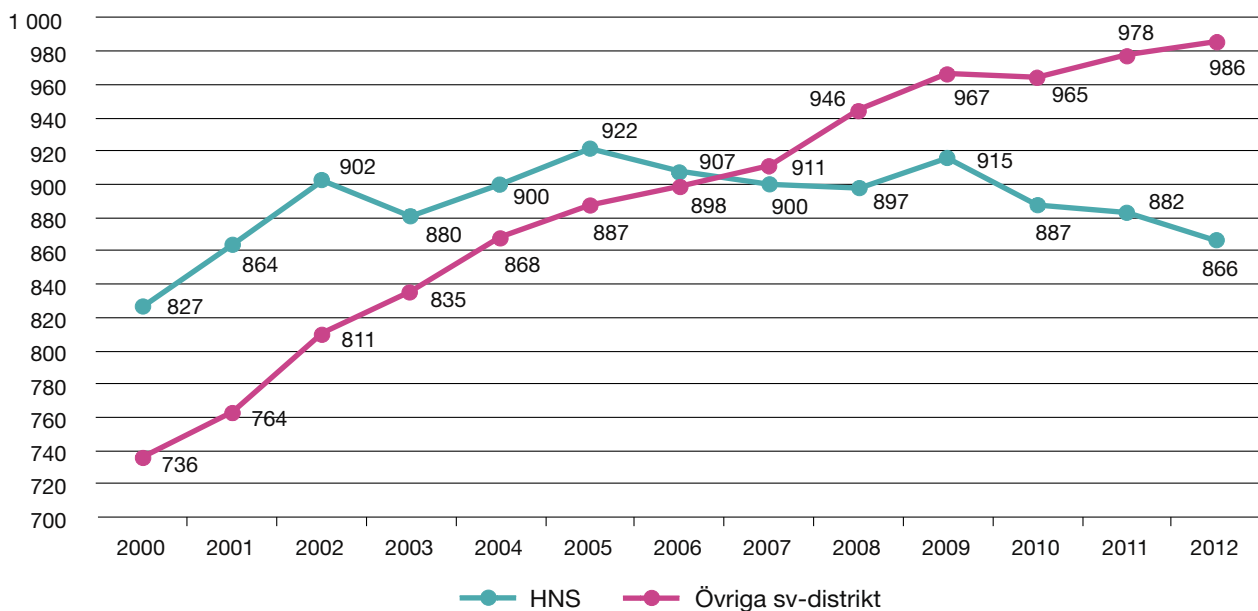


UTVÄRDERINGSBERÄTTELSE FÖR ÅR 2012

Till fullmäktige för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt



HNS:s och de övriga sjukvårdsdistriktens fakturering av medlemskommunerna (€/invånare) åren 2000–2012 deflaterad med sjukhuskostnadsindexet (se s. 27)

INNEHÅLL

1	ORDFÖRÄNDENS ÖVERSIKT	3
2	SAMMANDRAG	4
3	HNS:S EXTERNA KONTROLL	5
4	PATIENTORIENTERAD VÅRD SOM GES I RÄTT TID	6
	4.1 Vårdresultatens jämförbara kvalitet	6
	4.2 Patientsäkerhet	7
	4.3 Tillgången till vård	9
	4.4 Inverkan inkomstnivån på användningen av sjukhusjänster?	13
5	HÖGKLASSIG FORSKNING OCH UNDERVISNING	15
6	ETT NÄRMARE PARTNERSKAP MED PRIMÄRVÅRDEN	16
	6.1 Samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården	16
	6.2 Utvärdering av vård- och servicekedjorna	17
	6.3 Metoder för att minska antalet fördröjningsdagar vid förflyttning	18
	6.4 Vård av fetma	19
7	EFFEKTIV OCH KONKURRENSKRAFTIG VERKSAMHET	20
	7.1 Kundnöjdhet och patientrespons	20
	7.2 Produktivitetsskillnader mellan sjukhusen inom kirurgi och produktivitet vid HNS:s operativa resultatenheter	22
8	KOMPETENT OCH MOTIVERAD PERSONAL	23
	8.1 Personalstruktur och personalrekrytering	23
	8.2 Användning av inhyrd arbetskraft	24
	8.3 Utveckling av rekryteringen	25
	8.4 Ledning genom växelverkan	25
9	KONTROLLERAD OCH BALANSERAD EKONOMI	27
10	REFORM AV LEDARSKAPET OCH ORGANISATIONEN	30
	10.1 HNS:s organisation och ledning	30
	10.2 Kompetenscenterkonceptet	31
	10.3 Strategin för åren 2012–2016 och verkställandet av denna	31
	10.4 Intern kontroll och riskhantering	32
	10.5 HNS i offentligheten	33
	10.6 Ägarsamfundens och intressentgruppernas förtroende	34
11	AFFÄRSVERK – HNS-Bilddiagnostik, HUSLAB, HNS-Apoteket och Ravioli	35
	UNDERSKRIFTER	37
	Begrepp och förkortningar	38

1 ORDFÖRÄNDENS ÖVERSIKT

Utvärderingsberättelsen för år 2012 lyfts många kniviga frågor fram, till exempel: borde man höja böterna för fördröjningsdagar vid förflyttning och minska antalet karensdagar? Vem ansvarar för att rehabilitering organiseras? Varför varierar priserna på samma produkter märkbart mellan olika sjukhus? När är det motiverat att använda mertidsarbete och hur kan man höja produktiviteten under tjänstetid? Varför är användningen av sjukhusjänster mindre än behovet inom den lägsta inkomstfemtedelen? Borde HNS låta bygga bostäder för att underlätta personalrekryteringen? Vilken ställning har den interna revisionen i ledningen av HNS?

HNS:s fullmäktige satte för år 2012 upp totalt 16 nyckelmål som bygger på strategin. Enligt styrelsens bokslut och verksamhetsberättelsen förverkligades 12 av dessa helt och hållet och två delvis. I denna utvärderingsberättelse presenterar revisionsnämnden sin syn¹, enligt vilken sex av de 16 målen uppnåddes, åtta uppnåddes delvis och inga nämnda framsteg gjordes i fråga om två av målen.

På grund av att strategin är så omfattande och beslutsfattandet sker i flera steg har verkställandet av strategin inletts ganska långsamt: till exempel färdigställdes några affärsverks planer för verkställandet av strategin först mer än ett år efter att strategin godkändes. En del av de indikatorer som har angetts för nyckelmålen beskriver inte förändringen i det fenomen som ska följas upp särskilt väl.

Behovet av att balansera ekonomin upptäcktes våren 2012 inom ledningen för HNS och i styrelsen. Åtgärderna som har vidtagits har dock inte varit tillräckliga, och resultatet för räkenskapsåret var ett underskott på 35,5 miljoner euro. I kombination med en sämre produktivitet utveckling än det uppsatta målet och kommunernas ökande ekonomiska problem innebär detta att HNS står inför stora utmaningar under den nya fullmäktigeperioden. Revisionsnämnden har observerat att avvikelser från budgeten år 2012 analyserades och rapporterades bättre än förut, vilket gör det lättare att ingripa i orsakerna till avvikelserna. HNS:s självförsörjningsgrad har sjunkit till en oroväckande låg nivå, vilket tillsammans med en eventuell höjning av räntenivån utgör en tickande bomb.

Revisionsnämnden genomförde på samma sätt som tidigare fullmäktigeperioder en enkät bland fullmäktiges ordinarie medlemmar² för att ta reda på hur fullmäktige ut-

värderar sin verksamhet, de resultat man har uppnått och behoven av att utveckla verksamheten under fullmäktigeperioden 2009–2012. Enkäten besvarades av 52,5 procent av fullmäktigeledamöterna, och de upplevde att möjligheterna att påverka var måttliga. De övergripande och allmänna strategiska målen bedömdes ha uppnåtts väl, med undantag av kommunsamarbetet och målet gällande den förutsägbara ekonomin, som bedömdes ha förverkligats hyfsat väl. Enligt svarspersonerna är det bra att direktionerna för affärsverken slås samman. Svarspersonerna hade bland annat följande budskap att förmedla inför nästa fullmäktigeperiod: var aktiv, ifrågasätt, sätt dig in i frågorna och delta; lyssna på din egen kommun, men diskutera med andra – med beaktande av hela distriktets intressen och behov; kontakt med forskningen och undervisningen är viktig för att HNS ska kunna ge bästa möjliga vård även i framtiden; revisionsnämnden borde lämna mellanrapporter mellan utvärderingsberättelserna.

Landets regerings hattande i fråga om kommunreformen och reformen av servicestrukturen för social- och hälsovården har försvårat både utvecklingen av HNS:s egen organisation och utvidgningen av samarbetet i riktning mot hela specialupptagningsområdet och kommunernas primär- och socialvård. Inom servicestrukturen försökte man göra den specialiserade sjukvården till en morot för kommunreformen, men det lyckades inte. Det viktigaste är att få de sociala tjänsterna och primärvården att samverka på kommunnivå (horisontell integration), samtidigt som vertikal integration mellan den specialiserade sjukvården och primärvården upplevs som ett allt viktigare framgångsområde inom både kommunerna och sjukvårdsdistriktet. HNS:s nya primärvårdsenhet har ett brett och utmanande uppgiftsfält när det gäller att stödja dessa integrationssträvanden.

Enligt HNS:s erfarenheter är budskapet till dem som reformerar servicestrukturen inom social- och hälsovården samt kommunstrukturen tydligt: samkommunen som förvaltningsmodell kan fungera. Den klarar av att effektivt producera tjänster av god kvalitet och den stora storleken möjliggör specialisering och en förnuftig arbetsfördelning. Samarbetet mellan den specialiserade sjukvården och primärvårdsenheten kan ökas på många sätt utan att kommungränserna flyttas, vilket även exemplet i denna utvärderingsberättelse visar.

1 Styrelsens avvikande bedömningar har angetts inom parentes efter trafikljuset.

2 Utvärdering av fullmäktigearbetet inom samkommunen HNS under fullmäktigeperioden 2009–2012. <http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,2669,2917,242578,242579,300720> (hänvisning från 19.4.2013)

2 SAMMANDRAG

Revisionsnämndens utvärderingsberättelse för år 2012 bygger på målinriktad utvärdering, och därför bygger strukturen på de fyra målsättningarna i strategin (kapitlen 4–7) samt på förutsättningarna för att uppnå dessa (kapitlen 8–10). Revisionsnämnden utvärderar hur väl nyckelmålen har uppnåtts i början av det ovan nämnda kapitlet. Utvärderingen har gjorts i tabellform med hjälp av trafikljus och bygger i huvudsak på uppgifterna i bokslutet och verksamhetsberättelsen³ för år 2012 (BSVB). Dessutom gjorde revisionsnämnden en mer ingående utvärdering av vissa områden i underkapitel till de ovan nämnda kapitlen. **Grönt** ljus innebär att nästan alla målvärden för nyckelmålet för år 2012 har uppnåtts, **gult** ljus innebär att minst ett målvärde för nyckelmålet för år 2012 har uppnåtts, men att många åtgärder som behövs fortfarande var ofullbordade i slutet av år 2012 och **rött** ljus innebär att nyckelmålets målvärden inte har uppnåtts eller så kan utfallet av nyckelmålet inte bedömas. Styrelsens bedömning av hur nyckelmålet har förverkligats har angetts inom parentes.

Revisionsnämnden har under år 2012 utarbetat separata utvärderingsrapporter om vård- och servicekedjorna, tillgången till vård och de socioekonomiska skillnaderna inom den specialiserade sjukvården. De centrala resultaten av dessa rapporter presenteras som en del av utvärderingsberättelsen. Observationerna i utvärderingsberättelsen bygger även på framställningarna från de tjänstemän och experter som revisionsnämnden har hört samt på andra källor.

³ http://intra.hus.fi/content_list.aspx?path=1,2914,53425,307633 (hänvisning från 2.4.2013)

Uppföljningen av de observationer som lades fram i utvärderingsberättelsen för år 2011 görs först i samband med utvärderingsberättelsen för år 2013, eftersom styrelsens utlåtande om utvärderingsberättelsen behandlades i fullmäktige först i oktober 2012.

Utvärderingsberättelsen innehåller 20 rekommendationer, som revisionsnämnden förmedlar till fullmäktige för kännedom och ber styrelsen utreda.

Revisionsnämndens observationer av positiv utveckling:

- Förutsättningar för uppföljning av patienttryggheten skapades.
- Extern forskningsfinansiering säkerställdes.
- Beloppet av försäljningen till andra än medlemskommuner ökade.
- Personalens arbetstillfredsställelse förbättrades.
- En nationell jämförande utvärdering av affärsverken genomfördes vid vissa affärsverk.

Revisionsnämndens observationer av punkter som borde utvecklas:

- Styrelsen ska tydligare rapportera vad som har uppnåtts under verksamhetsåret och hur de uppnådda resultaten kan bestyrkas och i mindre utsträckning rapportera om planerna för det kommande året.
- Samarbetet med primärvården ska stärkas.
- Produktiviteten ska förbättras.
- Lakttagandet av de enhetliga verksamhetsmodellerna ska följas upp och bedömas.

3 HNS:S EXTERNA KONTROLL

Revisionsnämnden, revisorerna och revisionsdirektören ansvarar för HNS:s egen externa kontroll. Under revisionsnämnden verkar en extern revisionsenhet, som den 1 januari 2012 administrativt ändrades till ett eget resultatområde. Revisionsnämnden har i uppgift att bedöma huruvida de verksamhetsrelaterade och ekonomiska mål som fullmäktige har satt upp har förverkligats och bereda de ärenden gällande revision

av förvaltningen och ekonomin som fullmäktige ska fatta beslut om.

År 2012 var det fjärde verksamhetsåret för den nuvarande revisionsnämnden. Samtliga medlemmar i revisionsnämnden och deras personliga ersättare var ledamöter eller ersättare i HNS:s fullmäktige. Nämnden samordnar hela samkommunens externa revisionsväsende enligt kommunallagen. Revisionsnämnden sammanträdde 13 gånger år 2012.

Revisionsnämnden för åren 2009–2012 (1.4.2009–)

Ordinarie ledamot

Markku Pyykkölä, ordförande (Saml), Kervo
Maija Anttila, vice ordförande (SDP), Helsingfors

Varpu-Leena Aalto (Gröna), Vanda
Ulla Dönsberg (SFP), Raseborg
Aatos Hallipelto (Saml), Helsingfors
Tuula Lind (SDP), Kervo
Kari T. Nukala (Saml), Esbo

Ersättare

Raimo Huvila (Saml), Vanda
Kari Lehtola (SDP), Karislojo, fram till 17.10.2012
Tapani Eskola (SDP), Borgå, fr.o.m. 17.10.2012
Marjo Varsa (Gröna), Vanda
Olof Gren (SFP), Lovisa
Seija Muurinen (Saml), Helsingfors
Auli Lehikoinen (SDP), Kervo
Anna-Liisa Helin (Saml), Mäntsälä

De anställda vid enheten för extern revision 2012




Revisionsdirektör, nämndens föredragande Reijo Salmela, doc., MKD, HVD
Revisionschef Virpi Semberg-Konttinen, FM, sjukskötare, MJD (fram till 29.2.2012)
Revisionschef Pirjo Räsänen, doc., FD, specialistsjukskötare, nämndens sekreterare fr.o.m. 1.5.2012 (vikarierande revisionschef 1.1.–29.2.2012, i tjänsten fr.o.m. 1.3.2012)
Utvecklingschef Sari Koskinen-Kivilahti, HVM (nämndens sekreterare fram till 30.4.2012)
Revisionsassistent Ritva Pehkonen-Eurén, tradenom, MBA

Revisionsfund var KPMG Offentliga tjänster Ab, vars ansvariga revisor var Jorma Nurkkala, OFR, CGR.

Främre raden (från vänster): Ulla Dönsberg, Maija Anttila (vice ordf.), Markku Pyykkölä (ordf.), bakre raden (från vänster): Tuula Lind, Kari T. Nukala, Varpu-Leena Aalto, Pirjo Räsänen (revisionschef) och Reijo Salmela (revisionsdirektör). Aatos Hallipelto saknas på bilden.



4 PATIENTORIENTERAD VÅRD SOM GES I RÄTT TID

VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>1. Vårdresultatens jämförbara kvalitet</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Internationell jämförelse av vårdresultaten <p>Målvärde</p> <ul style="list-style-type: none"> Ett internationellt BM-program har planerats och inletts 	<ul style="list-style-type: none"> HNS blev medlem i organisationen Dr Fosters program Global Comparators (3 års medlemskap/100 000 euro), men några resultat erhöles inte ännu år 2012. Det finns få resultat av både det internationella och finländska BM (Benchmarking)-arbetet, och resultaten är svåra att hitta och utnyttja på grund av att BM-arbetet är så splittrat. <p></p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>2. Tillgången till vård</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienterna får den akutvård och brådskande vård som de behöver utifrån en experts bedömning Väntetiderna för icke-brådskande vård och forskning är de kortaste bland universitetens sjukvårdsdistrikt. <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Antal prestationer (NordDRG-produkter, produktifierade vårddygn, öppenvårdsbesök) Antal patienter som väntar på vård och undersökning i förhållande till invånarantalet. <p>Målvärden 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> De prestationsmål som har satts upp för sjukvårdsområdena förverkligas. Antalet patienter som väntar på vård och undersökning i förhållande till invånarantalet är mindre än inom universitetssjukvårdsdistrikten. 	<ul style="list-style-type: none"> Indikatorerna gällande antalet prestationer beskriver inte tillgången till vård. Målet gällande lägre siffror än universitetens sjukvårdsdistrikt i fråga om antalet personer som väntar på vård och undersökning förverkligades inte beträffande dem som har väntat i mer än 6 månader eller beträffande behandlingstiden för remisser (>21 dygn), eftersom HNS:s siffror i dessa fall var sämre än universitetssjukvårdsdistrikten i slutet av verksamhetsåret. Den utsatta tiden på 3 månader i fråga om det första besöket förverkligades i genomsnitt bättre inom HNS än inom de andra universitetssjukvårdsdistrikten. Se kapitel 4.3 i UB <p></p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>3. Patientsäkerhet</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientsäkerhetsprogrammet 2011 (inneh. 10 mål) <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Alla 10 punkter förverkligades 	<ul style="list-style-type: none"> Största delen av målen i patientsäkerhetsprogrammet förverkligades. <p></p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>

4.1 Vårdresultatens jämförbara kvalitet

År 2012 inleddes ett utvecklingsarbete där man utvecklar och implementerar enhetliga verksamhetsmodeller för förebyggande av fall och liggsår samt för näringsterapi och smärtbehandling. Verksamhetsmodellerna kommer att användas inom hela HNS-området. Förverkligandet av den dataproduktion som beskriver kvaliteten på den kliniska

verksamheten och som behövs som stöd för kvalitetsledningen har varit utmanande på grund av egenskaperna hos de tillgängliga IT-applikationerna och resursbristen⁴. Det är svårt att jämföra nationell information, eftersom sjukhusen inte specificeras i uppgifterna.

⁴ Erhållen information: utvecklingsdirektör Mattila K, 25.2.2013.

Vid jämförande utvärdering av förlossningsenheter används OECD:s kvalitetsindikatorer, som bland annat omfattar rupturer av tredje eller fjärde graden vid spontana vaginala förlossningar (%) samt förlossningar med vakuumentraktion eller tångförlossningar (%). Rupturer av tredje och fjärde graden under en förlossning kan många gånger förebyggas genom planering av förlossningen och högklassigt arbete under förlossningen. Bland finländska kvinnor får 0,6 procent en svår ruptur i samband med förlossningen, vilket är klart lägre än medelvärdet för OECD-länderna (1,6 procent)⁵. Antalet skador varierar dock mellan olika sjukhus. Mest allvarliga skador registreras i Päijänne-Tavastlands (1,29 procent), Helsingfors och Nylands (1,03 procent) och Vasas sjukvårdsdistrikt (1,02 procent).

4.2. Patientsäkerhet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) samt Social- och hälsovårdsministeriets förordning (341/2011) ska enheter inom den offentliga hälso- och sjukvården göra upp planer för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. Kvalitetslednings- och patientsäkerhetsplanen har vid HNS ansetts vara separata dokument, och hittills har inget kvalitetsledningsdokument utarbetats. På direktivnivå inom samkommunen ansvarar chefsöverläkaren för uppföljningen, utvecklingen och tillsynen av patientsäkerheten, vårdens kvalitet, tillgången till vård och effektiviteten. I praktiken har frågor i anknytning till patientsäkerhet och vårdens kvalitet ankommit på såväl chefsöverläkaren som förvaltningsöverläkaren och utvecklingsdirektören. Eftersom delområdenas effektivitet, kvalitetsledning och patientsäkerhet är nära anknutna till varandra borde en person ansvara för ledningen av dessa.

REKOMMENDATION: En plan för förverkligandet av kvalitetsledningen ska utarbetas och genomföras utan dröjsmål. Utvecklingen av kvaliteten på vården och vårdens effektivitet samt patientsäkerheten borde organiseras centraliserat, så att HNS:s värde "hög kvalitet och effektivitet" förverkligas.

HNS:s mål gällande patientsäkerheten sätts upp årligen i den patientsäkerhetsplan som godkänns av styrelsen. HNS:s patientsäkerhetsplan godkändes i styrelsen först i augusti 2012. Tidsschemat för utarbetandet av patientsäkerhetsplanen skiljer sig från tidsschemat för utarbetandet av budgeten samt boksluts- och verksamhetsberättelsen, och därför har målen i 2011 års patientsäkerhetsplan utvärderats i BSVB 2012.

⁵ Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M et al. Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL:s rapport 54/2012.

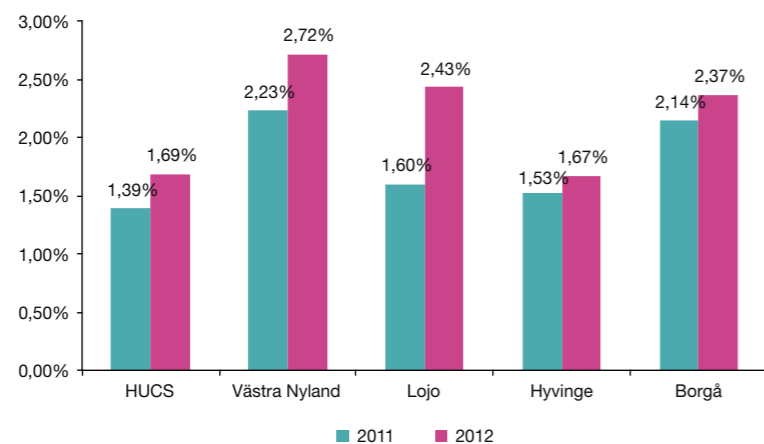
REKOMMENDATION: Att tidsschemat för patientsäkerhetsplanen skiljer sig från planeringen av samkommunens ekonomi och verksamhet försvårar uppföljningen och utvärderingen av de mål som har fastställts i patientsäkerhetsplanen. Revisionsnämnden föreslår att patientsäkerhetsplanen enligt kalenderår ska behandlas samtidigt som de andra strategiska dokumenten i enlighet med årsklockan för HNS:s planering och uppföljning.

Allokeringen av resurser till HNS:s patientsäkerhetsarbete genomfördes år 2012 i enlighet med målen. Webbutbildningsprogrammet Patientsäkerhet genom kunskap och färdighet togs i bruk vid HNS, och enkäten HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) genomfördes för att mäta patientsäkerhetskulturen vid den medicinska resultatenheten. Målet att utse patientrepresentanter till styrgruppen för patientsäkerhet förverkligades inte, men patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet främjades genom att man tog i bruk THL:s gyllene regler för patientsäkerhet.

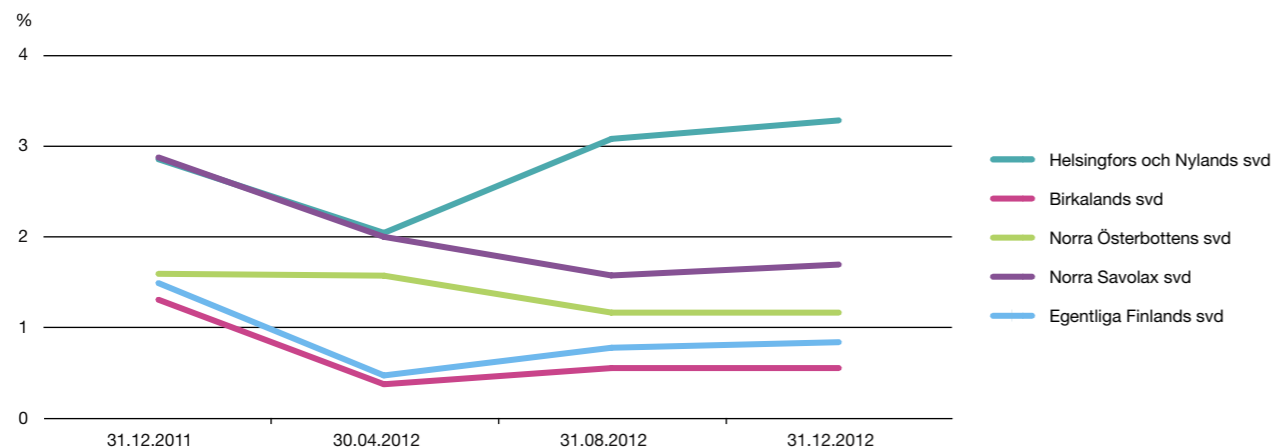
År 2012 skapades datatekniska förutsättningar för att följa upp OECD-indikatorerna, och dessa gör att man kan följa upp patientsäkerheten månatligen på HNS-nivå. De flesta indikatorerna producerar information som inte möjliggör uppföljning på sjukhus- och enhetsnivå. Problemet är fortfarande att informationssystemen inte kommunicerar sinsemellan, rapporteringen är bristfällig och statistikföringen delvis kräver dubbel registrering, vilket innebär att möjligheterna till att jämföra patientsäkerheten vid de olika sjukhusen inom HNS är små.

Information om den procentuella andelen patienter som har dött vid sjukhuset lades till i databasen HNS-ToTal. Informationen visar att andelen patienter som har dött vid sjukhuset var klart högre år 2012 än året innan inom alla sjukvårdsområden (figur 1). Av HNS:s officiella dokument framgår inte hur den ökade sjukhusdödligheten har behandlats inom organisationen eller hurdana åtgärder man har vidtagit på grund av denna. Revisionsnämnden anser det vara oroväckande att man inte har reagerat på den ökade sjukhusdödligheten. Man har inte heller påvisat att informationen som beskriver sjukhusdödligheten är felaktig.

REKOMMENDATION: HNS ska säkerställa att de nyckeltal som beskriver patientsäkerheten är tillförlitliga och jämförbara.



Figur 1. Sjukhusdödlighet (%) bland patienterna inom HNS enligt sjukvårdsområde åren 2011 och 2012. Källa: HNS-ToTal, Årsjämförelse av sjukhusdödligheten.



Figur 2. Andel remisser (%) där behandlingen tog längre än 21 dygn enligt sjukvårdsdistrikt. Källa: THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården.

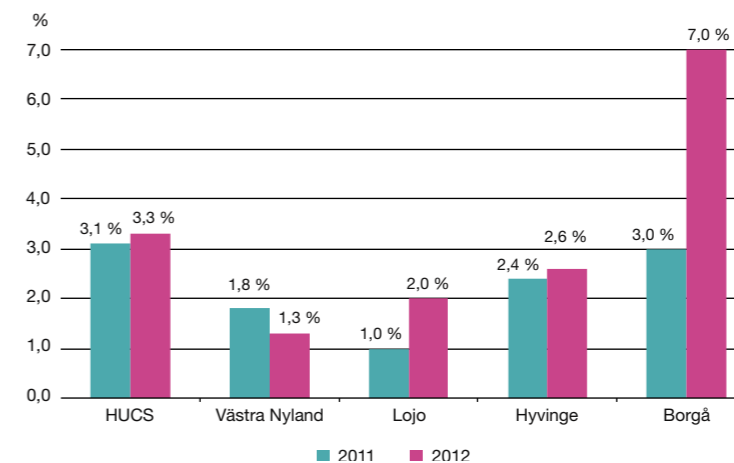
MET (Medical Emergency Team) är en verksamhetsmodell där vårdpersonalen vid sjukhusets avdelningar och polikliniker utifrån på förhand angivna alarmlinjer kan kalla på en grupp som består av personal från intensivvårdsavdelningen för bedömning av en patients tillstånd och vårdbehov. Målet är att i tillräckligt god tid upptäcka försämring av en patients grundläggande livsfunktioner och minska antalet återupplivningar och behovet av intensivvård. Enligt Gängse vård-rekommendationen, som uppdaterades år 2011, ska ett sjukhus vid störningar i de grundläggande livsfunktionerna på andra håll än intensivvårds- och övervakningsavdelningarna ha en tydligt definierad respons dygnet runt, till exempel MET eller RRT (Rapid Response Team). MET är ett exempel på en verksamhetsmodell för snabb reaktion,

som har konstaterats vara att rekommendera med tanke på patientsäkerheten⁶.

Verksamheten med nödsituationsgrupper har inom HNS ordnats i varierande omfattning. Enligt en utredning som gjordes år 2011⁷ användes verksamhetsmodellen MET vid endast fem av enheterna inom HNS, och inte heller vid

6 Shekelle P, Pronovost P, Wachter R et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med* 2013; 158: 365–68. Winters B, Weaver S, Pfoh E, Yang T, Pham J, Dy S. Rapid-Response systems as a patient safety strategy. A Systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158: 417–25.

7 Yli-Ketola M, Larm M, Levälampi T. Hätätilaryhmätoiminta HUS-alueella. Katsaus tämänhetkiseen tilanteeseen ja ajatuksia tulevaisuuteen. Operativa resultatenheten, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. 2011.



Figur 3. Andel remisser (%) där behandlingen tog längre än 21 dygn åren 2011 och 2012 enligt sjukvårdsområde. Källa: HNS-ToTal. Behandlingstider för externa remisser enligt sjukvårdsområde (hänvisning från 4.3.2013).

dessa var verksamheten tydligt organiserad eller omfattade hela sjukhuset. År 2012 ordnades MET-verksamhet alltjämt i varierande utsträckning, och verksamheten omfattar inte alla resultatenheter eller avdelningar.

4.3 Tillgången till vård

Om tidsgränserna för icke-brådsande vård stadgas i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Enligt lagen ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till sjukhuset. En bedömning av en specialist och de laboratorieundersökningar och den bildagnostik som anses behövliga ska göras inom tre månader från det att remissen anlände, och den vård som har ansetts vara nödvändig ska inledas senast inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast (§ 52). Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga är motsvarande tider tre veckor, sex veckor och tre månader (§ 53). Enligt lagen ska sjukvårdsdistrikten offentliggöra uppgifter om väntetiderna vid respektive verksamhetsenhet med fyra månaders mellanrum (§ 55). THL följer upp tillgången till vård.

Revisionsnämnden har bedömt hur tidsgränserna för vård förverkligas vid HNS, den regionala jämlikheten i fråga om tillgången till tjänster och kommunikationen inom HNS i anknytning till vårdgarantin^{8,9}. HNS har satt upp som mål att väntetiderna ska uppfylla minst den lagstadgade nivån.

8 Utvärderingen har gjorts utifrån informationen gällande 31.12.2011, 30.4.2012, 31.8.2012 och 31.12.2012 med hjälp av HNS:s egen dataproduktion (HNS-ToTal) samt THL:s information om tillgången till vård. THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården, baskuben (uppdaterad 1.2.2013). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruu/erikoissairaanhoidon_hoitopaasy

9 Koskinen-Kivilahti S, Räsänen P, Salmela R. Arviointi hoidon saatavuudesta HUS:ssa. Utvärderingsrapporten om tillgången till vård kan läsas på intranätet för den externa revisionen, <http://intranet.hus.fi/Organisaatio/Itsenaiset-tulosalueet/Ulkoinen-valvonta/Sivut/default.aspx>.

Ytterligare ett nyckelmål för år 2012 var att väntetiderna för icke-brådsande vård och undersökningar ska vara kortast bland universitetssjukvårdsdistrikten.

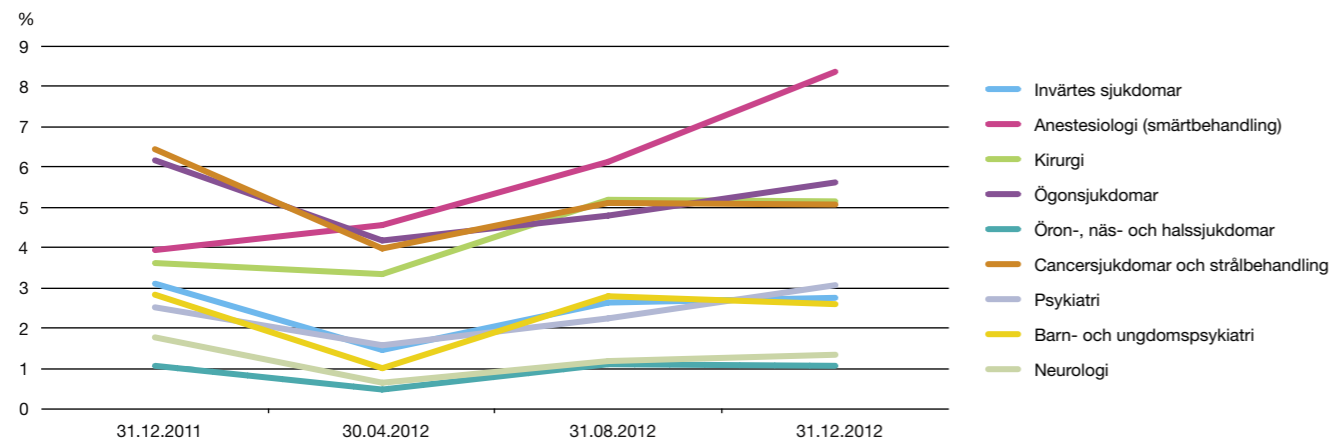
År 2012 var behandlingen av remisser sämre vid HNS än inom de andra universitetssjukvårdsdistrikten. Andelen remisser som behandlades för sent varierade inom HNS mellan 2,0–3,3 procent, medan motsvarande andel inom andra universitetssjukvårdsdistrikt var 0,4–2,9 procent. (Figur 2).

Andelen remisser som har anlänt från enheter utanför sjukhuset och där behandlingen tog längre än 21 dygn varierade mellan 1–7 procent inom HNS:s sjukvårdsdistrikt (figur 3). Andelen remisser som behandlades för sent ökade i jämförelse med året innan i synnerhet inom Borgå sjukvårdsdistrikt. Inom hela HNS förekom dröjsmål i behandlingen av remisser i synnerhet inom smärtbehandling, ögonsjukdomar, cancersjukdomar och strålbehandling samt inom kirurgin (figur 4). Inom barn- och ungdomspsykiatri låg andelen remisser med för lång behandlingstid (1,1–2,8 procent) i närheten av medelvärdet för hela landet (2,0–2,8 procent)¹⁰.

Antalet patienter som väntat för länge på vård varierade i viss mån från en månad till en annan. Det fanns flest patienter som hade väntat för länge inom HNS under sommarmånaderna, då i synnerhet antalet patienter som hade väntat länge på att få komma till en poliklinik ökade märkbart (figur 5).

År 2012 förverkligades den utsatta tiden på tre månader i fråga om det första besöket i genomsnitt bättre inom HNS än inom de andra universitetssjukvårdsdistrikten (figur 6). Andelen patienter som hade väntat i mer än tre månader va-

10 THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården, psykiatrikuben (uppdaterad 1.2.2013). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruu/erikoissairaanhoidon_hoitopaasy



Figur 4. Andel remisser (%) som behandlats i mer än 21 dygn inom HNS enligt specialitet. Källa: THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården.



Figur 5. Antal patienter vars väntetid överskridit vårdgarantin per månad år 2012 (HNS total). Källa: HNS-ToTal. Tillgång till vård; väntetider per månad (hänvisning från 4.3.2013).

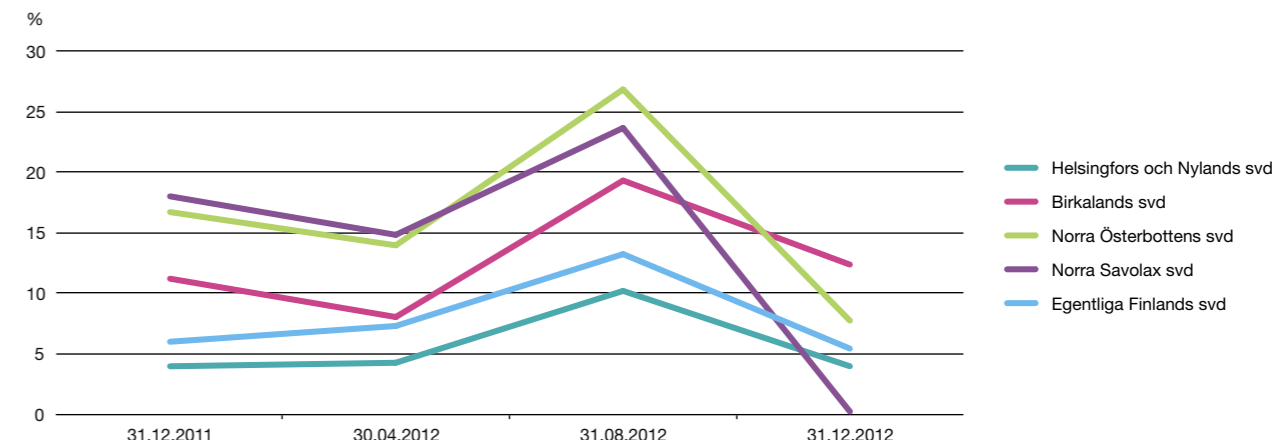
riera inom HNS mellan 4,0–10,2 procent vid gransknings-tidpunkterna och var mindre än vid motsvarande tidpunkter året innan (4,0–16,3 procent år 2011).

När det gäller alla patienter förverkligades tidsgränsen på tre månader i fråga om det första besöket endast beträffande cancersjukdomar och strålbehandling. Relativt sett fanns det flest patienter som väntat längre än tidsgränsen på 90 dagar inom specialiteten anestesiologi. I praktiken väntade dessa patienter på att få komma till smärtpolikliniken, dit vården i anknytning till cancersjukdomar och patienter som lider av kronisk smärta har koncentrerats. En avsevärd del av patienterna inom ögonsjukdomar och psykiatri tvingades också vänta för länge på det första besöket. I figur 7 presenteras den procentuella andelen patienter som inom HNS

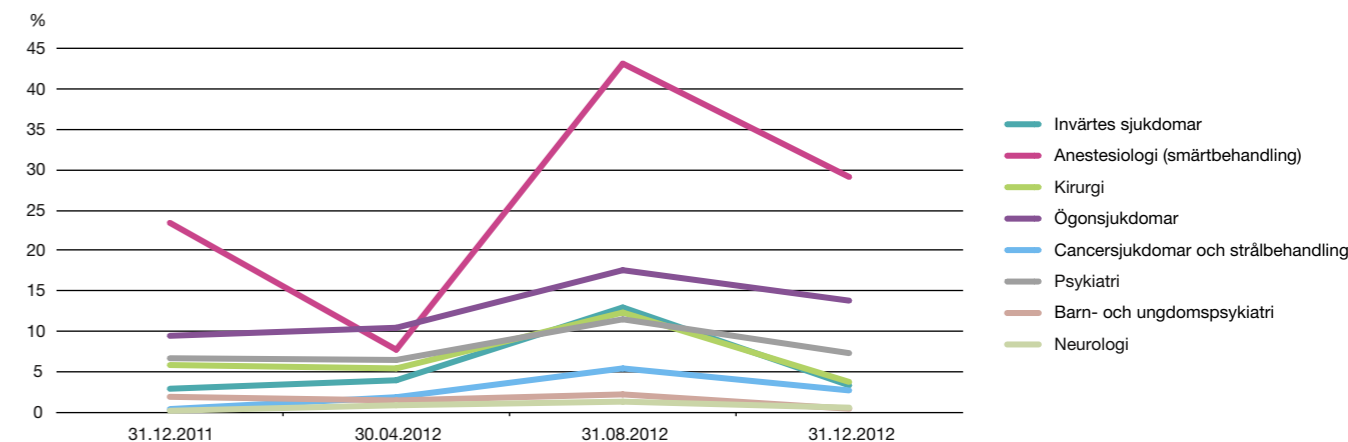
tvingades vänta på det första besöket i mer än 90 dagar år 2012 enligt specialitet.

År 2012 varierade andelen patienter som väntat i mer än 180 dygn mellan 0,8–2,9 procent inom HNS (figur 8), vilket ligger nära medelvärdet för universitetens sjukvårdsdistrikt (1,2–2,5 procent). I slutet av året hade 2,4 procent av patienterna inom HNS väntat på vård i mer än sex månader, vilket är mer än vid motsvarande tidpunkt året innan (0,8 procent).

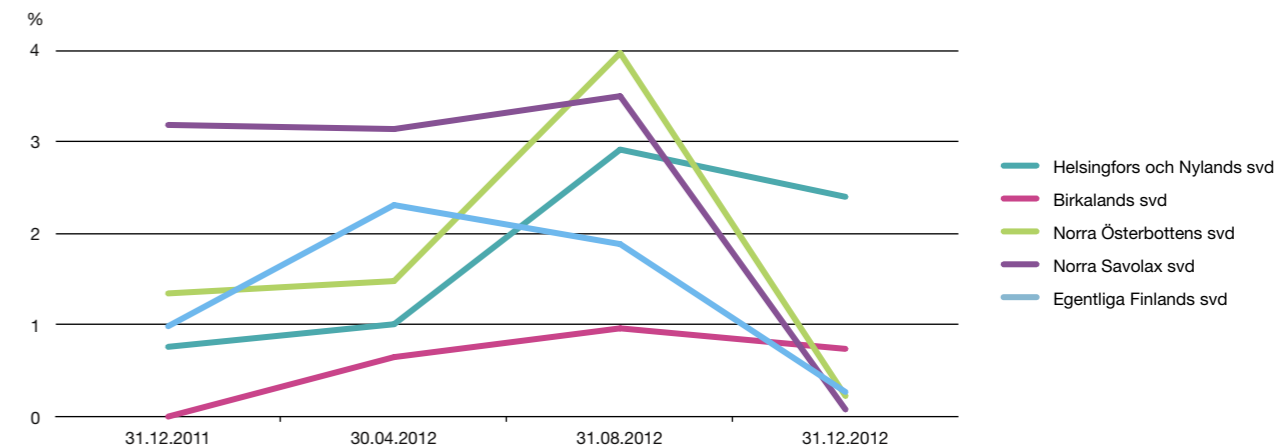
Relativt sett fanns det flest patienter som hade väntat på vård i mer än sex månader inom ögonsjukdomar och kirurgi. Andelen patienter som hade väntat för länge ökade under årets lopp inom ögonsjukdomar, där cirka 10 procent av patienterna hade köat i mer än sex månader



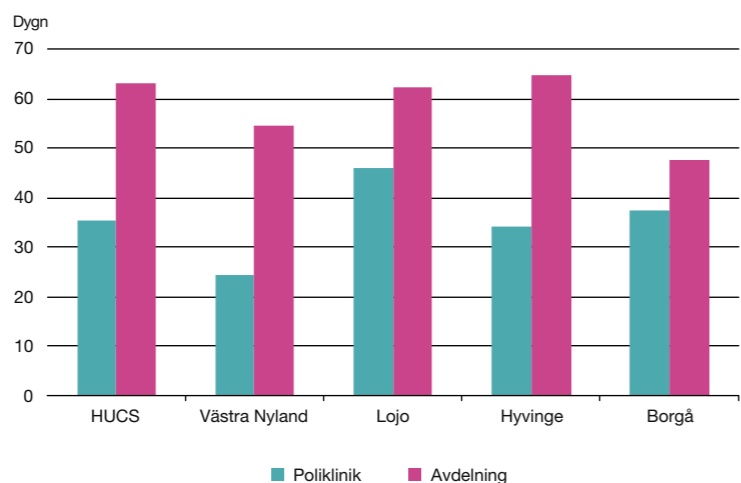
Figur 6. Andel patienter (%) som väntat i mer än 90 dygn på det första besöket inom universitetens sjukvårdsdistrikt. Källa: THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården.



Figur 7. Andel patienter (%) som väntat i mer än 90 dygn på det första besöket inom HNS enligt specialitet. Källa: THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården.



Figur 8. Andel patienter (%) som väntat i mer än 180 dygn enligt universitetssjukvårdsdistrikt år 2012. Källa: THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården.



Figur 9. Genomsnittlig väntetid för vård (dygn) på poliklinik och avdelning år 2012 inom HNS:s sjukvårdsområden. Källa: HNS-ToTal. Kuben HNS köer 2012 BS (hänvisning från 4.3.2013).

i slutet av året. I fråga om de kirurgiska specialiteterna tvingades en betydande del av patienterna inom i synnerhet plastikk-, vaskulär- samt hjärt- och thoraxkirurgi vänta för länge på vård¹¹. Inom neurologi var andelen patienter som hade väntat för länge cirka 9 procent i slutet av året, även om tillgången till vård förverkligades i enlighet med lagen tidigare under året.

Vid en granskning utifrån de genomsnittliga väntetiderna varierade tillgången till vård i viss mån mellan sjukvårdsområdena inom HNS år 2012 (figur 9). Den genomsnittliga väntetiden till en poliklinik var kortast i Västra Nylands sjukvårdsområde (24 dagar) och längst i Lojo sjukvårdsområde (46 dagar). Den genomsnittliga väntetiden för avdelningsvård varierade mellan 48 (Borgå svo) och 65 (Hyvinge svo) dagar.

År 2012 uppnådde HNS inte de mål som har satts upp för tillgången till vård i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och fullmäktiges beslut. Tidsgränsen på 90 dagar i fråga om det första besöket förverkligades en aning bättre inom HNS än inom de andra universitetssjukvårdsdistrikten, men trots detta fanns det vid gransknings-tidpunkterna 909–2 356 köande patienter som hade väntat för länge på det första besöket och 117–518 patienter som hade väntat på vård i mer än ett halvår. HNS hade i slutet av året den högsta andelen remisser som hade behandlats för sent och den högsta andelen patienter som hade väntat på vård i mer än 180 dagar av alla universitetssjukvårdsdistrikt.

11 Andelen patienter som väntat i mer än 180 dygn varierade år 2012 under granskningstidpunkterna mellan 4,2–13,4 procent inom plastikkirurgi, 0,4–5,8 procent inom vaskulärkirurgi och 2,1–4,0 procent inom hjärt- och thoraxkirurgi. THL. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården, baskuben (uppdaterad 1.2.2013).

År 2012 informerade HNS inte om hur vårdgarantin förverkligades i enlighet med förpliktelseerna i lagen, och HNS:s dataproduktion gav inte tillräckligt med verksamhetsenhetsspecifik information om tillgången till vård och alternativen i fråga om att söka vård. Uppdateringen och underhållet av informationen om tillgången till vård och väntetider på den webbplats som är avsedd för patienterna sköttes dåligt. Brister konstaterades även i dokumentationspraxisen. Till exempel innefattar den vård som har dokumenterats som vård genom köpta tjänster alla patienter som av olika orsaker har vårdats på annat håll, och informationssystemet ger ingen information om när en köpt tjänst anknyter till förverkligandet av vårdgarantin. Att tidsgränserna inte iaktas och att informationen om tillgången till vård är undermålig utgör en risk för den offentliga bilden av HNS.

Inom HNS har patienternas tillgång till vård främjats genom att utföra mertidsarbete, införa servicesedlar, köpa tjänster och utveckla den egna verksamheten. Åtgärderna har inte lett till någon permanent förbättring i fråga om förverkligandet av vårdgarantin. Andelen remisser som har behandlats för sent och andelen patienter som har väntat på det första besöket låg i slutet av år 2012 i stora drag på samma nivå som ett år tidigare. Andelen som har väntat i mer än 180 dygn ökade mot slutet av året.

REKOMMENDATION: HNS ska se till att tidsgränserna för att få vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) uppfylls och att HNS informerar om hur lång tid det tar att få vård och om väntetiderna enligt verksamhetsenhet på internet med fyra månaders mellanrum på det sätt som lagen förutsätter.

4.4 Inverkar inkomstnivån på användningen av sjukhustjänster?

I HNS:s strategi för åren 2012–2016 har man satt upp som mål att tillgången till likvärdig och jämlik vård ska säkerställas oberoende av hemkommun, social ställning eller andra orsaker. Forskningsresultaten har visat att dessa målsättningar inte uppfylls på ett tillfredsställande sätt i Finland och att fördelningsmålet i fråga om hälso- och sjukvården (minskning av hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna) inte har uppnåtts. Fördelningen av specialistläkarbesök gynnar i Finland tydligt personer med högre inkomst,¹² medan det otillfredsställda behovet av hälso- och sjukvårdstjänster i både Finland och flera andra EU-länder är störst bland personer med liten inkomst¹³. Därför beslöt revisionsnämnden att tillsammans med THL utreda hur användningen av tjänster inom den specialiserade sjukvården fördelar sig enligt inkomstnivå inom HNS:s område, samtidigt som man utredde användningen av tjänster inom den specialiserade sjukvården enligt inkomstnivå på det regionala planet i hela landet¹⁴.

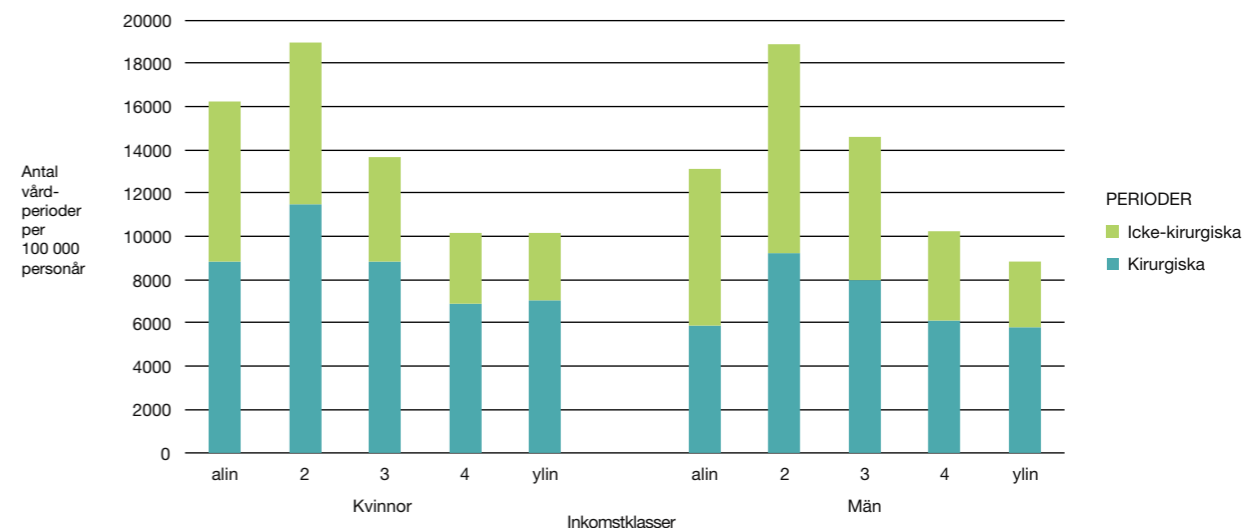
En granskning utifrån vårdanmälningsregistret och Statistikcentralens material gällande åren 2008–2010 visar att

användningen av offentlig och privat sjukvård är vanligare inom de lägre inkomstgrupperna än inom de högre både inom hela HNS-området (figur 10) och inom vart och ett av de fem sjukvårdsområdena. Ett undantag utgör den lägsta inkomstfemtedelen, där vårdperioderna var klart färre (i synnerhet bland män) än inom den näst lägsta inkomstfemtedelen. Den lägsta inkomstgruppens användning av sjukhusvård var inom HUCS:s specialupptagningsområde mycket liten bland både män och kvinnor i jämförelse med de andra specialupptagningsområdena och den näst lägsta inkomstgruppen.

Vid en granskning av de kirurgiska och icke-kirurgiska vårdperioderna framgick att andelen kirurgiska vårdperioder var större i de högre inkomstklasserna än i de lägre. Bland män var till exempel de kirurgiska periodernas andel av alla vårdperioder högre i den högsta inkomstgruppen (66,3 procent) än i gruppen med lägst inkomst (44,6 procent). Bland kvinnor var motsvarande siffror 69,0 procent och 54,3 procent. Resultaten tyder på att man genomför fler åtgärder på patienter inom de högre inkomstgrupper än på patienter inom de lägre inkomstgrupperna. Man borde inom HNS utreda vad dessa skillnader beror på och om de eventuellt inverkar på vårdresultaten.

Utifrån befolkningsundersökningar vet man att sjukdomsprevalensen och det servicebehov som denna leder till är större inom de lägre inkomstgrupperna. Det finns ingen information om servicebehovet enligt inkomstnivå, vilket innebär att man inte utifrån inkomsterna kan dra några slutsatser om huruvida serviceanvändningen inom de lägre inkomstgrupperna är tillräcklig i förhållande till det större servicebehovet.

- 12 OECD. Health at a Glance 2011. OECD Indicators. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (hänvisning från 9.1.2012)
- 13 Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth 2009;15:7–9.
- 14 Manderbacka K, Arffman M, Salmela R et al. Somaattisen erikoissairaanhoidon käytön sosioekonomiset erot alueittain 1998–2010. THL:s raportti nr 2/2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-820-9>. (Hänvisning från 26.4.2013)
- 15 Beaktar dödsfallen bland den befolkning som riskerar sjukhusvård under den aktuella tidsperioden.



Figur 10. Perioder av sjukhusvård per 100 000 personår¹⁵ bland kvinnor och män (25–84-åringar) enligt inkomstfemtedel inom HNS-området 2008–2010.

6 ETT NÄRMARE PARTNERSKAP MED PRIMÄRVÅRDEN

VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>1. Servicekedjorna och samarbetet med primärvården (PV)</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicekedjorna beskrivits i extranätet <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Top ten-servicekedjorna valts ut och beskrivits jämte indikatorer i samarbetet med PV. 	<ul style="list-style-type: none"> Integrationsgruppen för SSV och PV i huvudstadsregionen valde ut fyra servicekedjor jämte indikatorer som utvecklingsobjekt, men i BSVB anges inte vilka dessa är, och de har heller inte beskrivits i extranätet. I extranätet finns bara några beskrivningar av vårdkedjor, av vilka två har uppdaterats under år 2012: vårdkedjan för en HAL-patient (från finskans huumeet, alkoholi, lääkkeet, dvs. narkotika, alkohol, läkemedel) inom mödravården och vårdkedjan vid ätstörningar. År 2012 användes extranätet inte i enlighet med målsättningarna till informationsutbyte mellan HNS och medlemskommunerna i fråga om vårdkedjorna. <p>● ○ ○</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>2. Primärvårdsenheten</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Organisering av PV-enheten <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> PV-enheten har inlett sin verksamhet i omorganiserad form, och resultatmätare har utarbetats för den. 	<ul style="list-style-type: none"> Överläkaren för PV-enheten tillträdde tjänsten den 1 november 2012. Organiseringen av enheten har framskridit långsamt, resurserna är för små i förhållande till de uppgifter som anges i hälso- och sjukvårdslagen och enheten har inte utarbetat någon strategi eller några målsättningar jämte indikatorer under år 2012. <p>○ ● ○</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>

6.1 Samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ha en primärvårdsenhet som har multidisciplinär kompetens på hälsoområdet och som stöder arbetet med att ta fram en plan för ordnandet av hälso- och sjukvård. Primärvårdsenheten (PV) tillhandahåller sakkunskap och samordnar inom sitt område forskningen, utvecklingsarbetet, utformningen av vård- och rehabiliteringskedjorna och fortbildningen inom primärvården och sörjer för kartläggningen av personalbehovet och för samordningen av den specialiserade sjukvården (SSV), PV och, i tillämpliga delar, socialväsandet.

På grund av sina lagstadgade uppgifter har PV-enheten en central roll i samarbetet mellan PV och SSV. Den överläkare som sköter chefsuppgifterna vid primärvårdsenheten tillträdde sin tjänst i början av november. I slutet av året fanns det utöver lärarna i allmänmedicin endast någon enstaka annan vakans vid enheten.

Även om tillgången till vård vid hälsovårdscentralerna förbättrades en aning år 2012, visar THL:s enkäter om tillgången till vård²² att situationen fortfarande är mycket

besvärlig vid flera hälsovårdscentraler inom HNS-området när det gäller möjligheten att få tid till en läkarmottagning. Man kan främja en korrigerande av situationen genom bättre samarbete mellan SSV och PV.

Samarbetet mellan HNS och PV ökade på bland annat följande sätt år 2012:

- Medlemskommunerna har inlett utarbetandet av organiseringsplaner för hälso- och sjukvården enligt sjukvårdsområde, och överläkaren för PV-enheten samordnar för sin del samarbetet inom hela sjukvårdsdistriktet. Okunskapen om social- och hälsovårdslösningen försvårade utarbetandet av organiseringsplanerna, och utarbetandet av dessa pågick fortfarande vid verksamhetsårets slut.
- Att ansvaret för att ordna akutvård överfördes till sjukvårdsdistriktet förutsatte ett omfattande samarbete mellan HNS och medlemskommunerna vid beredningen av förändringen.
- HNS och kommunerna i huvudstadsregionen startade ett projekt, där målet var att skaffa ett gemensamt klient- och patientdatasystem för användning inom PV, SSV och i tillämpliga delar även inom socialväsandet.
- HNS:s och medlemskommunernas samjourer har ökat och man har försökt minska hyrläkarverksamheten vid till exempel den allmänmedicinska jourpolikliniken vid Jorv sjukhus genom att inrätta fler tjänster från och med början av år 2013.

- Utvecklingen av PV-aktörernas arbete och kompetens har stötts genom att man ökat specialistläkarnas konsultationer samt handlednings- och rådgivningsbesök vid hälsovårdscentralerna. För detta samarbete söker man de metoder för genomförandet som passar de lokala behoven bäst, och verksamheten har inletts bäst inom specialiteten psykiatri.

HNS:s affärsverks och balansenheters tjänster för medlemskommunerna ökade också år 2012, till exempel som följer:

- HNS-Bilddiagnostik ingick avtal om serviceproduktion för hälsovårdscentralerna i Träskända och Hangö och Mustijoen perusturva. Patienternas valfrihet beträffande undersökningsplatsen har ökat, eftersom de elektroniska remisserna förmedlas till alla röntgenenheter.
- HUSLAB producerar tjänster för medlemskommunernas alla hälsovårdscentraler, med undantag av Borgå. Tillgången till laborietjänster och tjänsternas rättidighet förverkligades väl (bl.a. fick 85 procent av patienterna genomföra provtagningen inom 30 minuter vid hälsostationernas och poliklinikernas provtagningsställen år 2012).
- HNS-Apotekets tjänster inom läkemedelsförsörjning omfattade år 2012 totalt 16 medlemskommuner (Vanda anslöt sig den 1 maj 2012). Målet är att det inom HNS-området ska finnas en enhet som producerar läkemedelsförsörjning och som sköter läkemedelsförsörjningen inom både SSV och PV. På så sätt kan man säkerställa att läkemedelsförsörjningen förverkligas utan avbrott när patienten överförs från den specialiserade sjukvården till primärvården.
- HNS-Logistikens samarbete med primärvårdsenheterna i HNS:s medlemskommuner har utvecklats på ett positivt sätt, och affärsverket har totalt 18 medlemskommuner som klienter. De externa försäljningsintäkterna ökade med 12,8 procent jämfört med föregående år. Kervo, Kyrkslätt och Grankulla har ingått ett samarbetsavtal med HNS-Logistik om produktionen av sjuktransporttjänster från och med den 1 januari 2013. Grundtrygghetsnämnden i Esbo har beslutat att hela den egna patienttransportverksamheten i Esbo ska fusioneras med HNS-Logistikens sjuktransport från och med den 1 april 2013.

Dataförvaltningens balansenheter har tagit i bruk en regional förmedlingstjänst för e-recept och e-Recept inom hela HNS-området. HNS-ToTal-rapporteringen finns tillgänglig för de kommunala användarna via extranätet.

Vid hjälpmedelscentralen inleddes år 2012 ett samarbetsprojekt med HNS:s medlemskommuner för att skapa enhetliga överlåtelsegrunder för hjälpmedel inom HNS-området.

REKOMMENDATION: *Ett närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården förutsätter multiprofessionell expertis och ett nätverksliknande verksamhetsätt. Kommunernas primärvård och socialväsande ska i sina egna planer bereda sig på ett närmare samarbete.*

6.2 Utvärdering av vård- och servicekedjorna

En av målsättningarna i HNS:s strategi är att skapa gemensamma servicekedjor för centrala patientgrupper enligt sjuk-

vårdsområde. Revisionsnämnderna för HNS och Helsingfors stad gjorde år 2012 en gemensam utvärdering, där målet var att utreda huruvida utvecklingen av Helsingfors stads och HNS:s vårdkedjor hade gjort det smidigare att överföra patienter och klienter från HNS till en plats för eftervård i enlighet med behovet av vård och omsorg och huruvida utvecklingen av vård- och servicekedjorna har inverkat på antalet fördröjningsdagar vid förflyttning av patienter som kommer från Helsingfors²³.

Åren 2009–2012 fanns det flera arbetsgrupper där representanter för HNS och medlemskommunerna försökte utveckla vård- och servicekedjorna och främja användningen av dessa inom servicesystemet. Eftersom arbetet med att utveckla vård- och servicekedjorna i huvudsak har utförts i olika arbetsgrupper som samarbete mellan kommunerna i huvudstadsregionen gäller observationerna i HNS:s och Helsingfors gemensamma utvärdering förutom Helsingfors även andra kommuner i huvudstadsregionen.

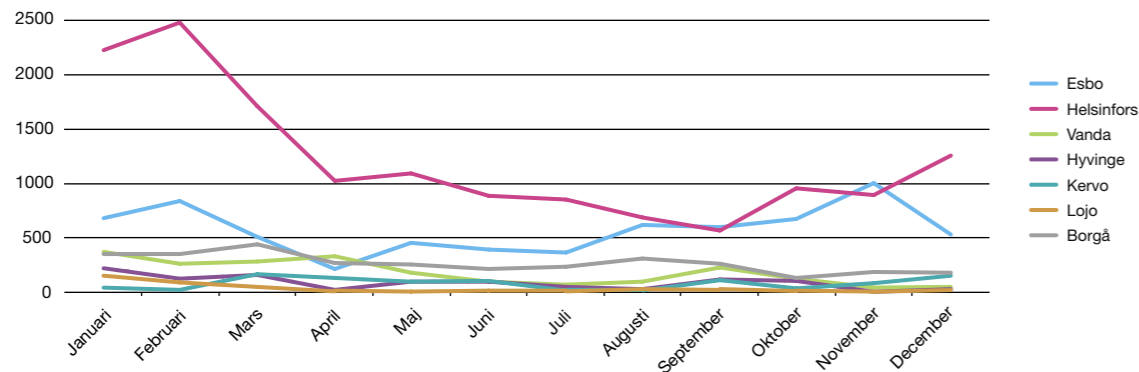
Flera problem har konstaterats i utvecklingen av vård- och servicekedjorna: olika arbetsgruppers arbete överlappar varandra och samordningen är dålig, man har inte reserverat tillräckliga resurser för arbetsgruppernas räkning, arbetet har ofta förblivit oavslutat, utbildningen och förtroendet med användningen av vårdkedjorna har inte varit tillräckliga, att förankra användningen av vård- och servicekedjor hos ledningen för flera sjukhus- och hälsovårdscentralorganisationer har varit ett långsamt och svårt arbete och informationsöverföringen mellan såväl aktörer inom hälso- och sjukvården som social- och hälsovårdsväsendet försvåras av informationssystem som inte är kompatibla och frågor i anknytning till datasekretessen. Ett centralt problem i fråga om vård- och servicekedjorna har dock varit att införandet av dessa i praktiken har varit bristfälligt.

Det finns lite information om vård- och servicekedjornas funktion och effektivitet, eftersom man endast sällan har fastställt indikatorer för dessa och ännu mer sällan har använt indikatorerna för systematisk utvärdering. Enligt intervjuer med experter har den största nyttan med utvecklingsarbetet beträffande vårdkedjorna varit att kommunikationen och samförståndet mellan HNS och kommunerna har förbättrats. Till exempel förekommer det inte längre betydande oklarheter i fråga om huruvida en patient kan förflyttas. Dataproduktionen har förhållits och skapandet av gemensamma indikatorer har inletts.

Ett exempel på en fungerande vårdkedja är vårdkedjan för patienter med höftfraktur, och i synnerhet tillämpningen "höfttruckschanan", som man i Esbo har tagit fram genom en vidareutveckling av denna. Patienter i höfttruckschanan skrivs ut i bättre kondition, med bättre funktionsförmåga och nöjdare än förr. Höfttruckschanan är det enda exemplet på en förbättrad hantering av vårdkedjan i BSVB-dokumentet, och inga andra välutvärderade och väldokumenterade exempel på lyckade vårdkedjor upptäcktes heller i HNS:s och Helsingfors gemensamma utvärdering.

22 THL. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon_hoitoonpaasy (hänvisning från 22.4.2013)

23 Koskinen-Kivilihti S, Kähkönen L, Peltola P et al. HUS:n ja Helsingin kaupungin välisen hoito- ja palveluketjuysteistyön arviointi. <http://intranet.hus.fi/Organisaatio/Itsenaiset-tulosalueet/Ulkoinen-valvonta/Documents/HUSn%20ja%20Helsingin%20kaupungin%20välisen%20hoito-%20ja%20palveluketjuysteistyön%20arviointi.PDF>



Figur 12. Antal fördröjningsdagar vid förflyttning (inkluderar både karensdagarna och de fördröjningsdagar som kommunerna har fakturerats för) inom de somatiska specialiteterna inom HNS per månad för de medlemskommuner som hade flest fördröjningsdagar vid förflyttning år 2012²⁶.

Verkställande direktören konstaterar i sin översikt i BSVB-dokumentet att utveckling av de gemensamma servicekedjorna för den specialiserade sjukvården, primärvården och socialservicen är ett centralt mål för HNS. Enligt ett nyckelmål som fullmäktige har godkänt borde man år 2012 ha valt ut top ten-servicekedjorna och beskrivit dem jämte indikatorer i extranätet i samarbete med primärvården. De valda servicekedjorna, beskrivningarna av dessa och framstegen har inte rapporterats i BSVB, men trots detta bedömde styrelsen att målet har uppnåtts.

Hälsö- och sjukvårdssamarbetet mellan kommunerna i huvudstadsregionen och sjukvårdsområdet HUCS begründades i den till intentionsavtalet för huvudstadsregionen anknyttande integrationsgruppen för den specialiserade sjukvården och primärvården, vars slutrapport färdigställdes sommaren 2012²⁴. Arbetsgruppen föreslog att man i stället för de tidigare arbetsgrupperna skulle grunda ett samarbetsforum för att främja utvecklingen av vård- och servicekedjorna och förankringen i praktiken i huvudstadsregionen i enlighet med de nationella rekommendationerna²⁵. Förslaget förverkligades dock inte inom år 2012.

REKOMMENDATION: Utvecklingen av vård- och servicekedjorna ska centraliseras, samordnas och utvärderas mer systematiskt. Dessutom ska informationen om vård- och servicekedjorna vara mer omfattande än i nuläget.

6.3 Metoder för att minska antalet fördröjningsdagar vid förflyttning

Från och med den 1 juli 2011 togs produkten fakturerade fördröjningsvård dygn vid förflyttning i bruk inom HNS, för

24 Projekt för utveckling av social- och hälsovården inom metropolområdet. Projektgrupp 1: Integrering av primärvården, socialtjänsterna och den specialiserade sjukvården genom att förstärka den primära nivån. Slutrapport 6.7.2012.

25 Ketola E, Mäntyranta T, Mäkinen R et al. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. http://www.kaypahoito.fi/khaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34e-ce74/hoitoketjuopas_2006.pdf (hänvisning från 6.9.2012)

26 Erhållen information: planeringschef Wilenius M, 23.1.2013.

att fakturera vård som dragit ut på tiden. År 2012 uppgick antalet fördröjningsdagar vid förflyttning inom HNS till totalt 36 430, av vilka antalet fakturerade fördröjningsdagar vid förflyttning (efter karensdagarna) uppgick till 11 341 (31 procent av det totala antalet). Att man har infört fakturering av fördröjningsvård dygn vid förflyttning har inte lett till någon väsentlig minskning av antalet fördröjningsdagar vid förflyttning, vilket även konstateras i BSVB 2012. Inte ens det faktum att karensdagarna från och med början av år 2012 minskade från tre till två inom de somatiska specialiteterna och från 21 till fjorton inom psykiatrin har minskat det totala antalet fördröjningsdagar vid förflyttning. I figur 12 visas det totala antalet fördröjningsdagar vid förflyttning (inkluderar både karensdagar och fakturerade fördröjningsdagar) per månad för de sju medlemskommunerna som hade flest fördröjningsdagar vid förflyttning år 2012.

År 2012 använde de patienter vars förflyttning hade fördröjts i medeltal 100 vårdplatser inom HNS, beräknat med 100 procents belastning. Att tillgången till rätt vårdplats fördröjs försvårar vården av brådskande patienter, fördröjer inledningen av eftervården och rehabiliteringen av de patienter som väntar på förflyttning samt försämrar patientens prognos (bl.a. slaganfallspatienter och patienter med höftfraktur). Eftersom de talrika bygg- och saneringsprojekten minskar antalet tillgängliga vårdplatser inom HNS (och i synnerhet HUCS), måste HNS försöka minska den onödiga användningen av vårdplatser till följd av förflyttningsfördröjningar. Enligt Kommunförbundets jämförelsedata har HNS många ofakturerade karensdagar och liten avgift för förflyttningsfördröjningar i jämförelse med många andra sjukvårdsdistrikt²⁷. Inom de somatiska specialiteterna ingår de ofakturerade fördröjningsdagarna vid förflyttning i huvudsak i DRG-produktpriserna, vilket höjer priserna på DRG-produkterna också för de kommuner som inte samlar på sig ofakturerade fördröjningsdagar vid förflyttning. År 2012 var Helsingfors andel av HUCS:s fördröjningsdagar vid förflyttning 57,3 procent (15 029 dagar).

27 Punnonen H. Siirtoviiveet ja siirtoviivemaksut vuonna 2011. Sjukhusinfo 3/2012.

REKOMMENDATION: Antalet karensdagar inom faktureringen av fördröjningar vid förflyttningen av patienter borde minska och man borde överväga att höja priset på fördröjningsdagar vid förflyttning.

Revisionsnämndens utvärdering av vård- och servicekedjorna samt förflyttningsfördröjningarna visade att den dåliga och oklara ansvarsfördelningen mellan medlemskommunerna och HNS inom rehabiliteringssystemet är en betydande orsak till förflyttningsfördröjningarna. Framför allt har små medlemskommuner inga möjligheter att grunda rehabiliteringsenheter med ett tillräckligt mångsidigt rehabiliteringsteam, men problem i fråga om tillgången till rehabilitering förekommer även i stora kommuner.

6.4 Vård av fetma

Enligt uppskattningar är 70 procent av de finländska männen och 57 procent av de finländska kvinnorna i åldrarna 25–74 år minst överviktiga (BMI > 25). Fler än två miljoner människor i arbetsför ålder (18–64 år) är minst överviktiga. Fetma är förknippad med flera långtidssjukdomar, upplevd livskvalitet och dödlighet.²⁸ På befolkningsnivå är övervikt och fetma förknippade med många olika faktorer, där det förutom människans egna val och beteende även handlar om arvsmassan, de sociala relationerna och den sociala ställningen samt miljön. Hälsö- och sjukvården kan därför inte lösa överviktsproblemet på egen hand, utan det handlar även om mer omfattande faktorer som ligger bakom individernas val; bl.a. marknadens och mediernas verksamhet, samhällsplaneringen, utbildningen samt hur väl samarbetet över förvaltningsgränserna lyckas.²⁹

Den primära behandlingsformen vid fetma är konservativ. Kirurgisk behandling övervägs om det handlar om svår eller sjuklig fetma, om patienten har en betydande sjukdom vid sidan av fetman och när primärvården har genomfört konservativ behandling i minst ett halvt år utan resultat.²⁸ Enligt en undersökning som Käkälä et al.³⁰ genomförde vid Kuopio universitets centralsjukhus underlättades behandlingen av följsjukdomar hos fetmaopererade patienter efter operationen. Dessutom minskade användningen av diabetes- och blodtrycksmediciner och patienterna upplevde att livskvaliteten hade förbättrats. Viktminskningen under det första året efter operationen var cirka 25 procent och vid treårskontrollen cirka 23 procent av startvikten. Eftervården av patienten och uppföljningen på lång sikt konstaterades vara en utmaning.

28 Enligt rekommendationen God medicinsk praxis anses ett BMI på 25 vara den övre gränsen för normalvikt, medan BMI > 30 innebär fetma, > 35 svår fetma och 40 eller högre sjuklig fetma. Rekommendationen God medicinsk praxis: Fetma hos vuxna. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010?hakusana=lihavuus> (hänvisning från 25.3.2013)

29 Wilson M, Guindon E, Baskerville N, Gauvin FP. Evidence Brief: Promoting healthy weights using population-based interventions in Canada. http://www.mcmasterhealthforum.org/images/docs/promoting%20healthy%20weights%20using%20population-based%20interventions%20in%20canada_evidence-brief_2012-09-17.pdf (hänvisning från 25.3.2013)

30 Käkälä P, Torpström J, Venesmaa S et al. Mahalaukun ohitus lihavuusleikkauksena: yhden keskuksen kymmenen vuoden kokemukset ja seurannan tulokset. Duodecim 2013;129:756–64.

År	Patienter (antal)	Genomsnittlig kostnad (€)	Kostnader totalt (€)
2010	177	12 539	2 219 450
2011	221	12 965	2 878 290
2012	197	9 024	1 777 689

Källa: Ecomed Analyser, operativa resultatenheter

Tabell 1. Fetmaoperationer som har genomförts inom HNS (DRG 288A, Behandling av övervikt genom operation av mag-tarmkanalen) och kostnaderna för dessa 2010–2012.

I Finland har man vid en internationell jämförelse genomfört få fetmaoperationer, men antalet ökar. Inom HNS har operationer genomförts sedan år 2007, och de operationstyper som används för närvarande omfattar både gastric bypass och gastric sleeve. Åren 2010–2012 genomfördes ingreppet på cirka 200 patienter om året (tabell 1). År 2015 har operationsbehovet bedömts uppgå till cirka 500–1 000 operationer om året³¹ och man har satt som mål att fördubbla antalet operationer fram till dess.³² Patienter som ska fetmaopereras genomgår en bedömning av en invärtesläkare och vid behov även en psykiater samt får handledning av en näringsterapeut. Patienterna måste göra en permanent förändring av levnadssättet och behöver livslång uppföljning inom primärvården efter operationen.

Tillgången till konservativ behandling har konstaterats vara liten och ostrukturerad inom primärvården i HNS-området, samtidigt som fetmaoperationer blir vanligare³³. Avsikten är att HNS:s enhet för fetmabehandling tillsammans med teamet för hälsofrämjande inom HNS:s PV-enhet ska inleda sin verksamhet vid den medicinska resultatenheten vid Jorv sjukhus våren 2013. Syftet med enheten är att förbättra tillgången till konservativ vård och åstadkomma gemensamma verksamhetsmodeller för de olika enheterna inom PV. En specialistläkartjänst har anvisats för det praktiska arbetet³⁴. Fram till år 2012 samordnades utvecklingen av fetmavården av PV-enheten, på vars initiativ man år 2012 bl.a. erbjöd avgiftsfri utbildning i handledning av viktkontrollgrupper för 40 yrkesutbildade personer inom hälsofrämjande verksamhet.

REKOMMENDATION: Fetma är ett betydande folkhälsoproblem, för vilket HNS hittills närmast har erbjudit fetmaoperationer som lösning. Revisionsnämnden anser det vara viktigt att man utvecklar den konservativa vården av fetma och att tillgången till denna inom primärvården förbättras. Samtidigt ska man följa upp utvecklingen av antalet fetmakirurgiska åtgärder och behandlingsresultaten.

31 Nämnden för HUCS sjukvårdsområde, protokoll 8.12.2011.

32 Erhållen information: avdelningsöverläkare Leivonen M, 18.2.2013.

33 Pietiläinen K, Suojanen L, Sane T, Nieminen M. Lihavuuden hoidon nykytila perusterveydenhuollossa HUS-kuntayhtymän alueella. <http://extranet.hus.fi/Uutisten%20liitteet/Lihavuuden%20hoito%20HUS-piirissä%20loppuraportti%20netti%20110211.pdf> (hänvisning från 25.3.2013)

34 Erhållen information: överläkare Sane T, 18.2.2013.

7 EFFEKTIV OCH KONKURRENSKRAFTIG VERKSAMHET

VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>1. Annan försäljning än försäljning till medlemskommuner</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penningbeloppet av annan försäljning än försäljning till medlemskommuner <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 procent större än år 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Penningbeloppet av annan försäljning än försäljning till medlemskommuner var 127,2 mn euro, beloppet ökade med 8,0 procent jämfört med år 2011. <p>○ ○ ●</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>2. 2. Patientnöjdhet</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultatet av kundnöjdhetsundersökningen <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fler än 70 procent av patienterna rekommenderar HNS som vårdplats 	<ul style="list-style-type: none"> • En ny metod för att mäta kundnöjdheten testades och togs i bruk vid 59 olika enheter i slutet av år 2012. Det finns ännu inga resultat av användningen i stor skala. • Uppgiften i BSVB om att 94 procent av patienterna skulle rekommendera HNS som vårdplats bygger på 374 svar som i slutet av året erhöles gällande sex verksamhetsmiljöer. Vid några verksamhetsmiljöer erhöles bara ett fåtal svar, vilket innebär att man inte kan dra några hållbara slutsatser utifrån resultaten. <p>○ ● ○</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>

nga nyckelmål eller indikatorer gällande effektiviteten har satts upp för år 2012 (kapitel 4 i BSVB och resultat korten gällande sjukvårdsområdena). Utvecklingsenheten fortsatte att följa upp effektiviteten, och antalet vetenskapliga artiklar i anknytning till projektet som publicerades eller skickades för publicering år 2012 uppgick till cirka 20 stycken.

HNS var år 2012 med och startade projektet AdHopHTA för metodutvärdering av den europeiska sjukhusnivån³⁵, där målet är att främja metodutvärderingen inom hälso- och sjukvården och därigenom även bevisen på metodernas effektivitet.

I det organiseringsavtal för SSV (specialupptagningsområdet för HUCS) som fullmäktige godkände i december 2012 avtalas om metodutvärderingen och inrättandet av en utvärderingsgrupp. Under år 2012 skapades en modell, enligt vilken ibruktagande av nya hälso- och sjukvårdsmetoder som föreslås för rutin användning och som till sin kostnadseffekt är betydande ska motiveras. Detsamma gäller även metoder som tas ur bruk. Med hjälp av blanketten Mini-HTA³⁶ bedömer man förutom effektiviteten även bl.a. metodens kostna-

35 AdHopHTA, <http://www.adhophta.eu/> (hänvisning från 20.4.2013)

36 Databasen Ohtanen. Mini-HTA sairaalpalvelujen organisoimnin ja päättök-senteon tukena. <http://mekat.hi.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=387&x=387> (hänvisning från 20.4.2013)

der och säkerhet. Den ansvarige överläkaren eller chefsöverläkaren för sjukvårdsdistriktet avgör när utvärderingsgrup-pens ställningstagande till en metod är nödvändigt.

7.1 Kundnöjdhet och patientrespons

Ett nytt elektroniskt sätt att lämna och samla in kundnöjdhets- och patientrespons togs i bruk vid 59 olika enheter i slutet av år 2012. Det nya verksamhetssättet testades vid 12 vårdavdelningar och 12 hälsovårdscentrallaboratorier under en månad i juni-juli. Enkäten innehåller frågor som är gemensamma för alla enheter, vilket möjliggör jämförelse av verksamheten och kvaliteten. Nationell jämförelse är också möjlig, eftersom enkäten innehåller fem frågor som är gemensamma för universitetssjukvårdsdistrikten, och resultaten av dessa kommer att publiceras i THL:s webbtjänst Servicevägen. Frågorna gäller sökandet av vård, informationen, vårdens smidighet och säkerhet samt vårdmiljön och bygger på lagstiftningen och undersökningar samt på HNS:s strategi och värden. Enkäten kan besvaras både elektroniskt och på papper.

Enligt pilotundersökningen är de patienter som har fått avdelningsvård (N=220) ganska nöjda med den vård de har fått. I testet fick den övergripande bedömningen av vårdperioden (vården/service jag fick var god; 5 = helt av samma åsikt) värdet 4,8. Det bästa betyget (4,85) fick informatio-

Mina ärenden diskuterades utom hörhåll för utomstående		
Helt av samma åsikt	😊	52 %
Delvis av samma åsikt	🙂	27 %
Varken av samma eller av annan åsikt	😐	6 %
Delvis av annan åsikt	😞	8 %
Helt av annan åsikt	😡	7 %
Gäller inte mig	🙄	3 %
Medelvärde		4,08

Skala: helt av samma åsikt = 5, helt av annan åsikt = 1

Tabell 2. Kundnöjdhetsenkät (pilot) för HNS:s vårdavdelningspatienter år 2012. Källa HNS intranät.

nen på det egna modersmålet (finska eller svenska) och det sämsta betyget (4,08) fick patienternas bedömning av huruvida deras ärenden diskuterades utom hörhåll för andra. Denna bedömning presenteras i tabell 2³⁷ ovan. Totalt 52 procent var av den åsikten att deras ärenden diskuterades utom hörhåll för utomstående.

Kundnöjdheten kan även utvärderas utifrån kontakterna med patientombudsmännen³⁸. År 2012 var antalet kontakt-

37 HNS intranät. Tulossa uusi tapa antaa ja kerätä potilaspalautetta. <http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,205154,205167,205168,295600,294037> (hänvisning från 28.1.2013)

38 Om patientombudsmännens verksamhet rapporteras enligt sjukvårdsområde från och med år 2012. Dessutom statistikförs kontakterna med patientombudsmännen både enligt sjukvårdsområde och på HNS-nivå. Erhållen information: patientombudsman Väisänen-Sotka M, 2.4.2013.

Kontakttagandets innehåll:	HUCS**	Hyvinge**	Lojo**	Västra Nyland**	Borgå**
Missnöje med vården/vårdresultatet	731 (804)	212 (202)	32 (55)	28 (39)	56 (32)
Vårdade patienter*/kontakttagande	517 (468)	221 (233)	926 (534)	585 (412)	458 (788)
Misstanke om behandlingsfel	623 (799)	173 (157)	63 (79)	12 (13)	75 (52)
Vårdade patienter*/kontakttagande	606 (470)	270 (300)	470 (371)	1366 (1236)	342 (485)

* = olika personer som vårdats inom den specialiserade

** = år 2011 inom parentes

Tabell 3. Antal kontakttaganden till patientombudsmannen enligt sjukvårdsområde år 2012.

taganden 5 576, och av dessa gällde 4 602 HNS:s sjukvårdsområden³⁹. Antalet kontakttaganden har minskat på HNS-nivå under de senaste åren.

De vanligaste orsakerna till att patientombudsmannen kontaktades har varit missnöje med vården eller vårdresultatet, misstanke om behandlingsfel eller upplevelse av osakligt bemötande. Kontakterna gällande tillgången till vård har vanligtvis gällt väntetiderna för vård, grunderna för tillgång till specialiserad sjukvård samt vård-, undersöknings- eller rehabiliteringsplanen. År 2012 gällde cirka hälften av kontakttagandena problem med kvaliteten på vården och bemötandet, medan 13 procent gällde tillgången till vård och informationen och 5 procent självbestämmanderätten. Patientombudsmännen får även en avsevärd mängd positiv respons på HNS:s verksamhet. År 2012 var syftet med cirka 9 procent av alla kontakttaganden att tacka.

Det förekommer skillnader mellan sjukvårdsområdena i fråga om orsakerna till att patientombudsmännen kontaktas. År 2012 hade Västra Nylands sjukvårdsdistrikt en större andel (72 procent) kontakttaganden i anknytning till kvaliteten på vården och bemötandet än de övriga sjukvårdsområdena. På motsvarande sätt tog man inom Hyvinge sjukvårdsområde relativt sett oftare kontakt i frågor som gällde tillgången till vård (18 procent), informationen (23 procent) och självbestämmanderätten (18 procent).

Antalet kontakttaganden i förhållande till antalet vårdade patienter var störst i Hyvinge och Borgå sjukvårdsområden. I tabell 3 presenteras antalet kontakttaganden som gällde missnöje med vården eller vårdresultatet och misstankor om behandlingsfel, samt antalet vårdade patienter per kontakttagande. Granskningen av antalet kontakttaganden i förhållande till antalet patienter är bara riktgivande, eftersom kontakttagandena statistikförs enligt ärende. En person kan alltså ha kontaktat patientombudsmannen

39 Erhållen information: patientombudsman Väisänen-Sotka M, 14.4.2013.

fler än en gång på grund av samma ärende eller också kan ett kontakttillfälle ha omfattat flera olika ärenden. Patientombudsmännen har i uppgift att ge patienterna råd, och patientombudsmannen får inte alltid information om patientens slutgiltiga beslut gällande vilka åtgärder han eller hon vill vidta i ärendet. Därför innehåller patientombudsmännens rapporter ingen detaljerad information om vad kontaktagandena har lett till.

7.2 Produktivitetsskillnader mellan sjukhusen inom kirurgi och produktivitet vid HNS:s operativa resultatenhet

Produktivitetsskillnaderna mellan sjukhusen beror i huvudsak på olika verksamhetsmodeller⁴⁰. Att patientmaterialet ser olika ut är av mindre betydelse. Vårdavdelningsverksamheten (i synnerhet längden på vårdperioderna) har stor betydelse för produktiviteten. Rehabiliteringen, utskrivningen och de kirurgiska enheternas schemaläggning och arbetsmetoder inverkar även på produktiviteten.

Produktiviteten vid HUCS:s operativa resultatenhet utvärderades⁴¹ utifrån DRG-materialen och jämfördes med de andra universitetssjukhusen utifrån resultatenhetens eget material och kostnadseffektiviteten i fråga om mertidsarbetsoperationer. I rapporten bedömdes även mertidsarbetsoperationernas kostnadseffektivitet. Följande observationer var de mest centrala i rapporten:

- Den negativa produktivetsutveckling som var typisk för servicen kunde hejdas åren 2008–2011.
- De kirurgiska enheternas produktivitet har förblivit nästan oförändrad, och vårdavdelningarnas och poliklinikernas produktivitet har förbättrats.
- Salstiden har ökat betydligt snabbare än antalet operationer.
- Andelen mertidsarbetsoperationer var endast cirka 5 procent av ingreppen och 2–3 procent av salstiden.

Inom katarakt- och bröstkirurgi är de direkta personalkostnaderna till följd av mertidsarbete mer än dubbelt så stora som för tjänstearbetet. Både vid ingrepp som syftar till dekompression av nervus medianus och inom ledproteskirurgi är personalkostnaderna för mertidsarbete högre än om ingreppen utförs som tjänstearbete. Mertidsarbete är ett kostnadseffektivt alternativ vid meniskoperationer i knäet, om mertidsarbetet utförs på en vardag/under tjänstetid⁴¹.



För att förbättra produktiviteten i fortsättningen krävs att man analyserar allokeringen av resurser mellan olika enheter och inför de bästa modellerna inom hela HNS-området. Det centrala ska vara att utveckla vårdkedjorna, så att eftervården ordnas på ett smidigt sätt och förflyttningsfördröjningarna minskar. Man har försökt utveckla incitamentmodeller, men än så länge har man inte lyckats.

REKOMMENDATION: *Det ska säkerställas att mertidsarbetet koncentreras till åtgärder och tidpunkter då det är kostnadseffektivt. Även andra alternativ än modellen med mertidsarbete ska utvecklas som incitament, så att man kan öka produktionen under tjänstetid.*

40 Torkki P. Käypä prosessi – Mikä selittä kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/5147/isbn9789526047348.pdf?sequence=1> (hänvisning från 19.4.2013)

41 Ledningsgruppen för den operativa resultatenheten 25.9.2012, HUCS – det operativa verksamhetsrådets produktivitet: Nordic Healthcare Group. <http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,179965,179986,179470,286375,299645> (hänvisning från 14.1.2013)

8 KOMPETENT OCH MOTIVERAD PERSONAL

VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>Personalens tillräcklighet och personalrekrytering</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekommendation av arbetsgivaren, procentuell andel (arbetsmiljöbarometern) <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • Över 75 procent av personalen rekommenderar HNS som arbetsgivare 	<ul style="list-style-type: none"> • Av dem som besvarade arbetsmiljöbarometern var 85 procent beredda att rekommendera arbetsgivaren <p></p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>Ledning genom växelverkan</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chefsindex (arbetsmiljöbarometern) <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3,8 	<ul style="list-style-type: none"> • Chefsindex 3,7. Resultatet förbättrades en aning jämfört med året innan. <p></p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p> <p>Ytterligare utvecklingsbehov konstaterades bl.a. på följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utbudet av tjänstebostäder, som inte har ökat i enlighet med strategin, • genomförandet av utvecklingssamtal och inriktningen på dessa, • de officiella anvisningarna om kontroll av personalens kompetens, som meddelades först i december 2012, • användarorienteringen i fråga om intranätet.

HNS:s strategiska fokusområden i anknytning till personalen gällde år 2012 personalens tillräcklighet och personalrekrytering samt ledning genom växelverkan. Revisionsnämnden har utöver uppnåendet av nyckelmålen även utvärderat anvisningarna om granskning av personalens kompetens, tillgången på tjänstebostäder, kvaliteten på personalenkäterna och HNS:s interna kommunikation.

8.1 Personalstruktur och personalrekrytering

I slutet av år 2012 arbetade 21 738 personer inom HNS, och antalet årsverken uppgick till 17 340. Både storleken på personalen, antalet årsverken och priset på ett årsverke ökade jämfört med tidigare år. Lönekostnaderna ökade med cirka 5,4 procent jämfört med året innan och löneglidningen, dvs. skillnaden mellan kollektivavtalen och de faktiska lönekostnaderna, ökade från cirka en procent år 2011 till 1,8 procent.

Andelen fast anställd personal inom HNS sjönk till 78,5 procent år 2012, och antalet visstidsanställda arbetstagar ökade. Även om användningen av vikarier minskade en aning jämfört med året innan ökade användningen av kortvariga vikarier, och visstidsanställd arbetskraft användes i större utsträckning än året innan för att sköta öppna uppgifter (figur 13). Lönekostnaderna för kortvariga vikarier ökade

inom alla sjukvårdsområden samt i merparten av enheterna för stödtjänster. Jämfört med år 2011 ökade lönekostnaderna för kortvariga vikarier med cirka 3,2 miljoner euro. Målet på HNS-nivå att öka andelen fast anställd personal förverkligades bättre inom enheterna för stödtjänster än inom sjukvårdsområdena.

Att öka antalet interna vikarier (s.k. pooltjänster) har setts som en metod att öka mängden fast anställd personal och minska användningen av inhyrd arbetskraft. År 2012 granskades pooldimensioneringen och användningsprinciperna utifrån styrelsens tidigare beslut⁴². Målet var att öka antalet pooltjänster med 185 tjänster. Målet uppnåddes inte. Det är svårt att utvärdera poolsystemet, eftersom det faktiska antalet tjänster är okänt på grund av skillnader i dokumentationspraxisen och eftersom pooltjänster även används för att öka enheternas personaldimensionering⁴³.

På grund av den hårdare ekonomiska situationen drog HNS:s styrelse den 16 april 2012⁴⁴ upp bland annat följande riktlinjer för att förhindra att budgeten spräcks: hejda ökningen av personalmängden, minska användningen av vikarier och i större utsträckning än tidigare år inskränka den

42 Styrelsens protokoll 21.11.2011, stående anvisning 7/2012

43 Erhållen information: personalresurschef Keijonen P, 1.3.2013.

44 Styrelsens protokoll 16.4.2012



Figur 13. Visstidsanställda arbetstagare (antal) 2008-2012 (HNS totalt, situationen i slutet av året)
Källa: HNS Personalberättelse 2012.



Figur 14. Årsverken enligt månad 2010-2012⁴⁵.

elektiva verksamheten i semestertider. En granskning av antalet årsverken och HNS:s totala fakturering enligt månad visar dock att det sommaren 2012 inte skedde någon märkbar förändring i dessa jämfört med tidigare år. På sommaren utfördes en aning fler årsverken än tidigare år (figur 14) och i till exempel juli ökade antalet årsverken med nästan 50 jämfört med motsvarande tidpunkt året innan. Den totala faktureringen beskriver verksamhetens volym, och dess andel av faktureringen för hela året låg i juli kvar på samma nivå som tidigare år (6,2 procent), och julis andel av hela årets årsverken (6,6 procent) ökade en aning jämfört med motsvarande

tidpunkt året innan⁴⁵. Inskränkningen av verksamheten och minskningen av antalet vikarier i enlighet med styrelsens riktlinjer lyckades inte sommaren 2012.

8.2 Användning av inhyrd arbetskraft

Användningen av inhyrd arbetskraft ökade en aning år 2012. Kostnaderna för inhyrd arbetskraft uppgick till totalt 14,4 miljoner euro och överskred budgeten med 1,7 miljoner euro. Inhyrd arbetskraft användes i synnerhet inom före-

⁴⁵ HNS-ToTal, personalkuben (hänvisning från 9.4.2013).

tagshälsovården samt inom specialiteterna psykiatri och radiologi, där användningen förklaras av bristen på specialistläkare. Dessutom gav ändringen av dikteringssystemet upphov till hård belastning inom HNS-Servis, vilket man tog itu med genom att använda inhyrd arbetskraft. Användningen av inhyrd arbetskraft rapporteras inte som årsverken för olika personalgrupper.

REKOMMENDATION: HNS borde rapportera användningen av inhyrd arbetskraft som årsverken enligt personalgrupp samt priset på ett årsverke enligt personalgrupp, så att man kan jämföra kostnaderna för inhyrd arbetskraft och egen personal per årsverke.

8.3 Utveckling av rekryteringen

Inom HNS har man skapat en modell för rekrytering och legitimering för att rekrytera sjukskötare från länder utanför EU/EES-området till Finland⁴⁶. Verksamhetsmodellen underlättar förståelsen av de frågor som anknyter till rekrytering från utlandet, och den kan utnyttjas även utanför HNS. Revisionsnämnden anser det vara viktigt att man i rekryteringsplanerna även beaktar personer som redan bor i Finland och som har fått sin utbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet utomlands, utlänningar som studerar inom hälso- och sjukvårdsområdet i Finland samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som arbetar inom andra branscher. Dessa grupper utgör också en betydande personalresurs⁴⁷.

År 2012 upptäcktes brister i hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och förfarandena för att kontrollera denna. I september 2012 avskedades fyra sjukskötare som arbetade utan formell kompetens. HNS:s anvisningar om granskning av examina preciserades på intranätet i december.

REKOMMENDATION: Revisionsnämnden förutsätter att det inom HNS finns gemensam praxis för granskning och dokumentation av examina. Revisionsnämnden föreslår även att HNS:s officiella stående anvisningar ska kompletteras beträffande kontroll av personalens kompetens.

Tillgången på bostäder och bostädernas pris är centrala faktorer i anknytning till personalrekryteringen i synnerhet i

⁴⁶ Tuokko A, Mäenpää P, Nivalainen J. HYKS-sairaanhoidon alueella operatiivisessa tuloyksikkössä toteutettu kehityshanke sairaanhoitajien rekrytoimisesta ulkomailta. Loppuraportti. HNS och Opteam Yhtiöt Oy. Helsingfors 2013.

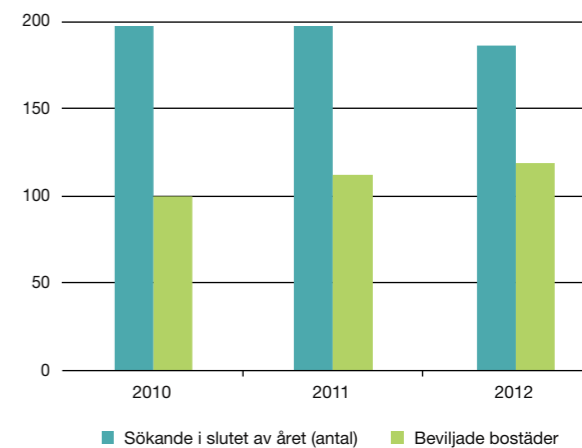
⁴⁷ Ailasmaa R. Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö 2009. THL Statistikrapporter 6/2012.

huvudstadsregionen. Ordnanandet av bostad är av betydelse i synnerhet när en arbetstagare kommer till sin första arbetsplats eller sitt första vikariat. Det är svårt för HNS att öka utbudet av bostäder till skäliga priser med det nuvarande marknadsbestämda förfarandet. HNS har i sin strategi (punkt 5.10) satt upp som mål att öka utbudet av tjänstebostäder för att förbättra tillgången på arbetskraft. Riktlinjerna gällande HNS:s tjänstebostäder har fastställts i det bostads-politiska programmet, som sträcker sig fram till år 2015. Det finns tjänstebostäder på flera orter och användningsgraden har varit hög. Varje år lämnar cirka 500 personer in en bostadsansökan, och drygt ett hundra personer om året har beviljats bostad (figur 15). Det har varit brist på bostäder i synnerhet i Helsingforsområdet. Tillgången på tjänstebostäder har förbättrats endast en aning och HNS har inte utarbetat planer för att öka utbudet, med undantag av att man har gjort hyresavtalen tidsbestämda.

REKOMMENDATION: HNS borde tillsammans med kommunerna i huvudstadsregionen och andra aktörer (till exempel HOAS) utreda möjligheterna att själv låta bygga bostäder genom att utnyttja kompetensen och erfarenheten hos HNS-Fastigheter.

8.4 Ledning genom växelverkan

I HNS:s strategi ses interaktiv, rättvis och tydlig ledning som en viktig delfaktor inom arbetshälsa och produktivitet. Ett centralt redskap för ledning genom växelverkan inom HNS är de årliga utvecklingssamtalen. År 2012 uppdaterades anvisningarna för utvecklingssamtalen och grupputveck-



Figur 15. Antal personer som ansökt om bostad och antal beviljade bostäder i slutet av året 2010-2012.^{48, 49}

⁴⁸ Erhållen information: chef för bostadstjänster Strengell M, 18.2.2013.
⁴⁹ HNS-Fastigheter Ab Årsberättelse 2010 och 2011

lingssamtal utvecklades. Man lyckades tydligt främja genomförandet av utvecklingssamtalen i fråga om läkarna och specialarbetstagarna, men i sin helhet underskred förverkligandet av utvecklingssamtalen fortfarande målsättningen. Sämst genomfördes utvecklingssamtalen i fråga om läkare under specialistutbildning och arbetstagare som hade varit anställda i mindre än ett år. Enligt resultaten av arbetsmiljöbarometern var det dock dessa arbetstagargrupper som upplevde att de hade störst nytta av utvecklingssamtalen.

REKOMMENDATION: Inom HNS bör man fästa uppmärksamhet vid att utvecklingssamtalen genomförs jämlikt i fråga om arbetstagare som befinner sig i olika skeden av sin karriär. Utvecklingssamtal är ett bra redskap för att stödja den yrkesmässiga utvecklingen och ge respons i synnerhet i fråga om nya arbetstagare och arbetstagare som befinner sig i början av karriären.

Inom HNS följer man upp personalens arbetshälsa med hjälp av den årliga arbetsmiljöbarometern (AMB, år 2012 var svarsprocenten 68,4) samt med de inskolnings- och avgångsenkäter som genomförs två gånger om året. Arbetsmiljöbarometern är ett centralt redskap i uppföljningen av de strategiska målen gällande HNS:s personal, och utifrån resultaten lottar man årligen ut incitamentsbelöningar till ett värde av 1 500 och 4 000 euro. I 2012 års AMB-enkät syftar vissa frågor på flera olika saker, medan en del av frågorna är oprecisa, och alla frågor beskriver inte det delområde av arbetshälsa som de har hänförs till. Utdelningsgrunderna för incitamentsbelöningarna kan gynna små enheter och styra svaren i en mer positiv riktning än verkligheten. År 2012 bestod belöningsgrunderna av förverkligande av utvecklingssamtal och upplevd nytta med dessa, inskolning och mobbning på arbetsplatsen. Dessutom borde man beakta anställningens art i arbetsmiljöbarometerenkäten och granska arbetshälsan i förhållande till arbetets tidsbestämda natur och permanens. Det har konstaterats⁵⁰ att osäkerhet i fråga om arbetet påverkar en arbetstagare negativt på många olika sätt. Till exempel kan visstidsanställda arbets-

50 Heponiemi T, Sinervo T, Elovainio M. Työn epävarmuus ja hyvinvointi. Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden päätöksissä. THL, rapport 65/2011.

tagare ha sämre möjligheter att påverka arbetsuppgifterna och arbetsarrangemangen samt ha sämre möjligheter att bli hörda på arbetsplatsen. Fast anställda arbetstagare kan i sin tur uppleva att arbetet som mer belastande än visstidsanställda arbetstagare.

REKOMMENDATION: Man ska inom HNS säkerställa att personalenkäterna ger tillförlitlig information. Dessutom ska man kritiskt utvärdera utdelningsgrunderna för incitamentsersättningarna i anknytning till arbetsmiljöbarometern.

Förekomsten av växelverkan i ledningen kan även granskas i förhållande till kommunikationen inom organisationen. Det viktigaste redskapet för den interna kommunikationen inom HNS är intranätet. Arbetet med att förnya detta inleddes år 2009⁵¹. År 2012 användes två olika versioner av systemet. Dessutom sker kommunikationen i frågor som gäller personalförvaltningen med hjälp av systemet HNSPlus. Resultatenheterna ansvarar själva för att informationen uppdateras, och praxisen varierar i fråga om vilken version av intranätet som utnyttjas. De olika versionerna av intranätet och systemet HNSPlus innehåller delvis överlappande och delvis föråldrad information, vilket gör det svårare att hitta den nödvändiga informationen. År 2012 skedde även en positiv utveckling i fråga om utvecklingen av systemen. Bland annat infördes Valviras identifikationsdata i systemet HNSPlus i fråga om de arbetstagare som arbetar med uppgifter som kräver legitimation. Dessutom utvecklades de personalförvaltningsrapporter som är avsedda för cheferna.

REKOMMENDATION: Intranätets användarorientering ska förbättras genom att man ser till att innehållet är uppdaterat och lättnavigerat. Överlappningarna i systemen ska avhjälpas för att främja effektiv informationsförmedling och effektivt utnyttjande av informationen.

51 Förnyelsen av intranätens anknöt till det s.k. Triplanet-projektet, vars mål var att förnya HNS:s externa och interna webbsidor och utarbeta gemensamma extranätssidor för HNS och ägarkommunerna.

9 KONTROLLERAD OCH BALANSERAD EKONOMI

VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>Förbättring av produktiviteten</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Somatisk serviceproduktion DRG-viktad produktion/reala kostnader (deflaterad kostnad för en DRG-poäng) En produktivetsmätare för den psykiatriska verksamheten definieras och tas i bruk under år 2012, så att man kan sätta upp ett målvärde för mätaren i budgeten 2013. Stödtjänsterna (affärsverk, resultatområden, balansenheter och dotterbolag) ska alla ha en egen individuell produktivetsmätare på enhetsnivå samt enligt servicehelhet. THL:s nationella produktivetsjämförelse. <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> En förbättring av produktiviteten med minst 1,5 procent på helhetsnivån (samkommunen och koncernen) 	<ul style="list-style-type: none"> DRG-poängkostnaden (deflaterad) sjönk med 0,9 procent jämfört med år 2011. Produktivetsmålet på 1,5 procent uppnåddes inte. Produktiviteten under ett årsverke sjönk med 0,4 procent. Arbetet med att definiera en produktivetsmätare för psykiatrin inleddes år 2012. Pilotverksamheten i anknytning till mätaren sköts upp till nästa år, och inget målvärde för mätaren kunde sättas upp för år 2013. Av de sju affärsverken uppnådde fem sitt produktivetsmål. Av de fem sjukvårdsområdena uppnådde endast Västra Nylands sjukvårdsområde sitt mål. <p>● ○ ○</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p> <p>Vid en produktivetsjämförelse utifrån THL:s material för år 2011⁵² placerade HNS sig som följer:</p> <ul style="list-style-type: none"> HUCS:s produktivetsutveckling var bäst av universitetssjukhusen åren 2007–2011, och i 2011 års produktivetsjämförelse kom HUCS på tredje plats, efter KUS och UUS. Hyvinge sjukhus hade den tredje bästa produktivetsutvecklingen i gruppen för centralsjukhus och placerade sig tillsammans med Norra Karelen centralsjukhus i täten av centralsjukhusgruppen år 2011. Produktivetsutvecklingen vid Lojo, Västra Nylands och Borgå sjukhus var åren 2007–2011 bättre än den genomsnittliga nivån i gruppen för övriga sjukhus, och produktiviteten vid Borgå sjukhus motsvarade år 2011 den genomsnittliga nivån i gruppen (Lojo och Västra Nylands sjukhus låg en aning under denna nivå). <p>52 Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2011. THL:s statistikrapport 2/2013.</p>

HNS:s fakturering av medlemskommunerna (euro/invånare) deflaterad med sjukhuskostnadsindexet har minskat en aning under de senaste åren, medan alla andra sjukvårdsdistrikts sammanlagda fakturering av medlemskommunerna per invånare har fortsatt att öka (se figuren på pärmen)⁵³.

53 I figuren på pärmen har faktureringen av medlemskommunerna (försälingsintäkter från medlemskommunerna) deflaterats till 2012 års nivå med sjukhuskostnadsindexet (Statistikcentralen 9.4.2013). Övriga sv-distrikt inkluderar inte landskapet Åland. Den 1 januari 2010 anslöt sig Liljendal och Pernå samt Strömfors, exklusive områdena Haavisto och Vastila, i Kymmenedals sjukvårdsdistrikt till Lovisa. Källor: Kommunförbundets årliga sjukhusstatistik, Statistikcentralens befolkningsdata den 31 december och Jorma Lauharanta, HUCS 17.4.2012.

Sjukhusens produktivitet har stor inverkan på hur stora kostnaderna för den specialiserade sjukvården är per invånare inom olika sjukvårdsdistrikt eller inom HNS:s sjukvårdsområden. Kostnaderna per invånare påverkas förutom av produktiviteten även av befolkningens ålders- och könsstruktur. Inom HNS-området är befolkningens åldersstruktur ganska fördelaktig i förhållande till flera andra sjukvårdsdistrikt. När man beaktar befolkningens ålders- och könsstruktur (dvs. beräknar de ålders- och könsstandardiserade kostnaderna per invånare för den somatiska specialiserade sjukvården) låg kostnaderna enligt THL:s rapport⁵² 8 procent under genomsnittsnivån i landet i Hyvinge svo och 5 procent under genomsnittsnivån i landet i HUCS:s svo. I de övriga sjukvårdsområdena mot-

svarade de köns- och åldersstandardiserade kostnaderna genomsnittsnivån i landet.

En tredje faktor som har stor inverkan på kostnaderna per invånare (utöver sjukhusens produktivitet och befolkningens åldersstruktur) är befolkningens sjuklighet. Om man dessutom beaktar att befolkningen inom HNS enligt THL:s sjuklighetsindex⁵⁴ är friskare än i något annat sjukvårdsdistrikt i Fastlandsfinland (det åldersstandardiserade sjuklighetsindexet för befolkningen inom HNS ligger 15,5 procent under medelnivån för hela landet), kan man dra slutsatsen att kostnaderna per invånare för den specialiserade sjukvården till befolkningen inom HNS (med beaktande av behovet) inte är lika förmånliga som vad en vanlig jämförelse av kostnaden/invånare visar. En annan slutsats av detta är att HNS:s produktivitet kan förbättras ytterligare och att man alltjämt kan minska de reella kostnaderna per invånare inom den specialiserade sjukvården. De behovsstandardiserade kostnaderna per invånare inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen var enligt THL:s undersökning⁵⁵ (de senaste siffrorna är från år 2010) högst inom HNS och Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt.

Trots att en kontinuerlig förbättring av produktiviteten är ett av HNS:s centrala mål innehåller boksluts- och verksamhetsberättelsen ingen ordentlig analys av orsakerna till att produktiviteten år 2012 förbättrades långsammare än tidigare år (eller av orsakerna till att personalproduktiviteten i västra Nyland förbättrades med 10,8 procent under året). Det vore nyttigt att analysera bl.a. hur mycket olika byggnads-, sanerings- och omflyttningsprojekt samt ibruktagandet av patientdatasystemet Uranus 2 och problemen med

54 THL:s sjuklighetsindex: åldersstandardiserat: 2008–2010. <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/atlas/shp/atlas.html?select=01&indicator=i0> (hänvisning från 19.4.2013)

55 Hujanen T, Häkkinen U, Peltola M. Terveysten- ja vanhustenhuollon tarvakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2010. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fin/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ ja_sosiaalitalous/tilastoja (hänvisning från 22.4.2013)

Produkt	HUCS	Lojo	Västra Nyland	Hyvinge	Borgå
014B specifika kärtsjukdomar i hjärnan exkl. TIA, ej komplicerat	4050	4265	2770	4800	2050
1190 Underbindning och stripping av ven, kort vårdtid	1405	2470	1150	2000	1430
0600 Tonsillektomi och adenoidektomi enbart, kort vårdtid	1080	1220	1605	1440	-

Tabell 4. Pris på produkterna 014B, 1190 och 0600 (€) inom olika sjukvårdsområden enligt serviceprislistan för år 2012.

det digitala systemet för diktering minskade den kliniska serviceproduktionen.

Kostnadsberäkningen och prissättningen av tjänsterna behöver också analyseras kritiskt. Fullmäktige godkände produktifierings- och prissättningsprinciperna för år 2012 den 15 juni 2011. Enligt beslutet ska man vid produktifieringen använda samma principer inom HNS:s alla enheter, och produktifieringen definieras noggrannare i "Prestationshandboken". Revisionsnämnden har upptäckt att det kan förekomma stora variationer i priset på en DRG-produkt mellan olika sjukvårdsområden (tabell 4).

Prissättningen av DRG-produkterna borde analyseras på ett transparent sätt. Om resultatet av analysen visar att en del av enheterna kan producera en tjänst till ett anmärkningsvärt förmånligt pris (utan att tumma på kvaliteten), borde man lära sig av praxisen vid dessa enheter också på annat håll.

Enligt 2011 års BSVB gav 22,0 procent av alla patienter upphov till 80 procent av de totala kostnaderna, och år 2010 var motsvarande siffra 22,84 procent. Eftersom 2012 års BSVB visar att 16,4 procent av de vårdade patienterna gav upphov till 80 procent av de totala kostnaderna är ändringen ganska stor och orsakerna måste analyseras grundligt.

Målet gällande en kontrollerad och balanserad ekonomi förverkligades inte år 2012. Rörelseresultatet uppvisade ett underskott på 21,6 miljoner euro. Efter verksamhetsårets slut framgick det att beloppet av 2012 års semesterlöneskuld var 16,7 miljoner större än prognostiserat, och därför uppgick räkenskapsperiodens totala underskott till 35,5 miljoner euro. Verksamhetskostnaderna överskred budgeten med 4,1 procent (65,1 miljoner euro) och medlemskommunernas sammanlagda betalningsandelar överskred budgeten med 1,7 procent (22,2 miljoner euro). Detta skedde trots att styrelsen den 16 april 2012 fattade beslut om åtgärder för att hålla sig inom budgeten för år 2012 utifrån resultat-områdenas, affärsverkens och balansensheternas ställningstaganden och åtgärdsförslag.

Den viktigaste orsaken till att budgeten överskreds är att personalkostnaderna ökade mer än vad som godkänns i budgeten. Revisionsnämnden konstaterade i sin utvärderingsberättelse gällande år 2011 att verksamhetsberättelsen inte innehåller en tillräcklig motivering av de personalökningar som överskrider budgeten, och föreslog att man borde utarbeta tydliga spelregler för hanteringen av öknings av detta slag. Detta har dock inte skett. Personalmängden ökade med 147 personer och antalet årsverken överskred budgeten med 425. Till exempel ökade kostnaderna för användningen av kortvariga vikarier med över 4 miljoner euro, trots att personalens sjukfrånvaro och övriga frånvaro minskade betydligt. Löneglidningen var av storleksklassen 1,8 procent (i budgeten hade man berett sig på en glidning på 1 procent).

REKOMMENDATION: Styrelsen borde göra en grundligare analys av varför målen inte förverkligades. Det väsentliga är att göra en noggrannare utredning av bland annat orsakerna till att personalmängden och antalet årsverken ökade avsevärt och överskred siffrorna i budgeten, varför den goda produktivitetsökningen under tidigare år blev långsammare år 2012 och vad de betydande skillnaderna mellan sjukvårdsområdena i fråga om produktivitet och produktpriser beror på.

	HNS	PSSHP	PPSHP	PSHP	VSSHP
2007	54,04	56,58	66,9	50,8	48,3
2008	51,2	58,54	60,6	49,1	46,2
2009	48,1	58,0	54,2	48,5	42,3
2010	47,8	58,49	49,6	47,1	40,2
2011	44,7	58,3	46,2	44,8	35,0
2012	39,9	48,33	43,0	42,4	27,7

Tabell 5. Självförsörjningsgrader (%) i Helsingfors och Nylands (HNS), Norra Savolax (PSSHP), Norra Österbottens (PPSHP), Birkalands (PSHP) och Egentliga Finlands (VSSHP) sjukvårdsdistrikt åren 2007–2012.

Självförsörjningsgraden mäter samkommunens soliditet, underskottets stryktålighet och förmågan att klara av förbindelser på lång sikt. Samkommunen HNS:s självförsörjningsgrad har sjunkit sedan år 2005, och år 2012 sjönk den för första gången under det minimimål på 40 procent som samkommunen har satt upp. I nedanstående tabell presenteras självförsörjningsgraden inom HNS och som jämförelse siffror för de andra universitetssjukvårdsdistrikten åren 2007–2012.

I BSVB-dokumentet konstateras en fortsatt försämring av självförsörjningsgraden och dess inverkan på risktäckningskapaciteten under de kommande åren, men inga åtgärder föreslås för att hejda nedgången i självförsörjningsgraden.

REKOMMENDATION: Styrelsen ska för fullmäktige lägga fram en plan för att balansera HNS:s ekonomi under de kommande åren genom att beakta bl.a. investeringsfinansieringen, de ökande kostnaderna för låneskötsel, den ökande ränterisken och kommunernas betalningsförmåga.

10 REFORM AV LEDARSKAPET OCH ORGANISATIONEN

VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>Processer/arbetsfördelning</p> <p>INDIKATORER</p> <ul style="list-style-type: none"> Kliniska kärnprocesser <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Generiska processer jämte indikatorer har införts HUCS re:er 3 kärnprocesser/re valts ut jämte indikatorer och införts i HNS-ToTal för uppföljning Centraliserad remisstyrning inom de ovannämnda kärnprocesserna 	<p>Generiska kärnprocesser, dvs. verksamhet som förekommer överallt inom HNS, t.ex. processer för tidsbeställning i fråga om operationssalar samt dagsjukhus- och vårdavdelningsprocesser, har beskrivits i Prodoc-portalen, men bevis på ibruktage saknas.</p> <p>Mätning och uppföljning av de kliniska kärnprocesserna i HNS-ToTal genomfördes inte. Centraliseringen av remisstyrningen förverkligades inte.</p> <p>Termerna generisk och klinisk kärnprocess, som förekommer i BSVB-dokumentet, borde definieras.</p> <p>○ ● ○</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>Kompetenscenter</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Kompetenscentrets koncept <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Det första kompetenscentret grundats 	<p>Beslut om att grunda ett hjärt- och lungcenter fattades efter en process som väckte konflikter. Några övertygande motiveringar har inte lagts fram beträffande varken det center som redan har grundats eller de övriga kompetenscentren som planeras, och man har inte heller beskrivit hur man kommer att mäta och utvärdera kvaliteten, kostnaderna och produktiviteten (i förhållande till det tidigare verksamhets-sättet) när det gäller kompetenscentrens service.</p> <p>○ ○ ●</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>

10.1 HNS:s organisation och ledning

Okunskapen om lösningarna i fråga om servicesystemet för social- och hälsovården i regeringsprogrammet och tidtabellen för dessa minskade medlemskommunernas vilja och förmåga att utveckla HNS:s organisation år 2012. Trots att landets regering har föreslagit att sjukvårdsdistrikten ska avskaffas har det inom både HNS och medlemskommunerna rätt en ganska omfattande enighet om att HNS inte bör upplösas. Revisionsnämnden anser att detta ställningstagande har motiverats väl.

Den utredning som färdigställdes våren 2012 och som bygger på ett uppdrag i intentionsavtalet mellan staten och kommunerna i huvudstadsregionen⁵⁶ och de förslag till ett klarläggande av ägarstyrningen, styrningens struktur, finansieringen och faktureringsprinciperna inom HNS som läggs fram i denna fick inte medlemskommunernas stöd.

56 Malmi T, Kauppinen I. HUS:n omistajaohjauksen, ohjausrakenteiden, rahoituksen ja laskutusperiaatteiden selkiinnyttäminen. <http://www.hel.fi/hel2/helsinginseutu/Kory/el140912/asia2liite1.pdf> (hänvisning från 15.1.2013)

Det enda som har genomförts är att antalet direktioner för affärsverken i början av år 2013 minskades från sju till två, vilket enligt en intervju med de verkställande direktörerna för affärsverken torde försämra expertisen gällande affärsverkens verksamhetsområden i direktionerna. Utredningens förslag om att lägga ner nämnderna för sjukvårdsområdena, den tvåspråkiga nämndens sektioner och nämnden för psykiatri har inte lett till något resultat. Trots att det handlade om ett betydande försök att reformera förtroendeman-systemet inom HNS, ledde okunskapen om reformen av social- och hälsovårdens servicestruktur till att botten gick ur behandlingen av förslagen.

Att rapportegenskaperna i portalen HNS-ToTal förbättrades år 2012 skapade bättre möjligheter än förr till kunskapsledning. Målet med detta rapporterings- och verksamhetsstyrningsprojekt inom ledningen har bland annat varit att genom en rapporteringsportal snabbt producera den information som behövs i den dagliga ledningen och använda denna information också i rapporteringen till kunderna och medlemskommunerna. Utvecklingen av HNS-ToTal har

i synnerhet möjliggjort utveckling av rapporteringen som beskriver verksamheten.

Även om det finns gott om information om ekonomin och verksamheten är produktionen av mer bearbetad benchmarkinginformation som lämpar sig för jämförelse av resultatenheterna inom HNS och sjukhusen i Finland fortfarande ringa. När jämförelsedata produceras är den inte alltid offentlig, som den borde vara. Exempel på detta är bl.a. Intensiums, HNS-Bilddiagnostiks och Raviolis jämförelsedata mellan sjukvårdsdistrikten (se kapitel 11).

Med tanke på verkställandet av strategin och ledningen av HNS i allmänhet bör man utreda möjligheterna att göra HNS:s organisation flackare, dvs. minska antalet hierarkinivåer. Detta skulle främja effektiv informationsförmedling och kommunikation mellan olika nivåer och möjliggöra en mer effektiv användning av resurserna. Det vore nödvändigt att utreda möjligheterna att till exempel minska överlappningarna inom förvaltningen av samkommunen och förvaltningen av sjukvårdsområdet HUCS, eftersom cirka 80 procent av HNS:s verksamhet och kostnader hänför sig till sjukvårdsområdet HUCS. När styrelsen har beslutat att HNS:s verkställande direktör ska sköta tjänsten som direktör för sjukvårdsområdet HUCS vid sidan av sin egen tjänst (högst fram till slutet av år 2014) borde motsvarande arrangemang utredas också i fråga om skötseln av andra tjänster och uppgiftsområden (t.ex. personal och ekonomiförvaltning).

Koncernsektionen har enligt 6.a § i förvaltningsstadgan bl.a. i uppgift att lägga fram förslag till riktlinjer och principer för koncernstyrningen samt till de mål som sätts upp för affärsverken och dotterbolagen samt behandla riktlinjer som anknyter till koncernstyrningen och som gäller affärsverken och dotterbolagen.

I BSVB-dokumentet nämns koncernsektionen inte alls i kapitlet om styrning av verksamheten inom koncernen och inte heller i kapitlet om hur koncerntillsynen ordnas. Koncernsektionen hade tre sammanträden under bokslutsåret, under vilka den enligt protokollen inte behandlade riktlinjer som anknyter till koncernstyrningen och som gäller affärsverken och dotterbolagen eller beredde förslag gällande dessa till styrelsen för HNS. I koncernsektionens protokoll och intervjuerna med de verkställande direktörerna för fyra affärsverk framkom inga övertygande bevis för att koncernsektionen är nödvändig. HNS:s styrelse skulle även kunna sköta de uppgifter som tillkommer koncernsektionen eller delegera dessa till verkställande direktören och andra ledande tjänstemän.

REKOMMENDATION: HNS:s styrelse ska utreda möjligheterna att minska antalet nivåer i förvaltningsstrukturen och utvärdera kostnadseffekterna och andra konsekvenser av de olika alternativen. Styrelsen ska samtidigt även fundera på huruvida koncernsektionen är nödvändig.

10.2 Kompetenscenterkonceptet

Förverkligandet av kompetenscenterkonceptet gick under 2012 framåt. En verksamhetschef utsågs för HUCS Hjärt- och lungcenter och man beslutade att inleda verksamheten som resultatenhet från och med den 1 januari 2013. Centret förverkligades inte i den omfattning som arbetsgruppen som beredde ärendet föreslog. Centret omfattar patientprocesser och verksamhet inom områdena kardiologi, hjärktirurgi, lungsjukdomar och thoraxkirurgi. Hjärtanestesiologi och enheterna för behandling med andningsstöd finns däremot utanför centret.

Vid kompetenscentret kontrolleras den helhetsbetonade behandlingen av en patients problem sjukhusspecifikt med hjälp av en enhetlig ledning, och kliniker som ligger nära varandra förenas till en livsområdeshelhet. Man kontrollerar själv de centrala produktionsredskapen och -verksamheterna. Man överväger även att eventuellt grunda andra kompetenscenter, eftersom HNS:s verkställande direktör i augusti 2012 utsåg en arbetsgrupp som ska utreda grundandet av andra eventuella kompetenscenter. Eftersom grundandet av kompetenscenter innebär en väsentlig förändring av det sätt på vilket den kliniska verksamheten är organiserad (och det avlöpte inte utan problem i fråga om hjärt- och lungcentret), måste HNS innan nya kompetenscenter grundas omsorgsfullt utvärdera huruvida de antagna fördelarna med grundandet av hjärt- och lungcentret, t.ex. en förbättring av produktiviteten och kvaliteten på vården, kommer att uppnås.

10.3 Strategin för åren 2012–2016 och verkställandet av denna

Ledningen för HNS planerade att framskrida i enlighet med figur 16 för att genomföra strategin.

I praktiken framskred genomförandet dock inte helt och hållet på det här sättet. Beredningen av genomförandet av strategin inleddes väl i ledningsgruppen i slutet av år 2011, men den mer detaljerade definitionen av mål och indikatorer slutfördes inte våren 2012 förrän uppmärksamheten riktades mot planeringen av 2013 års ekonomi och verksamhet.

Definitionen av mål och indikatorer för de lägre nivåerna av organisationen, som har flera nivåer, och förankringen av dessa i praktiken lyckades bara delvis. År 2013 har man bättre möjligheter att förankra strategin i praktiken, eftersom man hade mer tid för att planera denna utifrån den nya strategin än under strategins första år.

Vissa sjukvårdsområdens (bl.a. Borgå) och resultatenheters mål och indikatorer avvek avsevärt från de mål och indikatorer på koncernnivå som fullmäktige fattat beslut om i samband med ekonomi- och verksamhetsplanen. Resultatenheterna, sjukvårdsområdena och affärsverken har grupperat de ovannämnda målen i fem helheter på resultatkort: effektivitet på klient- och samhällsnivå; ekonomi; processer och strukturer; personal; skicklighet och ledning; undervisnings-, forsknings- och utvecklingsverksamhet.



Figur 16. Målsättningarnas och indikatorernas hierarki inom genomförandet av strategin för HNS.
Källa: HNS:s ledningsseminarium 27.–28.3.2012.

Dessa behandlas i regel väl i BSVB-dokumentet 2012. Inga målvärden och indikatorer har ställts upp för strategins förutsättning "Fungerande lokaler, teknologi och miljöansvar" för år 2012.

Som en positiv iakttagelse kan man konstatera att 2012 års miljörapport färdigställdes så att styrelsen kunde behandla den samtidigt som BSVB. Målet borde vara att också patientsäkerhetsrapporten skulle bli klar samtidigt som BSVB.

10.4 Intern kontroll och riskhantering

Enligt förvaltningsstadgan (§ 29) organiseras kontrollen av samkommunens förvaltning och ekonomi så att den externa och interna kontrollen tillsammans bildar ett täckande kontrollsystem. Kommunallagen (365/1995) förutsätter att revisorn ska granska om den interna kontrollen och koncern tillsynen har ordnats på behörigt sätt (§ 73).

Medlemmarna i revisionsnämnden får på allmän nivå information om hur den interna kontrollen förverkligas, bl.a. genom att i fullmäktige behandla godkännandet av HNS:s stadgar och anvisningar samt verksamhetsberättelserna. Nämnden får dock mycket lite information om den interna revisionens verksamhet, vilket begränsar dess möjligheter

att utveckla ett täckande tillsynssystem. Därför föreslår revisionsnämnden att

- när verkställande direktören (eller styrelsen) fattar beslut om det årliga arbetsprogrammet⁵⁷ för den interna revisionen ska verkställande direktören även ge arbetsprogrammet till revisionsnämnden för kännedom,
- eftersom den interna revisionens verksamhet (förutom av förvaltningsstadgan) enligt dokumentet Principer för ledning och styrning av HNS-koncernen även styrs av den internationella yrkesstandard för intern revision⁵⁸, borde den interna revisionen rapportera till verkställande direktören och styrelsen (den ovannämnda internationella standarden rekommenderar även att styrelsen eller revisionsutskottet ska godkänna en riskbaserad verksamhetsplan för den interna revisionen),

57 Förvaltningsstadgan § 29, HNS:s fullmäktiges protokoll 17.10.2012, § 27: Principerna för ledning och styrning av HNS-Koncernen.

58 Sisäiset tarkastajat ry. Sisäisen tarkastuksen ammattistandardit. http://www.theiia.fi/instancedata/prime_product_yhdistys/sisaisettarkastajat/embeds/sisaisettarkastajatstructure/Standards2013_translation_into_FL_final_clean_.pdf (hänvisning från 16.4.2013)

- eftersom det i praktiken inte är möjligt att dra en exakt gräns mellan revisionsnämndens och den interna revisionens uppgifter, föreslår revisionsnämnden att verkställande direktören även ska informera revisionsnämnden om de åtgärder som har vidtagits till följd av den interna revisionens rapporter etc.,
- styrelsen ska uppdatera direktiven från år 2000 om den interna revisionen.

REKOMMENDATION: Styrelsen och ledningen för samkommunen ska främja tillsynssystemets funktion bl.a. genom att uppdatera direktiven om tillsynssystemet och öka informationen om styrelsens och verkställande direktörens direktiv och riktlinjer.

BSVB-dokumentet innehåller en redogörelse för ordnandet av den interna kontrollen och koncernförvaltningen. Redogörelsen bygger på två elektroniska självvärderingsenkäter som samförvaltningens grupp för allmän förvaltning och juridik har genomfört. Den ena enkäten riktades till ledningen för HNS-organisationen samt till sjukvårdsområdena, affärsverken och de balansenheter som producerar stöd-tjänster och den andra till dotterbolagen. Svaren i självvärderingen ger i huvudsak en positiv bild av ordnandet av den interna kontrollen och riskhanteringen samt funktionen hos dessa. De iakttagelser om den interna kontrollens funktion som presenteras i stycket "Ordnandet av intern revision" i kapitel 10.1 är mer kritiska.

Redogörelsen borde även beskriva vilka brister som har konstaterats i den interna kontrollen eller riskhanteringen

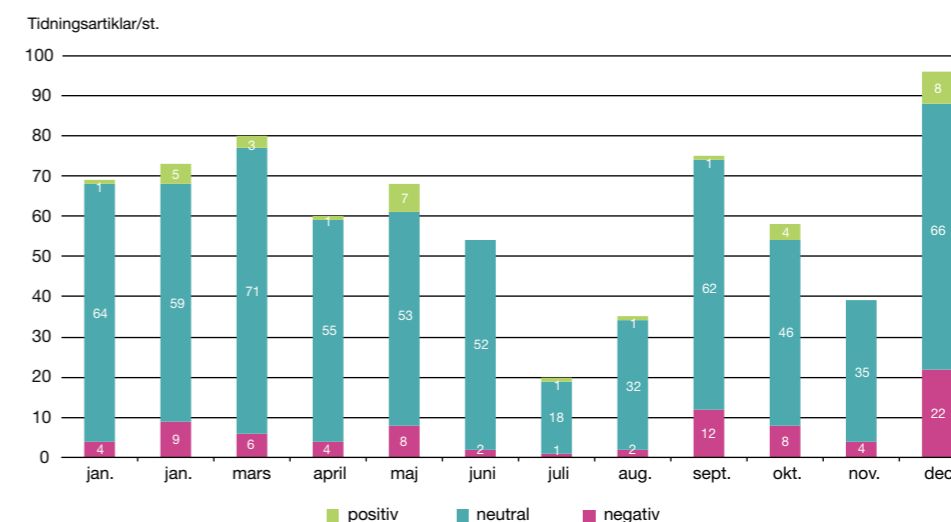
samt vilka åtgärder som har vidtagits med anledning av dessa. Man skulle kunna göra redogörelsen grundligare genom att vid utarbetandet i större utsträckning utnyttja expertis inom riskhantering och intern och extern revision samt revisorns sakkunskap.

Ledningen för HNS lät år 2012 göra en utvärdering av riskerna i anknytning till HNS:s strategi som ett konsultarbete, och utifrån arbetet identifierades risker av följande slag⁵⁹: risker beträffande kompetens och specialkompetens, patientsäkerhetsrisker, ekonomiska risker, risker beträffande infrastruktur och storolyckor, risker i verksamhetsmiljön samt strategiska risker och risker beträffande ledningen. I redogörelsen beträffande den interna kontrollen och koncern tillsynen behandlas inte över huvud taget vilka åtgärder identifieringen och analysen av dessa risker har lett till under verksamhetsåret.

10.5 HNS i offentligheten

HNS följer med hjälp av Esmerk-rapportering regelbundet upp det sätt på vilket sjukvårdsdistriktet förekommer i offentligheten. Observationerna är inriktade på antalet kompletta publikationer och hur central HNS:s roll är, de teman som tas upp i offentligheten, andelen negativa och positiva nyheter samt mediernas källgrupper (landsomfattande, regionala, radio, TV). Merparten av nyhetsförmedlingen år 2012 höll en neutral ton (figur 17). Mest negativt behandlades HNS i december, då andelen negativa nyheter var cirka 23 procent. Temat var att fyra sjukskötare sades upp på grund av att de saknade examensbetyg.

59 HNS:s styrelse 10.9.2012, hantering av kritiska risker i anknytning till HNS:s strategi 2012–2016.



Figur 17. HNS i offentligheten år 2012. Siffrorna på staplarna anger antalet tidningsartiklar per månad.

10.6 Ägarsamfundens och intressentgruppernas förtroende

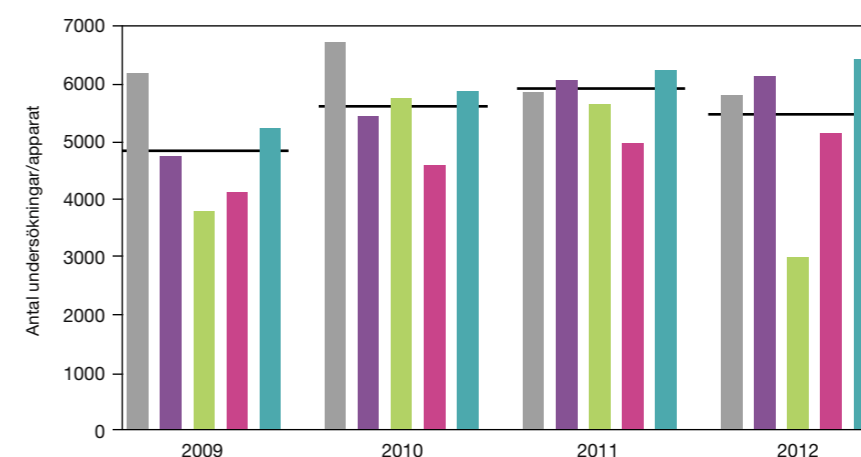
VALT FOKUSOMRÅDE/NYCKELMÅL	REVISIONSNÄMNDENS BEDÖMNING AV FÖRVERKLIGANDET
<p>Kommunförhandlingarna: Kommunförhandlingssystemet reformeras. Målen med kommunförhandlingarna och det nya systemet beskrivs före den 28 februari 2012, och en övergång till det nya systemet sker våren 2012 i fråga om planeringen av ekonomin och verksamheten under år 2013.</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Genomförande av projektet <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Projektet genomförs 	<p>Principerna för reform av kommunförhandlingssystemet godkändes i januari 2013. Ibruktageandet av den reformerade modellen för kommunsamarbetet förlängdes med ett år i förhållande till den planerade tidtabellen.</p> <p>○ ● ○</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>
<p>Samarbetet inom specialupptagningsområdet: Samarbetet inom specialupptagningsområdet är planmässigt och regelbundet och följer det godkända organiseringsavtalet.</p> <p>INDIKATOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Genomförande av projektet <p>Målvärde 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Projektet genomförs 	<p>Organiseringsavtalet för HUCS specialupptagningsområde godkändes i fullmäktige i december 2012 och innehöll överenskommelser om att inrätta flera styr- eller utvecklingsgrupper för delområdena inom samarbetet. Man kan ännu inte utvärdera hur väl det avtalsenliga samarbetet fungerar, men avtalet ger goda riktlinjer för de tre sjukvårdsdistrikten inom HUCS specialupptagningsområde.</p> <p>○ ○ ●</p> <p>(Styrelsens bedömning: ●)</p>

11 AFFÄRSVERK – HNS-BILDDIAGNOSTIK, HUSLAB, HNS-APOTEKET OCH RAVIOLI

Revisionsnämnden utvärderade de affärsverk som producerar sjukvårdstjänster samt närings- och näringshandledningstjänster. Utvärderingen var bl.a. inriktad på samarbetet med primärvården, verkställandet av HNS:s strategi åren 2012–2016 och koncernstyrningen. Alla de ovannämnda affärsverken uppvisade år 2012 ett överskott, och produktivetsmålet överskreds i alla de ovannämnda affärsverken utom Ravioli. Andelen extern försäljning ökade betydligt jämfört med år 2011 inom både Apoteket (13,9 procent) och Bilddiagnostik (14,2 procent). Självförsörjningsgraden (%) var 51,5 inom

HNS-Apoteket, 37,0 inom HUSLAB, 37,5 inom HNS-Bilddiagnostik och 60,3 inom Ravioli. Inom HNS-Bilddiagnostik och HNS-Apoteket omfattades hela personalen av resultatlönesystemet. HUSLAB betalade inga resultatpremier till personalen år 2012.

HNS-Bilddiagnostik har deltagit i en jämförande utvärdering mellan universitetssjukhusen. Utrustningen för datortomografi (DT) och magnetisk resonanstomografi (MRT) representerar HNS-Bilddiagnostiks dyra teknik, och man måste försöka använda den effektivt. Den inbördes jämförelsen mellan universitetens sjukvårdsdistrikt från åren



Figur 18. Antal datortomografiundersökningar/apparat inom universitetens sjukvårdsdistrikt åren 2009–2012. Den blå stapeln är HNS. Källa: Kauppinen T, HNS-Bilddiagnostik.



Figur 19. Antal magnetundersökningar/apparat inom universitetens sjukvårdsdistrikt åren 2009–2012. Den blå stapeln är HNS. Källa: Kauppinen T, HNS-Bilddiagnostik.

FÖRDELNING AV PRODUKTIONEN

	Patientmåltider	Personalmåltider	Beställningsservering
HNS 2011	57,5 %	20,0 %	22,4 %
Median	63,0 %	18,0 %	19,9 %
HNS 2008	50,5 %	23,8 %	25,7 %

Tabell 6. Fördelning av produktionen inom Ravioli. Källa: P. Hakala-Laitinen 6.4.2013.

2009–2012⁶⁰ visar att både antalet DT- och MRT-undersökningar per apparat har ökat från år 2009 till år 2012 vid HNS (den blå stapeln) och överskrider tydligt medelvärdet för universitetssjukvårdsdistrikten (figurerna 18 och 19).

Ravioli har deltagit i en nationell ekonomisk utredning av matservicen inom sjukvårdsdistrikten, utifrån vilken man kan göra en jämförande utvärdering av de olika enheterna som producerar matservice inom HNS och de övriga sex sjukvårdsdistrikten som deltog i utredningen.⁶¹ Jämförelse är möjlig när antalet prestationer inom sjukvårdsdistrikten beräknas genom att vikta antalet måltider med gemensamt överenskomna måltidskoefficienter. Prestationerna inom beställningsserveringen och den övriga försäljningen har beräknats utifrån eurobeloppen genom att dela dem med det moms fria beskattningsvärdet för en lunch (4,779 euro). Utredningen, som blev klar i maj 2012, bygger på 2011 års bokslutsuppgifter (antal måltider, kostnader och årsverken), som jämförs med siffrorna för år 2008.

Inom HNS motsvarar det kalkylmässiga priset på en prestation medianen i jämförelsegruppen. Priset på en prestation varierar enhetsvis mellan 3,7 euro (Pejas) och 7,8 euro (Kirurgiska sjukhuset). Personalkostnadernas procentuella andel (37,6) av de totala kostnaderna är lägre än medianen

för de sju sjukvårdsdistrikten (42,2). Personalkostnaderna/åv har ökat med 8,0 procent jämfört med år 2008, men vid en jämförelse med medianen för de enheter som deltog i utredningen är detta nyckeltal avsevärt bättre inom HNS. Lokalkostnadernas andel av de totala kostnaderna (15,0 procent) är inom HNS avsevärt större än medianen (10,8 procent) för jämförelseenheter.

Av Raviolis produktion år 2011 var 57,5 procent patientmat. I tabell 6 presenteras andelen personalmat och beställningsserveringar år 2011, medianen år 2011 för de sjukvårdsdistrikt som deltog i utredningen samt HNS:s produktion år 2008. När man utvärderar fördelningen av produktionen måste man beakta att lätta luncher inte särskildes från normala luncher inom HNS, utan att båda hade samma prestationskoefficient, liksom även personalluncher och patientmåltider, trots att personalluncherna kan innehålla en efterrätt. Patientmåltidernas andel inom HNS ökade under perioden 2008–2011.

Personalkostnaderna/prestation varierar mellan 0,95 euro (Biomedicum) och 3,41 euro (Borgå). Ravioli klarar sig bra i jämförelse med de andra sjukvårdsdistrikten som deltog i utredningen, eftersom medianen för HNS är 1,85 euro, medan medianen för de övriga sjukvårdsdistrikten är 2,04 euro. De totala kostnaderna per producerad prestation var 4,89 euro år 2011, vilket motsvarade medianen för sjukvårdsdistrikten. Målet för personalens sjukfrånvaro (18 dagar/person) förverkligades inte (21,8), men enligt utredningen var sjukfrånvaron mindre inom HNS än inom de övriga sjukvårdsdistrikten.

60 Erhållen information: Kauppinen T, Tervahaltiala P, Jämförelse av användningsgraden i fråga om skiktbiologi inom universitetssjukvårdsdistrikten 2009–2012, enkätundersökning.

61 Erhållen information: verkställande direktör Hakala-Laitinen P och planeringschef Jalosuo L, 6.4.2013.

UNDERSKRIFTER

Helsingfors den 15 april 2013


Markku Pyykkölä
ordförande i revisionsnämnden

Varpu-Leena Aalto
ledamot

Aatos Hallipelto
ledamot

Kari T. Nukala
ledamot

Maija Anttila
vice ordförande i revisionsnämnden

Ulla Dönsberg
ledamot

Tuula Lind
ledamot

BEGREPP OCH FÖRKORTNINGAR

AdHopHTA (Adopting hospital based health technology assessment) Tillämpning av metodutvärderingen för hälso- och sjukvården på sjukhusnivå.

AMB (Arbetsmiljöbarometern) Enkät som kartlägger arbetshälsan och arbetstillfredsställelsen.

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.

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

BMI (Body Mass Index) Viktindex

BSVB Bokslut och verksamhetsberättelse

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 bidiagnoser som påverkar vården, genomförda åtgärder samt patientens ålder och kön samt tillstånd vid utskrivning från sjukhuset.

Dr Foster Brittisk organisation som med hjälp av programmet Global Comparators producerar jämförelsedata om kvaliteten på och effektiviteten hos hälso- och sjukvården.

DRG-poängkostnad DRG-poängkostnaden får man fram genom att dela de totala kostnaderna med antalet DRG-poäng.

DT Datortomografi

EES Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

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

E-recept Elektroniskt recept

Esmerk Företag som producerar nyhets- och mediauppföljningstjänster.

EU Europeiska unionen

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

Generisk process Modellerad allmän beskrivning av kärnfunktioner eller servicekedjor.

HAL Narkotika, alkohol, läkemedel. Från finskans huumeet, alkoholi, lääkkeet.

HNS Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

HNS-Biiddiagnostik Affärsverk inom HNS. Producerar medicinska bildiagnostiska, fysiologiska och neurofysiologiska undersökningar, åtgärder och experttjänster i anknytning till dessa samt medicinskt tekniska experttjänster.

HNSLAB Affärsverk inom HNS. Producerar laboratorietjänster.

HNS-Logistik Affärsverk inom HNS. Producerar logistik- och sjuktransporttjänster. HNS Logistik fungerar även som samkommunens gemensamma upphandlande enhet.

HNSPlus System för verksamhetsstyrning inom personalledningen. Innehåller även självbetjäningssystem för personalen och anvisningar i anknytning till personalärenden.

HNS-Servis Affärsverk inom HNS. Producerar ärendehanterings-, personal-, ekonomi- och ordbehandlings-tjänster.

HNS-ToTal Ledningens portal för rapportering och verksamhetsstyrning som även kommunerna har tillgång till.

HOAS Helsingforsregionens studentbostadsstiftelse

HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) Utvärderingsenkät om patientsäkerhetskulturen.

HUCS Helsingfors universitets centralsjukhus

Implementering Ibruktagande

Intentionsavtal Avtal som föregår det egentliga avtalet, i vilket man antecknar den enighet som förhandlingsparterna har uppnått och de fortsatta åtgärderna. Utgångspunkten är att ett intentionsavtal inte är juridiskt bindande.

IT Informationsteknik

Kardiologi Medicinsk specialitet som undersöker hjärtats och cirkulationsorganens funktion samt sjukdomar i dem.

Karens Bestämd tid under vilken ersättning inte betalas ut.

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

KPMG Företag som tillhandahåller revisions-, skatte- och rådgivningstjänster.

KUS Kuopio universitetssjukhus

Median Centralmått (anger det mittersta värdet för observationsvärden som har placerats i storleksordning).

MET (Medical Emergency Team) Verksamhetsmodell med hjälp av vilken man i tillräckligt god tid försöker upptäcka störningar i en patients grundläggande livsfunktioner och svara mot dessa.

Mini-HTA Begränsad, men systematisk metodutvärdering med hjälp av vilken man kartlägger för- och nackdelarna med metoden som ska utvärderas, de ekonomiska konsekvenserna samt följderna för patienten och organisationen.

MRT Magnetisk resonanstomografi

NordDRG Nordiskt patientkategoriseringssystem, se DRG.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Organisation för ekonomiskt samarbete och utveckling

PPSHP Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt

Prodoc HNS:s system för läsning av processbeskrivningar.

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

PSHP Birkalands sjukvårdsdistrikt

PSSHP Norra Savolax sjukvårdsdistrikt

PV Primärvård

Rafaella Vårdtyngdsmätningssystem, med hjälp av vilket man kan fastställa mängden vårdarbete som har genomförts i fråga om en patient och producera data om den vårdresurs som använts för vårdarbetet.

Ravioli Affärsverk inom HNS. Producerar närings- och näringsterapitjänster.

RRT (Rapid Response Team) Verksamhetsmodell med hjälp av vilken man i tillräckligt god tid försöker upptäcka störningar i en patients grundläggande livsfunktioner och svara mot dessa.

SHM Social- och hälsovårdsministeriet

Somatisk Kroppslig. Specialiserad somatisk vård innefattar alla kliniska specialiteter förutom psykiatri.

SSV Specialiserad sjukvård

Strukturerad Organiserad

Svd Sjukvårdsdistrikt

Svo Sjukvårdsområde

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

THL Institutet för hälsa och välfärd

Thorax Bröstkorg

UB Utvärderingsberättelse

Uni Universitet

Uni-svd Universitetssjukvårdsdistrikt

Uranus Patientdatasystem som omfattar patientjournalen och styrningen av patientprocesserna.

UUS Uleåborg universitetssjukhus

Valvira Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

VSSHP Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

Årsverke (åv) Beskriver arbetsinsatsen av en heltidsanställd.

