande uppföljning av utvalda projekt som ger mervärde</li> </ul>	<p>Enligt BSVB har man skapat en modell för efterföljande uppföljning av investeringar, men erfarenheter om dess användning har ännu inte rapporterats. BSVB tar inte ställning till effektiviteten och transparensen av investeringar eller lönsamhetskalkyleringen.</p> <p>Problemen under år 2011 i anslutning till den funktionsmässiga användbarheten av utrymningssjukhuset visade att planeringen, genomförandet och den efterföljande uppföljningen inte alltid förlöper på ett tillfredsställande sätt.</p>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

\* Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade, röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.



FIGUR 11. HNS-samkommunens driftkostnader månatligen under 2010–2011.

Källa: Styrelsens redogörelse för revisionsnämnden 16.4.2012. \*Förändringen av anteckningssättet av semesterlöneskulden har eliminerats för december.

Förutom utfallet av nyckelmålen bedömde revisionsnämnden också kostnadshandlingen och budgetens hållbarhet, kommunfaktureringen samt HNS-samkommunens och medlemskommunernas möjligheter att hantera efterfrågan på och kostnaderna för tjänster.

## 8.2 Kostnadshantering

Bokslutet och verksamhetsberättelsen ger ingen exakt förklaring för orsakerna till att budgeten, som godkändes av fullmäktige den 15 december 2011, överskreds. Således anhöll revisionsnämnden om en redogörelse för orsakerna hos styrelsen. Enligt styrelsens förklaring steg verksamhetskostnaderna i december till en avsevärt högre nivå än under de övriga månaderna och mer än i december under föregående år (figur 11). Detta var den verksamhetsledningen inte förberedd på, eftersom ekonomiförvaltningens system för framförhållning och uppföljning inte pekade på en dylik utveckling av utgifterna då när man förberedde en korrigerad budget för fullmäktiges sammanträde i december. Utgiftsökningen i december kan inte förklaras med förändringar i produktionsvolymen, eftersom serviceproduktionen i december var till och med lite mindre än under föregående månader.

En orsak till budgetöverskridningen år 2011 var tilläggsarbetet som utfördes för att förverkliga vårdgaranti och vars mängd ökade med 49 procent från år 2010 till år 2011. Ersättningar för tillägsarbete för att förverkliga vårdgaranti utbetalades enligt uppgift från HNS-ToTal till

ett belopp om 12,4 miljoner euro (ökning från året innan var 4,1 miljoner euro).

Medlemskommunernas serviceplan som utgör grunden för HNS budget överskreds i samtliga kommuner, en kommun undantaget, minst en gång under åren 2008–2011 (tabell 3). I de tre största kommunerna överskreds budgeterna under alla fyra år och i tretton medlemskommuner överskreds budgeten i fråga om användningen av specialsjukvården under samtliga år 2008–2011.

**OBSERVATION** Exaktheten av resultatprognoser bör iaktas vid HNS i större utsträckning än hittills, så att beslutsfattarna får korrekta och uppdaterade uppgifter om förändringar i ekonomin och verksamheten och för att man ska kunna hålla sig till budgeten.

## 8.3 Medlemskommunernas kommunfakturering

Kostnaderna för specialsjukvården per invånare i HNS medlemskommuner har stigit moderat under åren 2006–2010 jämfört med de övriga universitetssjukhusdistrikten och medlemskommunerna deflaterade betalningsandelar per invånare sjönk under åren 2007–2011 med sammanlagt 1,1 procent. (BSVB bilaga 3)

Det finns stora skillnader medlemskommunerna emellan i fråga om utvecklingen av de enligt sjukhuskostnads-

Den överenskomna serviceplanen överskreds alla fyra år	Den överenskomna serviceplanen överskreds under tre år av fyra	Den överenskomna serviceplanen överskreds under två år av fyra	Den överenskomna serviceplanen överskreds under ett år av fyra	Den överenskomna serviceplanen överskreds inte under något år av fyra
Askola Esbo Helsingfors Högfors Kervo Lappträsk Lojo Lovisa Borgnäs Borgå Sibbo Tusby Vanda	Hyvinge Kyrkslätt Nurmijärvi Raseborg Vichtis	Hangö Karislojo Mäntsälä	Ingå Träskända Nummi-Pusula Sjundeå	Grankulla

TABELL 3. Överskridning av serviceplanen för specialsjukvård som kommunerna och HNS har avtalat om under åren 2008–2011.

Källa: HNS verksamhets- och ekonomiplaner för åren 2008–2010, 2011 års budget (godkändes den 15 december 2010) och bokslut för år 2011.

indexet justerade utgifterna (per invånare) för specialsjukvården. I vissa kommuner visar minskningen en så gott som regelbunden trend under 2007–2011. Sådana kommuner är till exempel Helsingfors (där den på detta sätt beräknade kostnaden per invånare sjönk åren 2007–2011 med sammanlagt 5,3 procent), Grankulla (-6,9 procent), Kyrkslätt (-5,6 procent) och Lojo (-3,7 procent). I en del kommuner stiger kostnaderna nästan varje år. Till dessa kommuner hör bl.a. Hyvinge (+9,3 procent), Kervo (+7,6 procent) och Borgå (+6,9 procent). (BSVB bilaga 3)

Revisionsnämnden konstaterar att kommunernas förmåga att hantera kostnadsutvecklingen inom specialsjukvården varierar och orsakerna till olika utvecklingstrender borde analyseras närmare t.ex. i samband med upprättandet av planen för ordnande av hälsovården enligt hälso- och sjukvårdslagen.

## 8.4 Medlemskommunerna och HNS har delat ansvar för hanteringen av efterfrågan på och kostnaderna för tjänsterna

Revisionsnämnden har dryftat hur ansvaret fördelas mellan HNS och medlemskommunerna, när medlemskommunernas utgifter ständigt överskrider budgeten. Nämnden har fäst uppmärksamhet bl.a. vid följande faktorer:

- HNS ansvarar för att vårda samtliga patienter som uppfyller de medicinska kriterierna och som remitterats till HNS (eller som kommer som jourpatienter utan remiss), eftersom lagstiftningen inte innehåller riktlinjer för prioritering.
- HNS ansvarar för att öka produktiviteten, d.v.s. använda personalresurser och övriga resurser bättre än hittills (vilket även har gjorts, men produktiviteten kan förbättras ytterligare).
- Medlemskommunerna har ålagts plikten att främja befolkningens hälsa (med stöd av HNS experter) och beakta hälsoaspekter i kommunalt och regionalt beslutsfattande. Målet ska vara att minska antalet sjukdomsfall och olycksfall.

Revisionsnämnden konstaterar att medlemskommunerna ansvarar för att producera primärhälsovårdens tjänster på ett sådant sätt att nivåstruktureringen av vården fungerar och patienterna inte söker sig till specialsjukvården i sådana fall där primärhälsovården ur synvinkeln för nivåstruktureringen av vården skulle vara en lämpligare instans.

## 9 Utfallet av affärsverkens och dotterbolagens mål

### 9.1 Affärsverken

Bindande mål för affärsverken för år 2011 var följande:

- Nollresultat enligt budgeten. Med undantag av HNS-Apotek och HNS-Desiko uppnåddes målet (före förändringen av beräkningsgrunderna för semesterlöneskulden).
- En genomsnittlig förändring av prisnivån på två procent som härleds ur produktivetsmålet och som fastställdes separat för de olika affärsverken. Målet uppnåddes med undantag av HNS-Apotek, där prisökningen överskred målet med 3,4 procent.
- Målet för inkomstföringen som ersättning för det grundkapital som samkommunen investerat i affärsverket med tre procents ränta. Målet uppnåddes.

Ur tabell 4 framgår utfallet av nyckelmålen som ställts för affärsverken under 2011. När utfallet betraktas enligt Balanced Scorecard-perspektiven var utfallet bäst för de ekonomiska nyckelmålen. Av dessa uppnåddes två tredjedelar. Av de nyckelmål som ställts ur synvinkeln för klient och samhällelig effekt förverkligades 50 procent och av målen för processer och strukturen samt för personalen

förverkligades 65 procent. Av de ungefär 150 nyckelmål som ställts var 12 procent sådana vars utfall inte kunde bedömas antingen på grund av att själva målet var otydligt definierat eller mätaren inexact, eller för att man under året hade slutat använda mätaren. .

### 9.2 Dotterbolag

För HNS-Fastigheter Ab uppsattes följande ekonomiska mål:

- En produktivetsökning på två procent; detta mål uppnåddes.
- Ett mål för sänkning av den reala prisnivån som härleds ur produktivetsmålet; detta mål uppnåddes.
- Ett nollresultatsmål för räkenskapsperioden; detta mål uppnåddes inte.

För Uudenmaan Sairaalapesula Oy uppsattes nollresultatsmål som ekonomiskt mål för räkenskapsperioden, vilket inte uppnåddes. Med avvikelse från den allmänna linjen uppsattes för Uudenmaan Sairaalapesula Oy inget produktivetsmål på grund av störningar i verksamheten som berodde på att verksamheten expanderade.

AFFÄRSVERK	Antalet realiserade nyckelmål/samtliga nyckelmål			
	Asiakas ja samhällelig effekt	Ekonomi	Processer och strukturer	Personal, kompetens och ledarskap
HNS-Apotek	2/3	0/3	9/12	3/9
HNS-Röntgen	5/7	2/2	1/2	2/2**
HUSLAB	1/2	2/2	2/2*	3/5
Ravioli	1/4**	0/1*	1/3**	7/10*
HNS-Desiko	1/2	1/3	2/2	3/6
HNS-Logistik	3/3	6/6	3/4*	2/2*
HNS-IT-teknik	1/3	1/1*	4/6**	4/5
HNS-Medicinteknik	0/1*	2/3	**	4/4*
HNS-Servis	0/3	2/3	0/3	4/6
<b>Totalt</b>	<b>14/28</b>	<b>16/24</b>	<b>22/34</b>	<b>32/49</b>

\* ytterligare ett mål vars utfall inte kan bedömas utifrån de uppgifter som ges i BEP

\*\* ytterligare två mål vars utfall inte kan bedömas utifrån de uppgifter som ges i BEP

TABELL 4. Utfallet av nyckelmålen som ställts för affärsverken under år 2011 betraktat enligt Balanced Scorecard-perspektiven.

## Underskrifter

Helsingfors den 9 maj 2012



Markku Pyykkölä  
ordförande i revisionsnämnden



Maija Anttila  
vice ordförande i revisionsnämndena



Varpu-Leena Aalto  
ledamot



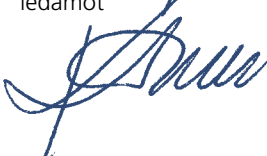
Ulla Dönsberg  
ledamot



Aatos Hallipelto  
ledamot



Tuula Lind  
ledamot



Kari T. Nukala  
ledamot

## BILAGA 1

## BEGREPP OCH FÖRKORTNINGAR

**Antalet DRG-poäng** En siffra som beskriver mängden arbete som utförts i en enhet. Antalet DRG-poäng räknas på så sätt att antalet fall i varje DRG-grupp multipliceras med gruppens kostnadsvikt och siffrorna som fås på så sätt adderas. Kostnadsvikten beskriver förhållandet mellan den genomsnittliga kostnaden för vårdperioder som tillhör en viss DRG-grupp och den genomsnittliga kostnaden för alla vårdperioder i den enhet som granskas.

**Balanced Scorecard (BSC)** Ett verktyg för målinriktad ledning, som används för att omvandla strategin till mål, mätare och en verksamhetsplan.

**Benchmarking** Jämförelseanalys, där den egna verksamheten jämförs med andra aktörers verksamhet, ofta med bästa motsvarande praxis.

**Care Bundle** Handlingsmodell där man kommer överens om 3–5 kärnpunkter för vården som man binder sig till och vars utfall man följer upp.

**Deflatering** Omräkning av en tidsserie till ett enhetligt penningvärde genom att multiplicera tidsserien med koefficienter tagna ur ett lämpligt index (t.ex. Statistikcentralens sjukhuskostnadsindex).

**Diagnosis Related Groups (DRG)** Kategoriseringssystem, där vården för patienten grupperas i kliniskt meningsfulla grupper enligt huvuddiagnos, eventuella biddiagnoser som påverkar vården, genomförda åtgärder samt patientens ålder och kön samt tillstånd vid utskrivning från sjukhuset.

**Effektivitet, effekt** Förändringen i hälsotillståndet, handlingsförmågan eller livskvaliteten som åstadkommit tack vare en tjänst eller en verksamhet under normala förhållanden.

**Episod** Patientens hela vårdprocess, d.v.s. samtliga vårdperioder på bäddavdelningen, inklusive dagkirurgin, besök inom öppenvården, åtgärder och andra prestationer som gjorts för att lösa ett visst hälsoproblem hos en patient under ett kalenderår.

**Extranätet** HUS-Extranät är en webbplats avsedd för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som betjänar patientstyrningen i Esbo, Helsingfors, Grankulla, Kervo, Kyrkslätt, Vanda och inom HNS.

**Finohta** (Finnish office for health technology assessment) Enheten för utvärdering av metoder och praxis vid THL.

**Generisk process** Modellerad allmän beskrivning av kärnfunktioner eller servicekedjor.

**Global Trigger Tool** Ett verktyg för identifiering och bedömning av negativa händelser.

**HaiPro** En på metoderna för en systematisk litteraturoversikt baserad

**Halo-översikt** En på metoderna för en systematisk litteraturoversikt baserad bedömning av effekten och säkerheten av samt kostnaderna för hälsovårdens metoder.

**Halo-programmet** Ett program för kontrollerad implementering av metoder. Programmet är ett gemensamt projekt för Finohta (THL) och sjukvårdsdistrikten och inom ramen för den bedöms effekten och säkerheten av samt kostnaderna för hälsovårdens metoder.

**Hirschindex** En siffra som anger samtidigt hur effektivt en enskild forskare publicerar och betydelsen av de publikationer som producerats.

**HNS-Total kommunportal** Ledningens portal för rapportering och verksamhetsstyrning som även kommunerna har tillgång till.

**HUSTRAR-arbetsgruppen** HNS och medlemskommunernas arbetsgrupp för den ekonomiska ledningen.

**Kommunrekry** Riksomfattande rekryteringssystem som möjliggör hantering av rekryteringsprocessen, platsannonser, ansökningar och rapporter.

**Kostnadseffektivitet** Verksamhetens effekt i proportion till de insatser som behövs för att åstadkomma den.

**Primäroperation** Första operation

**Produktivitet** Förhållandet mellan verksamhetens resultat och de insatser som använts för att åstadkomma det.

**Somatisk specialistsjukvård** Den somatiska specialistsjukvården omfattar samtliga kliniska specialområden förutom psykiatriens specialområden.

**Specialstatsandel (EVO)** I lagen om specialiserad sjukvård stadgas om ordnandet av läkar- och tandläkarutbildning samt av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå, för vars kostnader staten betalar en ersättning för samkommuner som upprätthåller universitetssjukhus och andra verksamhetsenheter för hälsovård.

**System för digital diktering** En digital dikteringstjänst som är integrerad i patientdatasystemet.

**Telemedicin** Överföring och utnyttjande av medicinsk expert hjälp via datanät.

**Telestrokesystemet** Utnyttjande av telemedicinens medel på så sätt att patienter får trombolysbehandling även på de orter som inte har ständig neurologjour.

**Tietu-systemet** Ett program avsett för hantering, behandling och statistikföring av vetenskaplig forskning.

**Uranus** Produkt- och servicehelhet som omfattar patientjournalen och styrningen av patientprocesserna.

**Utrymningssjukhuset** Flygelbyggnad med bäddavdelning som byggts för renoveringen av Mejlans tornsjukhus.

**Valvira** Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården.

**Årsverke (årsv.)** Beskriver arbetsinsatsen av en heltidsanställd.

## Förkortningar

<b>ALB</b>	Arbetslivsbarometer
<b>BEP</b>	Budget och ekonomiplan
<b>BSC</b>	Balanced Scorecard, se begrepp
<b>BSVB</b>	Bokslut och verksamhetsberättelse
<b>CLES</b>	Clinical Learning Environment and Supervision evaluation scale, mätare för bedömning av en handledd praktik
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups, se begrepp
<b>EVO</b>	Specialstatsandel, se begrepp
<b>15D</b>	Frågeblankett om hälsorelaterad livskvalitet
<b>HNS</b>	Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt
<b>KUS</b>	Kuopio universitetssjukhus
<b>QALY</b>	(Quality-adjusted life year) Kvalitetsviktat levnadsår som beaktar förändringar i både livslängd och livskvalitet till följd av vården
<b>svo</b>	Sjukvårdsområde
<b>TAUS</b>	Tammerfors universitetssjukhus
<b>THL</b>	Institutet för hälsa och välfärd
<b>TIA</b>	Cirkulationsstörningar i hjärnan (transitorisk ischemisk attack)
<b>UB</b>	Utvärderingsberättelse
<b>UUS</b>	Uleåborgs universitetssjukhus
<b>ÅUCS</b>	Åbo universitetscentralsjukhus



## BILAGA 2

## EFTERFÖLJANDE UPPFÖLJNING AV OBSERVATIONERNA I UTVÄRDERINGSBERÄTTELSEN FÖR ÅR 2010

Utvärderingsberättelsen för år 2010 stod klar den 9 maj 2011 och lämnades till fullmäktige den 30 maj 2011. Fullmäktige antecknade utvärderingsberättelsen för kännedom den 15 juni 2011 och styrelsen gav sitt utlåtande om utvärderingsberättelsen till fullmäktige vid sammanträdet i oktober. I tabellen nedan har man sammanställt observationerna och rekommendationerna från 2010 års utvärderingsberättelse samt revisionsnämndens bedömningar om deras effekter. Trafikljusen som används i bedömningen har följande betydelse:

Grön = nästan alla börvärden för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts

Gul = minst ett börvärde för nyckelmålet för år 2011 har uppnåtts, men många åtgärder som behövs var vid slutet av år 2011 ännu ofullbordade.

Röd = nyckelmålets börvärden har inte uppnåtts eller också kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas.

OBSERVATIONER 2010	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING	
<b>Utfallet av målen på samkommunsnivå</b>		
Samkommunens mål ska härledas ur den av fullmäktige godkända strategin och tydliga indikatorer ska fastställas för målen. Resultatområdenas och affärsverkens mål ska härledas ur huvudstrategin.	Målen för samkommunen i BEP för år 2012 har härletts ur strategin. Sjukvårdsområdena tillämpar fortfarande mål och mätare enligt Balanced Scorecard (BSC)-resultatkort, vilket försvårar bedömningen av utfallet av de strategiska målen.	○ ○ ●
Målen på samkommunsnivå är obestämda och har inte operationaliserats, varför det har varit omöjligt att bedöma utfallet för de flesta av målen.	En del mätare för nyckelmålen är oklart definierade. I BSVB 2011 har styrelsen rapporterat om utfallet av nyckelmålen mer systematiskt än under tidigare år.	○ ○ ●
Rapporteringen måste göras klarare.	Jämfört med tidigare år har BSVB en tydligare struktur, men samma siffror upprepas i onödan i BSVB 2011.	○ ○ ●
<b>Utfallet för anslag och inkomstbudgetar</b>		
Orsakerna till att anslagsmålen har överskridits/underskridits måste analyseras och förklaras.	Betydande budgetavvikelser har förklarats bättre än tidigare, med undantag av den avsevärda höjningen av driftskostnaderna i december 2011. Ökningen av antalet anställda ges dock inte en tillräcklig förklaring, trots att de utgör en viktig orsak till budgetöverskridningarna.	○ ● ○

Förändringarna i arbetsfördelning måste beaktas i samband med budgetberedningen.	Inrättandet av nya balansenheter och resultatombuden har iakttagits i budgeten.	○ ○ ●
Underskridningarna inom investeringar har inte alls förklarats eller analyserats. Om det sker underskridningar även av den justerade budgeten för byggnadsinvesteringar och apparatanskaffningar bör detta förklaras i verksamhetsberättelsen. Över-/underskridningar av projektspecifika investeringar har inte alls motiverats. Projektens totalkostnadsförslag skiljer sig från de siffror som angetts i budgeten. Uppgifterna måste vara de samma i båda handlingarna. Även riktigheten av uppgifterna i tabellerna måste kontrolleras. Uppgifterna om investeringar måste vara desamma i både budgeten och verksamhetsberättelsen.	Utfallet av investeringar har rapporterats tydligare än tidigare.	○ ○ ●
<b>Utfallet av de strategiska mål som fullmäktige uppställt</b>		
Patientorientering godkändes som ett av HNS strategiska mål. Denna betoning bör även återspeglas i all årsrapportering. Termerna (patientorientering, effektivitet etc.) måste förklaras entydigt. Patientsäkerheten och vårdens effektivitet måste lyftas fram som klart mätbara mål. Kvalitetsindikatorer för HNS-nivån bör fastställas för verksamheten. Exempel på möjliga indikatorer är antalet operationer per kirurg och år, frekvensen för sekundära operationer och antalet infektioner.	Termerna patientorientering och effektivitet har inte förklarats och hur dessa mäts har inte behandlats närmare. Effektiviteten syns endast i målen för HUCS sjukvårdsområde. Endast psykiatriska resultatenheten har satt upp mätare för bedömning av effektiviteten. Implementeringen av Patientsäkerhetsplanens mätare för kvalitet och effektivitet flyttades fram till år 2012.	● ○ ○
Funktioner, arbetsfördelning och strukturer bör planeras, styras och följas upp som helheter såväl på HNS-nivå som för specialansvarsområdet. Patienterna ska styras till vård vid den enhet som har kapacitet och kompetens. Det är inte motiverat eller godtagbart att operationer utförs som tilläggsarbete om det finns ledig kapacitet under normal arbetstid på andra håll i organisationen. Arrangemangen för ledprotesoperationer bör omvärderas, varvid de nya rekommendationerna för antalet operationer beaktas.	Funktionerna har utvecklats bl.a. genom att centralisera tjänster och minska antalet jourmottagningar. Patientstyrningen förverkligas inte tillfredsställande till alla delar, se närmare om detta i kapitel 7.2.	○ ● ○

<p>Planeringen av verksamheten ska primärt skötas av HNS egna experter. Anlitandet av konsulter bör begränsas endast till uppgifter där HNS saknar kompetens. Arbetstid för forskning bör reserveras för läkare i kliniskt arbete. Även annan personal bör ges möjlighet att lösgöra sig för forskning och utvecklingsuppdrag. Utveckling av verksamhetsprocesserna bör uppmuntras.</p>	<p>Anlitandet av konsulter omnämns i vissa kapitel i BSVB, men BSVB ger inte en heltäckande bild av anlitandet av konsulter eller kostnaderna för detta.</p> <p>Nya anvisningar om arbetstid som reserveras för forskning saknas. Utvecklingen av verksamhetsprocesserna har uppmuntrats genom att bevilja anslag för utvecklingsprojekt, men rapporteringen om dessa är bristfällig.</p>	<p>○ ● ○</p>
<p>Organiseringen av FoU-verksamheten bör tas upp till ny behandling, varvid man även beaktar och säkerställer administrationen av och riktigheten hos HNS datalager. Projekthantering och projektarbete måste förbättras: det egna arbetets andel måste kunna uppskattas realistiskt och detta måste även beaktas i kostnaderna. Särskild uppmärksamhet måste fästas vid datasystemens användbarhet, som bör bedömas före den slutgiltiga implementeringen.</p>	<p>Rekommendationerna från HNS Plus-systemet har beaktats i personalförvaltningen och utnyttjats vid implementering av systemet Kommunrekry. Ibruktageandet av systemet för digital diktering fördröjdes och uppvisade opålitlighet, vilket försvårade vården av patienter och ordnandet av fortsatt vård. Ekonomiförvaltningens datasystem har utvecklats, men de borde producera ännu mer uppdaterad information för uppföljning av budgetutfallet.</p>	<p>○ ● ○</p>
<p>I samråd med medlemskommunerna bör en klar ansvarsfördelning fastställas för vårdkedjorna. Medlemskommunerna bör å sin sida säkerställa att det finns kapacitet för fortsatt vård av patienterna. Medlemskommunernas representanters möjligheter att påverka styrningen och den ömsesidiga informationsförmedlingen bör utvecklas utifrån HNS bestämmelser.</p>	<p>Målet med intentionsavtalet mellan huvudstadsregionens kommuner och staten var att under år 2011 utveckla fyra vårdkedjor, men vid utgången av år 2011 var arbetet ännu inte klart. Kommun-samarbetet har utvecklats bl.a. genom att ordna informations- och diskussionsmöten för kommunerna och genom att grunda kommunportalen HNS-Total.</p>	<p>○ ● ○</p>



### Behandlingen av blodcirkulationsstörningar i hjärnan ett exempel på en ny och effektiv innovation

Vid HNS Strokeenhet utförs innovativt arbete med stor effekt (kapitel 3.5.2 i utvärderingsberättelsen). En kritisk delfaktor i framgångsrik behandling av hjärnslag är att symtomen identifieras snabbt. För att identifiera symptomen kan man utnyttja en enkel minnesregel som härleds från engelskans ord FAST:

*F (face)* Hänger mungipan?

*A (arm)* Kan personen lyfta armen?

*S (speech)* Sluddrar personen?

*T (time)* Tiden för att kalla ambulans är begränsad (112)

Både lekmän och yrkesmänniskor inom hälsovården kan använda minnesregeln.

Omslagsbild: Juhani Lassander, HNS-kommunikation