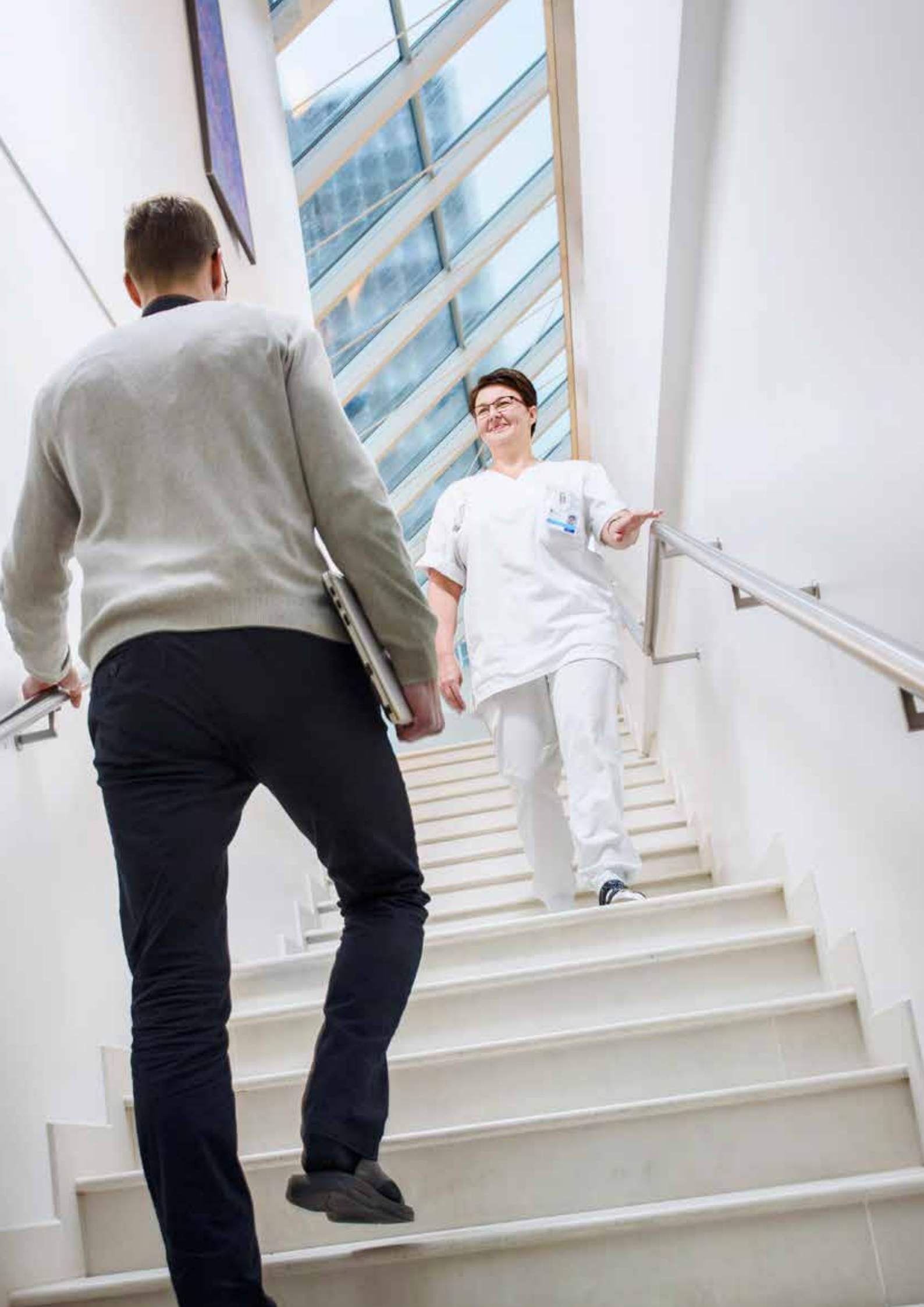


Revisionsnämndens UTVÄRDERINGSBERÄTTELSE

Till fullmäktige för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

2016





Innehåll

1. Ordförandens översikt	5
2. Sammandrag	6
3. Revisionsnämndens verksamhet 2016	7
4. Utfallet av de bindande ekonomiska målen	8
5. Utvärdering av utfallet av de strategiska nyckelmålen	10
5.1 Rättidighet och genomslagskraft i patientvården	11
5.2 Kvalitet och säkerhet i vården	15
5.2.1 Öregripande av patientsäkerhetsrisker	16
5.2.2 Produktion av patientsäkerhets- och kvalitetsuppgifter	18
5.3 Kundupplevelse	20
5.4 Samarbete med primärvården	22
5.5 Den bästa kompetensen, personaltillfredsställelse	23
5.5.1 Användning av interna vikarier och hyrd arbetskraft	24
5.5.2 Personalens arbetsförmåga och sjukfrånvaro	25
5.5.3 Problem med anknytning till inomhusmiljön	26
5.6 Tjänsternas pris och ekonomiförvaltning	27
6. Utvärderingsteman som ingick i revisionsnämndens arbetsprogram 2016	30
6.1 HNS:s strategi: En föregångare – Effektiv vård för patientens bästa	30
6.2 Organisationsreformen vid HUCS:s sjukvårdsområde	32
6.3 HNS:s miljöarbete	35
6.4 Utvecklingsverksamhet och utvecklingsprojekt	39
6.5 Konkurrenskraft	41
7. Uppföljning i efterhand av revisionsnämndens rekommendationer	44
Bilaga 1. Resultat från enkäten om organisationsreformen i HUCS-sjukvårdsområdet	47
Källförteckning	51

1. Ordförandens översikt

den offentliga sektorn ansvarar beslutsfattare som har utsetts genom val för de strategiska besluten. Fullmäktigeperioden 2013-2016 går mot sitt slut och därför har revisionsnämnden förutom förverkligandet av de årliga nyckelmålen utvärderat även HNS:s strategi 2012-2016 "HNS – en föregångare. Effektiv vård för patientens bästa" som en helhet. Strategin är en balansgång mellan patientens, personalens, medlemskommunernas och andra intressentgruppers behov. Genomförandet av strategin har i många avseenden framskridit i rätt riktning under fullmäktigeperioden, även om förverkligandet av målen var svagt 2016.

HNS har sedan 2001 befunnit sig i ett ständigt tillstånd av förändringar. Utvecklingen har varit god, men den positiva trenden fortsätter inte av sig själv. HNS klarar av de kommande förändringarna, men det kräver att beslut fattas och verkställs redan 2017. Samarbete mellan HNS-sjukhusen kommer att vara viktigt liksom att värna om kompetenskapitalet och därigenom vara framgångsrika i en produktionsmodell som i allt högre grad grundar sig på klienternas och beställarnas val. För tillfället ser HNS inte så lockande ut ur patientvalssynvinkel. Målet i fråga om nettofaktureringen för de patienter som fritt har valt vårdställe var 5 miljoner euro, men utfallet var -0,5 miljoner euro. Fler patienter sökte sig alltså från HNS till andra ställen än från andra ställen till HNS. Det är svårt att bedöma hur nöjda patienterna är med den erhållna vården, då endast 2 % av de vårdade patienterna har fyllt i enkäten om kundtillfredsställelse. Ett tredje orosmoment är ett mörkt moln vid horisonten: i enkäten som riktades till vårdpersonalen uppgav endast 17 % att de var engagerade i organisationen. En plats i solen, dvs. som hovleverantör i landskapet Nyland och patienternas val, är alltså inte självklar, utan det krävs arbete för att vara framgångsrik.

HNS:s situation har under 2016 försämrats av byggnadernas dåliga skick. Ett exempel på detta är problemen vid Västra ögonsjukhuset. Verksamheten vid sjukhuset måste avbrytas helt hösten 2016. Problemen påverkar patientvården, arbetstrivselsn, produktiviteten och HNS:s rykte.

Revisionsnämnden genomförde en självvärderingsenkät riktad till HNS:s fullmäktigeledamöter hösten 2016. På grund av den låga svarsprocenten (38 %) kan inga långt gående slutsatser dras av resultaten. Hälsningarna till framtida fullmäktigeledamöter från de som besvarade enkäten beskriver dock vad som krävs av en beslutsfattare vid Finlands största sjukvårdsdistrikt: "Sätt er in i ärendena ordentligt, betrakta hälsovården i ett brett perspektiv, använd de bästa aktörerna i världen som jämförelseobjekt, den internationella synligheten borde ökas, dra nytta av HNS:s webbsidor, delta i utbildningar och reservera tid för lobbning".

Det är tydligt att revisionsnämndens utvärderingsarbete kommer att ha en viktig roll även i det nya social- och hälsovårdssystemet. Under förberedelserna bör man se till att det finns tillräckligt med kompetens och resurser för att genomföra revisionsverksamheten. Revisionsnämnden får fler uppgifter redan den 1 juni 2017, då skyldigheten att redogöra för bindningar träder i kraft. Slutligen framför jag en önskan om att man när kommande fullmäktige sätter sig in i arbetet använder denna utvärderingsberättelse och fäster särskild uppmärksamhet vid kapitel 6.1, där HNS:s kompetens inom strategisk planering bedöms. Det stora antalet uppställda mål och den årliga variationen gör det svårt för både tjänsteinnehavarna och fullmäktige att leda på ett konsekvent sätt.

Markku Pyykkölä
Ordförande
Revisionsnämnden

2. Sammandrag

S yftet med det utvärderingsarbete som kommunernas och samkommunernas revisionsnämnder utför är att främja ordnandet av offentliga tjänster och förbättra verksamhetens konkurrenskraft samt stärka demokratin och medborgarsamhällets funktion.¹ HNS:s revisionsnämnd rapporterar om sina iakttagelser till fullmäktige i den årliga utvärderingsberättelsen, där revisionsnämnden strävar efter att lyfta fram sådana iakttagelser som bidrar till att förbättra resultatet för HNS:s verksamhet.

Utvärderingsberättelsen för 2016 består av sju huvudkapitel. I kapitel tre redogörs det för nämndens verksamhet under 2016, i kapitel fyra utvärderas genomförandet av de bindande ekonomiska målen som fullmäktige fastställt för fullmäktigeperioden och i kapitel fem beskrivs genomförandet av de strategiska nyckelmålen 2016. I kapitel fem framförs dessutom de av nämndens observationer som har nära anknytning till genomförandet av de strategiska nyckelmålen. I kapitel sex utvärderas de teman som ingick i nämndens arbetsprogram 2016, bland annat HNS:s strategi och organisationsreformen av HUCS-sjukvårdsområdet. Effekten av de rekommendationer som ingick i utvärderingsberättelsen för 2015 granskas i kapitel sju. Innan utvärderingsberättelsen godkändes hade de ansvariga tjänsteinnehavarna möjlighet att kontrollera att inga sakfel förekom i utvärderingen. Utvärderingsberättelsen för år 2016 innehåller 12 observationer och 12 rekommendationer.

Positiva iakttagelser år 2016

- HNS:s strategi har trots sin omfattning varit mycket motståndskraftig mot de förändringar som skett i verksamhetsmiljön.
- Vid HNS finns många goda exempel på verksamhetsutveckling. Till exempel inom fetmakiurgin har man dragit nytta av Lean-metoden, kvalitetsregister och bedömning av hälsofördelar. Dessutom främjas viktkontroll som en del av webbtjänsterna på adressen terveyskylä.fi.
- HNS kommunicerar mer öppet än förut om patientsäkerhet och vårdkvalitet samt forskningsverksamhet.
- HNS:s miljöcentral har ett täckande nätverk, med hjälp av vilket organisationens miljövänlighet kan främjas.

Observerade utvecklingsobjekt

- De mål som fastställs i budgeten bör i högre grad grunda sig på strategin.
- Informationen om HNS:s produktivitet ska analyseras mer noggrant.
- Utöver produktiviteten ska även genomslagskraften bedömas. Vid allokering av resurser och val av metoder ska den hälso nytta som tjänsterna medför beaktas.
- I fråga om de konsekvenser problem med inomhusluften har för personalens arbetshälsa, patientvården och ekonomin ska utredningen som styrelsen har utlovat genomföras.
- Det ska säkerställas att kundrespons samlas in och utnyttjas.
- Det flexibla utnyttjandet av personalresurser bör utvecklas ytterligare.
- Vårdpersonalens engagemang i organisationen måste förbättras.

3. Revisionsnämndens verksamhet 2016

Utvärderingsarbetet som HNS:s revisionsnämnd utför grundar sig på kommunallagen (410/2015, 121 §). Enligt kommunallagen ska revisionsnämnden bedöma huruvida de mål för verksamheten och ekonomin som samkommunens fullmäktige satt upp har nåtts och huruvida verksamheten är ordnad på ett resultatrikt och ändamålsenligt sätt. Dessutom ska nämnden bedöma om bokslutet och verksamhetsberättelsen ger tillräckliga uppgifter om genomförandet av målen.

Revisionsnämnden, som lyder under fullmäktige, ansvarar för anordnandet av den externa övervakningen tillsammans med ett utomstående revisions-samfund och en extern revisionsenhet som lyder under nämnden. Revisionsnämnden bestod år 2016 av sju ledamöter och samlades 13 gånger under året.

Utvärderingsberättelsen för 2015 bereddes av en separat sektion bestående av ledamöter i revisionsnämnden och utvärderingsberättelsen godkändes 25.4.2016. Nämnden utsåg Pirjo Räsänen till ny utvärderingsdirektör då Reijo Salmela gick i pension i slutet av juli. I juni bekräftades användningen av optionsperioder i revisionsavtalet och i oktober genomfördes fullmäktiges självvärderingsenkät. Under hösten beredde revisionsnämnden sin i kommunallagen fastställda nya uppgift som övervakare av redogörelser om bindningar. Revisionsnämnden deltog i PwC:s tävling för utvärderingsberättelser, där nämnden har vunnit samkommunernas serie två gånger under fullmäktigeperioden, åren 2015 och 2014.

Nämnden gjorde en seminarieresa till European Healthcare Design-kongressen i London, deltog i universitetssjukvårdsdistriktens möte i Tammerfors och besökte Borgå sjukvårdsområde. Under det möte för revisionsnämnderna i huvudstadsregionen som hölls i december behandlades social- och hälsovårdsreformen och diskuterades utvecklingen av samarbetet.

Revisionsnämnden hörde 2016 följande tjänsteinnehavare: förvaltningsöverläkaren, styrelseordföranden, HNS IT-direktör, utvecklingsdirektören, koncernekonomichefen, ekonomidirektören, revisionsdirektören, direktören för säkerhet och beredskap, forskningsdirektören, verkställande direktören för Uudenmaan sairaalapesula och kontaktchefen.

Revisions-samfund år 2016 var KPMG Offentliga Tjänster Ab och ansvarig revisor var Jorma Nurkkala, OFR, CGR.



Främre raden: Markku Pyykkölä, Maija Anttila, Piritta Poikonen, Kari T. Nukala.
Bakre raden: Päivi Salli, Tuula Lind, Aatos Hallipelto.
Fotograf: Timo Löfgren.

Revisionsnämnden 2016

Ordinarie ledamot

Markku Pyykkölä, ordf. (Saml.), Kervo
Maija Anttila, vice ordf. (SDP), Helsingfors
Aatos Hallipelto, (Saml.), Helsingfors
Tuula Lind, (SDP), Kervo
Kari T. Nukala, (Saml.), Esbo
Piritta Poikonen, (SF), Lojo
Päivi Salli, (Gröna), Esbo

Ersättare

Raimo Huvila, (Saml.), Vanda
Merja Vuori, (SDP), Esbo
Seija Muurinen, (Saml.), Helsingfors
Tapani Eskola, (SDP), Borgå
Heikki Kurkela, (Saml.), Grankulla
Marja Kyyrö, (SF), Vanda
Katri Kakkonen, (Gröna), Träskända

4. Utfallet av de bindande ekonomiska målen

Enligt kommunallagen ska revisionsnämnden bedöma hur balanseringen av ekonomin utfallit under räkenskapsperioden samt den gällande ekonomiplanens tillräcklighet, om kommunens eller samkommunens balansräkning visar underskott som saknar täckning. HNS har som mål att ekonomin ska vara i balans under ekonomiplaneringsperioden 2016-2018. Budgeten för år 2018 bör således visa ett överskott på 3,8 miljoner euro, med beaktande av det ackumulerade underskottet från tidigare räkenskapsperioder i balansräkningen för år 2016 (2,9 miljoner euro). Balans ska uppnås senast i början av 2019, när social- och hälsovårdsreformen blir verklighet. År 2016 var HNS-samkommunens årliga täckning/avskrivningar 49,4 % och året innan 148,5 %.

Fem bindande mål hade fastställts för fullmäktige för år 2016, av vilka fyra förverkligades. Målet beträffande resultatområdenas **sammanlagda investeringsbelopp** överskreds med 1,2 miljoner euro. Revisionsnämnden uttrycker sin oro över om investeringarna som presenteras i budgeten är tillräckliga med tanke på framtida reparationsbehov (problem med anknytning till gamla byggnader).

Räkenskapsperiodens resultat för samkommunen uppvisade ett underskott på 56,0 miljoner euro, vilket berodde på återbetalningen av överskottet från år 2015 (54,6 miljoner euro) till medlemskommunerna i juni 2016 samt på underskottet för den prehospitala akutvården i Västra Nylands sjukvårdsområde. Det realiserade verksamhetsrelaterade överskottet på 82,2 miljoner euro för år 2016 returnerades i sin helhet till medlemskommunerna i januari 2017, som fullmäktige hade beslutat i juni 2016.

Målet i fråga om **bindande nettokostnader** (kostnaderna för serviceproduktion av specialiserad sjukvård som riktas till medlemskommunerna) uppnåddes 2016, då man beaktar konkurrenskraftsavtalets inverkan på semesterlöneskulden (utan avtalets inverkan ökade de bindande nettokostnaderna med 1,2 % jämfört med året innan och överskred budgeten med 1,7 %). Åren 2013-2015 var det maximala beloppet av ökningarna och minskningarna av de långfristiga lånen bindande mål för finansieringsdelen.

Ett bindande mål för år 2016 var **ändring av de långfristiga lånen netto** och målet uppnåddes i form av 10,2 miljoner euro i enlighet med den i december 2016 reviderade budgeten. År 2016 lyftes inga nya långfristiga lån. **Ändringen av utlåningen netto** uppgick till 0,4 miljoner euro i enlighet med den i december reviderade budgeten.

I tabell 1 presenteras de bindande målen som fullmäktige fastställt på samkommunnivå och utfallet av målen 2016. I tabellen sammanställs dessutom motsvarande uppgifter för de tidigare åren under fullmäktigeperioden.

År 2016 uppnåddes de bindande målen som fastställts för sjukvårdsområdet på följande sätt:

- De bindande nettokostnaderna förverkligades med undantag för HUCS och Lojo sjukvårdsområden.
- Målet gällande den totala produktiviteten (euro/DRG-poäng) var 1,7 % (Västra Nyland 1,5 %) och uppnåddes i Hyvinge och Borgå sjukvårdsområden. Av resultatenheter i HUCS:s sjukvårdsområde uppnåddes målet av Akuten, Invärtes medicin och rehabilitering samt Hjärt- och lungcentrum.
- Målet beträffande räkenskapsperiodens resultat före erhallna och betalade kundåterbärningar samt återbärning av överskott uppnåddes i alla sjukvårdsområden utom Lojo och Västra Nylands sjukvårdsområde.

Soliditetsgraden mäter samkommunens soliditet, förmåga att bära underskottet och klara av sina förbindelser på lång sikt. Revisionsnämnden har följt HNS:s soliditetsgrad och jämfört den med utvecklingen inom andra universitetssjukvårdsdistrikt. I utvärderingsberättelsen för 2012 konstaterades det att "HNS:s självförsörjningsgrad har sjunkit till en oroväckande låg nivå, vilket tillsammans med en eventuell höjning av räntenivån utgör en tickande bomb". I en tioårsgranskning var HNS-samkommunens soliditetsgrad lägst år 2016: 38,4 %, men översteg ändå det mål på minst 35 % som hade fastställts för soliditetsgraden. Utvecklingen har gått i samma riktning även i de övriga universitetssjukvårdsdistrikten.

Utfallet av de bindande målen som uppställts av fullmäktige

Mätare och målnivå (reviderad budget inom parentes) (1 000 €)	Utfall (1 000 €)	
1. Räkenskapsperiodens resultat 2016 Mål: -1 810 (-56 490) € Resultatmål med underskott=Underskott för den prehospitala akutvården i Västra Nylands sv-område	-56 009 €	●
Budget för år 2015 -1 500 (-1 500; 40 014) € Budget för år 2014 0,0 (26 255) € Budget för år 2013 -7 000 (-8 368) €	53 489 € 2 694 € 10 566 €	
2. Bindande nettokostnader 2016 Mål: 1 508 545 (1 508 795; 1 527 296) €	1 522 942 €	●
Budget för år 2015 1 480 143 (1 482 918; 1 509 521) € Budget för år 2014 1 443 800 (1 509 185) € Budget för år 2013 1 412 451 (1 428 361) €	1 516 470 € 1 472 612 € 1 411 154 €	
3. Resultatområdenas sammanlagda investeringar 2016 Mål: 127 000 € (121 000)	122 168 € Ylitys 1,2 milj. €	●
Budget för år 2015 147 000 (142 000) € Budget för år 2014 132 750 (127 000) € Budget för år 2013 121 000 (105 000) €	130 851 € 118 475 € 110 207 €	
4. Ändring av de långfristiga lånen netto 2016 Mål: 39 762 € (-10 238) €	- 10 238 €	●
Budget för år 2015 79 762 (39 762) € Budget för år 2014 79 762 (-10 238) € Budget för år 2013 50 730 (-9 270) €	39 762 € -10 238 € -9 270 €	
5. Ändring av utlåningen netto 2016 Mål: 348 (352) €	352 €	●
Budget för år 2015 -5 255 (-531) € Budget för år 2014 -501 (2 166) € Budget för år 2013 -7 839 (-8 539; -6 555) €	-531 € 2 169 € -6 547 €	

Tabell 1. Utfallet av de bindande ekonomiska målen 2013-2016.

5. Utvärdering av utfallet av de strategiska nyckelmålen

De strategiska prioriteringsområdena som fastställdes av HNS:s fullmäktige för åren 2015-2016 var genomslagskraft, kundorientering och kundupplevelse, konkurrenskraft **samt** samarbete med primärvården. För att genomföra de strategiska prioriteringsområdena uppställde fullmäktige sammanlagt 14 nyckelmål och 30 mätare fördelade på sex olika delområden. Revisionsnämnden utvärderade utfallet av de strategiska nyckelmålen enligt varje delområde (kapitel 5.1-5.6). HNS:s löften till patienterna och ägarna ingår i de strategiska prioriteringsområdena. Enligt löfterna ska vården vid HNS vara högklassig, effektiv och kundfokuserad samt verksamheten effektiv och konkurrenskraftig som en del av patienternas servicekedja.

Utfallet av de mål som ställts upp för 2016 beskrivs med hjälp av trafikljus. Grönt ljus betyder att alla eller näs-

tan alla målvärden har uppnåtts. Gult ljus innebär att åtminstone ett målvärde har uppnåtts och rött ljus att inga målvärden har uppnåtts. Rött ljus beskriver också en situation där det inte är möjligt att utvärdera utfallet av målet. Om revisionsnämndens utvärdering avviker från styrelsens utvärdering, beskrivs styrelsens utvärdering i samband med revisionsnämndens utvärdering.

Enligt revisionsnämndens utvärdering uppnåddes åtta av de strategiska nyckelmålen för år 2016, två uppnåddes delvis och 20 av målen uppnåddes inte. I tabell 2 nedan framkommer det att utvärderingen nästan helt överensstämmer med styrelsens utvärdering. Under fullmäktigeperioden har styrelsens och revisionsnämndens utvärderingar om utfallet av målen närmast sig varandra allt mer för varje år.

Strategiska prioriteringsområden (mätarnas antal inom parentes)	Revisionsnämnden	Styrelsen
Rättidighet och genomslagskraft i patientvården (5)		
Kvalitet och säkerhet i vården (12)		
Kundupplevelse (3)		
Samarbete med primärvården (1)		
Den bästa kompetensen, personaltillfredsställelse (3)		
Tjänsternas pris och ekonomiförvaltning (6)		

Tabell 2. Revisionsnämndens och styrelsens utvärdering av utfallet av de strategiska nyckelmålen för år 2016.

5.1. Rättidighet och genomslagskraft i patientvården

Nyckelmål 1: Vården av patienter är rättidig och effektiv

Mätare och målvärde	Revisionsnämndens utvärdering av utfallet	
<p>1a. Tjänsternas tillgänglighet, inledning av vård från och med behandling av remiss, vårdade patienter.</p> <p>Målvärde: Elektiv bäddavdelningsverksamhet: 2016: < 5 mån., 93 % (87,7 % 2015) uppnås 10/12 månader.</p>	<p>Målet uppnåddes inte. Målet uppnåddes i Västra Nylands och Borgå sjukvårdsområden. I lagen förutsätts det att vårdbehovet ska konstateras inom tre månader efter mottagandet av remiss och att vården ska inledas inom 6 månader efter att vårdbehovet har konstaterats. En rapportering som motsvarar Institutet för hälsa och välfärds (THL) nationella statistik skulle främja jämförbarheten.</p>	●
<p>1b. Inledning av vård/första besök från och med behandling av remiss, vårdade patienter.</p> <p>Målvärde: Elektiv poliklinikverksamhet: < 10 veckor, 90 % (77,1 % 2015) uppnås 10/12 månader.</p>	<p>Målet uppnåddes varken på HNS-nivå eller i något av sjukvårdsområdena.</p>	●
<p>1c. Genomloppstider för patienter vid jouren, alla patienter.</p> <p>Målvärde: Jour: 90 % av patienterna, en genomloppstid under 8 timmar uppnås 10/12 månader.</p>	<p>Målet uppnåddes inte. Genomloppstiden för jouren uppnåddes enligt målet endast i Västra Nylands sjukvårdsområde. Målvärdet är mindre strikt än SHM:s rekommendation på fyra timmar (Kvalitet och patientsäkerhet inom prehospitalet akutsjukvård och jourverksamhet, SHM 2014).</p>	●
<p>1d. Klockslag för utskrivning av bäddavdelningspatient.</p> <p>Målvärde: Före klockan 13, uppnås för 60 % av patienterna i den sista kvartalsmätningen.</p>	<p>Målet uppnåddes inte. I genomsnitt skrevs 27,2 % av patienterna ut före klockan 13. Målet uppnåddes inte i något av sjukvårdsområdena.</p>	●
<p>1e. Effektivitet.</p> <p>Målvärde: Vårdens effektivitet mäts för 30 % av de patienter vi behandlar.</p>	<p>Målet uppnåddes inte. Ingen information är tillgänglig om effektivitetsmätningarnas omfattning.</p>	●

Enligt THL:s rapport om **tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården** tillhör HNS de sjukvårdsdistrikt där det fanns flest patienter som hade väntat över ett halvt år på vård både vad gäller antal och i proportion till befolkningen². I slutet av år 2016 väntade 46 057 personer på att få vård vid HNS:s sjukhus. Av dessa hade 2,4 % väntat på vård i över sex månader och största delen väntade på vård inom specialiseringsområdet ögonsjukdomar (620 patienter). Situationen var sämre än vid motsvarande tidpunkt år 2015. Enligt rapporten skiljer sig tolkningen av hur bedömningen av vårdbehovet ska definieras mellan olika sjukvårdsdistrikt. Vid HNS bedöms vårdbehovet i regel utifrån en remiss och det behövs sällan besök med anknytning till bedömning av vårdbehovet.

Enligt HNS:s egen redogörelse väntade 18 638 patienter på vård i tvärsnittet för slutet av år 2016 och av dessa hade 899 väntat i över sex månader.³ Valvira har fäst uppmärksamhet vid tillgången till icke brådskande specialiserad sjukvård vid HNS och förutsätter att tillgången till vård är på den nivå som krävs enligt lagen den 30 april 2017.

År 2016 ackumulerades sammanlagt 21 235 **fördröjningsdagar**, dvs. 13,1 dagar per 1 000 invånare. Antalet hade minskat jämfört med år 2015, då motsvarande siffra var 21 805 och 13,6. Antalet fördröjningsdagar varierar i olika kommuner mellan 0,49 dagar och 52,51 dagar per tusen invånare.

Som mål för åren 2014-2016 fastställdes det att nya **effektivitetsbedömningar** för åtminstone två patient-

grupper och bedömningar för två nya patientgrupper ska inledas per år. Enligt situationen i februari 2017 förverkligas inte den systematiska effektivitetsbedömningen.

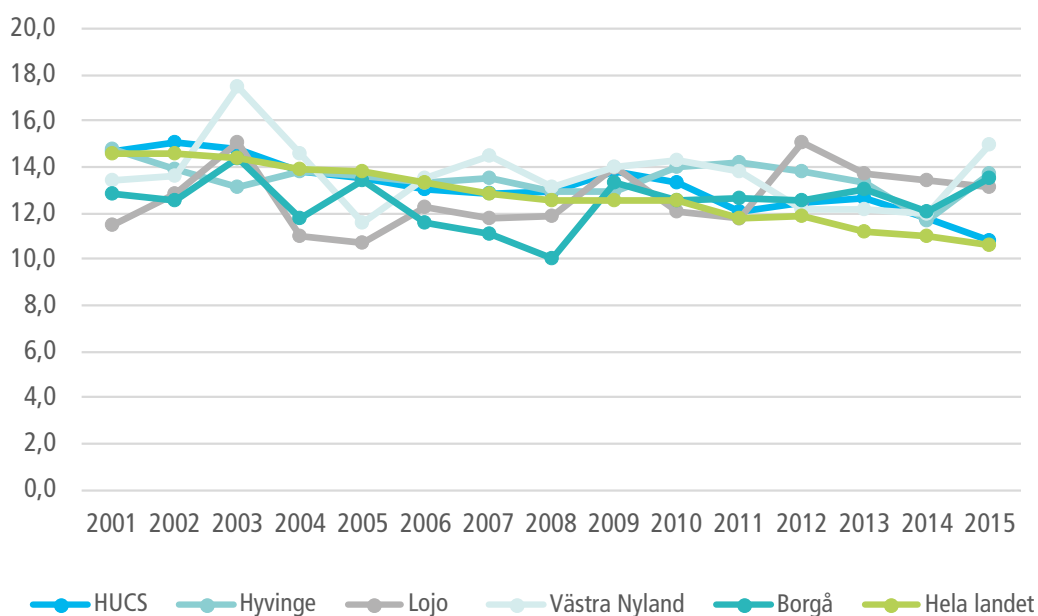
Vårdens effektivitet har sedan år 2002 följts upp med patientfokuserade mätare i forskarnära projekt. Nästan 30 000 patienter har deltagit i 15D-livskvalitetsundersökningar. Cirka 75 vetenskapliga artiklar har publicerats med stöd av resultaten. Det är fortfarande inte möjligt att samla effektivitetsinformation elektroniskt. Informationsinsamling som genomförs med pappersblanketter möjliggör ingen systematisk uppföljning av effektiviteten.

I avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård fastställs det att alla hälsovårdsmetoder, vård- eller diagnostikformer och apparatanvändningar med betydande kostnadseffekter som föreslås för rutinmässig användning måste motiveras. Bedömningar som görs med en s.k. mini-HTA-blankett (Health Technology Assessment) bidrar till att förenhetliga upphandlings- och ibruktagningsbesluten och få dem att grunda sig på den bästa tillgängliga informationen. Enligt HNS:s anvisning bör en mini-HTA-bedömning göras åtminstone då något av följande kriterier uppfylls: budgeteffekten är över 50 000 € per år, metoden är förenad med särskilda säkerhetsaspekter eller effektiviteten är osäker, den gäller ett stort antal patienter (över 100 per år), den har särskilda samhällseffekter eller den som överväger införandet själv anser att ett ställningstagande är motiverat. Resultatenheten eller direktörerna för resultatområdena kan inom ramarna för sina befogenhe-

ter godkänna införandet av en ny metod, om de anser att det presenterade forskningsbeviset är tillräckligt. Chefsöverläkaren tar alltid ställning till införandet av en metod/läkemedelsbehandling, om kostnaderna per år överskrider 100 000 euro. Chefsöverläkarens anvisning har varit i kraft i två år.⁴ År 2016 har bedömningsgruppen för HUCS-specialupptagningsområdena utvärderat en metod och den kliniska läkemedelsbedömningsgruppen utvärderat 12 läkemedel som ska införas. Utifrån verksamhetschefernas beslut gjordes två mini-HTA-bedömningar.⁵

THL har inom ramarna för sitt **PERFECT-projekt** redan i 15 år följt tjänsterna som ingår i vårdkedjorna inom den specialiserade sjukvården och tjänsternas genomslagskraft. Resultatmätarna är bland annat dödlighet, upprepade besök på sjukhuset och vårdhelhetens längd. Resultaten är tillgängliga för alla på THL:s webbsidor. I figur 1 nedan presenteras i form av exempel antalet vård dagar i den första vårdhelheten vid en kranskärslsjukdomsattack. Materialet har standardiserats i förhållande till ålder, kön, infarkttyp och tidigare sjukhusbesök. I HNS:s sjukvårdsområde är antalet vård dagar högre jämfört med hela landet, med undantag för HUCS:s sjukvårdsområde. I en jämförelse av antalet vård dagar under den första vårdhelheten mellan universitetssjukhusen placerar sig HUCS i mitten.⁶

Vid HNS finns många goda exempel på verksamhetsutveckling. Revisionsnämnden lyfter fram fetmakirurgin vid HUCS Gastrocentrum som ett exempel på positiv verksamhetsutveckling och kvalitetsuppföljning. Fetmakirurgin



Figur 1. Vård dagar (antal) under den första vårdhelheten vid kranskärslsjukdomsattack i HNS:s sjukvårdsområden och i hela landet åren 2001–2015. Källa: THL. 2017. PERFECT-projektets basrapporter. www.thl.fi 10.3.2017.

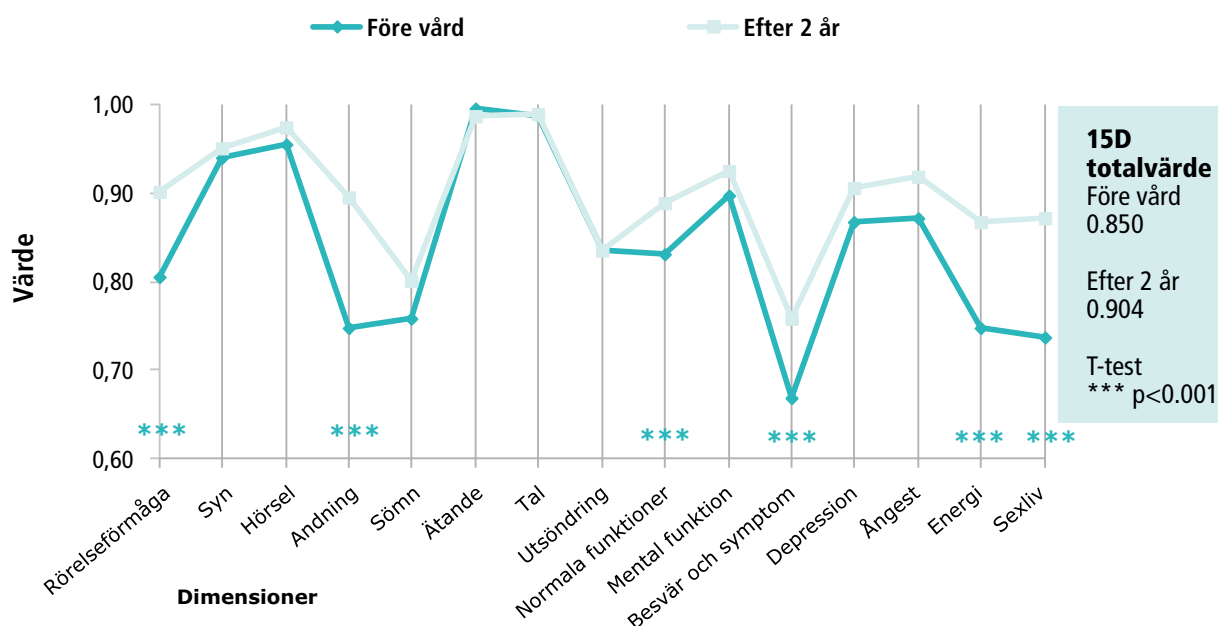
inleddes vid HNS år 2007 och varje år görs över 200 operationer.

Ett kvalitetsregister har använts inom fetmakirurgin sedan februari 2014. En del av patientens uppgifter hämtas automatiskt till registret från patientdatasystemet och en del av uppgifterna fylls i av den behandlande läkaren. I tabell 3 sammanställs uppgifter om antalet operationer, operationernas pris och antalet förnyade operationer åren 2011-2016. Antalet förnyade operationer har minskat och operationernas pris har blivit lägre.

Den operativa behandlingens effektivitet följs genom att mäta livskvaliteten med anknytning till patientens hälsa med en 15D-mätare före operationen och 2 år efter operationen. För patienter som genomgått en fetmaoperation förbättras livskvaliteten med anknytning till hälsan avsevärt både statistiskt och kliniskt (figur 2). En effektivitetsuppgift som samlas in på detta sätt och kan mätas med samma mått gör det möjligt att jämföra olika specialiseringsområden och således inrikta verksamheten på behandlingar som har konstaterats vara effektiva.

År	Operationer (antal)*	Pris (€)**	Förnyade operationer (antal) (%)***
2011	221	13 320	16 (7,2 %)
2012	197	9 554	9 (4,6 %)
2013	155	9 180	13 (8,4 %)
2014	180	8 915	7 (3,4 %)
2015	193	9 030	3 (1,6 %)
2016	228	8 690	2 (0,9 %)

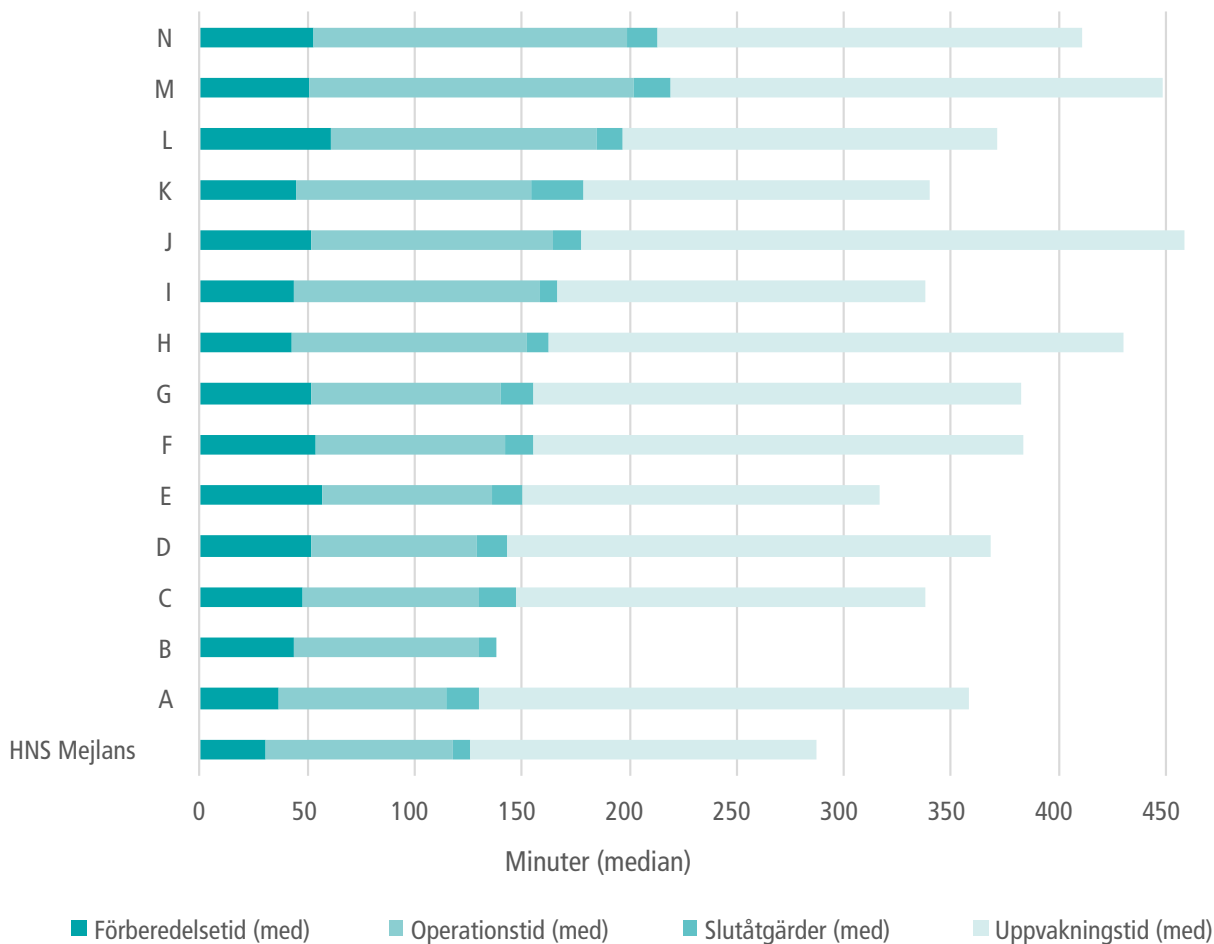
Tabell 3. Fetmaoperationer utförda vid HNS (DRG 288A, mag-tarmoperationer mot fetma), operationernas priser och förnyade operationer. Källa: *HUS-ToTal Tuoteseurantakuutio 7.2.2017; **HUS-prislistor 2011-2016; ***avdelningsöverläkare Juuti 15.3.2017.



Figur 2. Livskvaliteten med anknytning till hälsan för patienter som har genomgått en fetmaoperation vid HNS mätt med en 15D-mätare före operationen och två år efter operationen. Patienter 165, av vilka 72 % är kvinnor, medelålder 49 år. Källa: bedömningsöverläkare Roine 21.2.2017.

Operationsprocessen för fetmakirurgi utvecklades med tillämpning av Lean-metoden. Ett av målen var att utföra fyra operationer i stället för tre under tjänstetid och detta mål uppnåddes hösten 2016. En nationell jämförelse av tidsanvändningen under olika faser av operationsprocessen

visar att mindre tid går åt till processen i operationssalen vid Mejlans än vid andra sjukhus (figur 3). Patienter som kommer till sjukhuset för en fetmaoperation erbjuds också virtuell träning både före och efter operationen inom ramarna för tjänsten Hälsoviktporten på webbplatsen Hälsobyn.⁷



Figur 3. Tider för fetmaoperationernas (JDF11) olika faser i Finland 2016. Källa: överläkare Jousela 7.3.2017.

OBSERVATION 1 Vid HNS finns inga systematiska uppgifter om vårdens genomsnagskraft som mäts på samma sätt, vilket revisionsnämnden har fäst vikt vid även tidigare år. Nationella jämförelseuppgifter om vårdresultat är tillgängliga, till exempel i THL:s Perfect-databas. Antalet genomförda metodbedömningar verkar litet i förhållande till organisationens storlek.

REKOMMENDATION 1 Vårdens genomsnagskraft ska uppföljas systematiskt som en del av vårdprocessen. Detta förutsätter att ett elektroniskt system anskaffas t.ex. i samband med anskaffningen av kundresponsystemet. Den befintliga nationella informationen om genomsnagskraft ska utnyttjas och patienterna bör också få information om vårdens genomsnagskraft. Det ska säkerställas att nya metoder som tas i rutinmässigt bruk grundar sig på forskning.

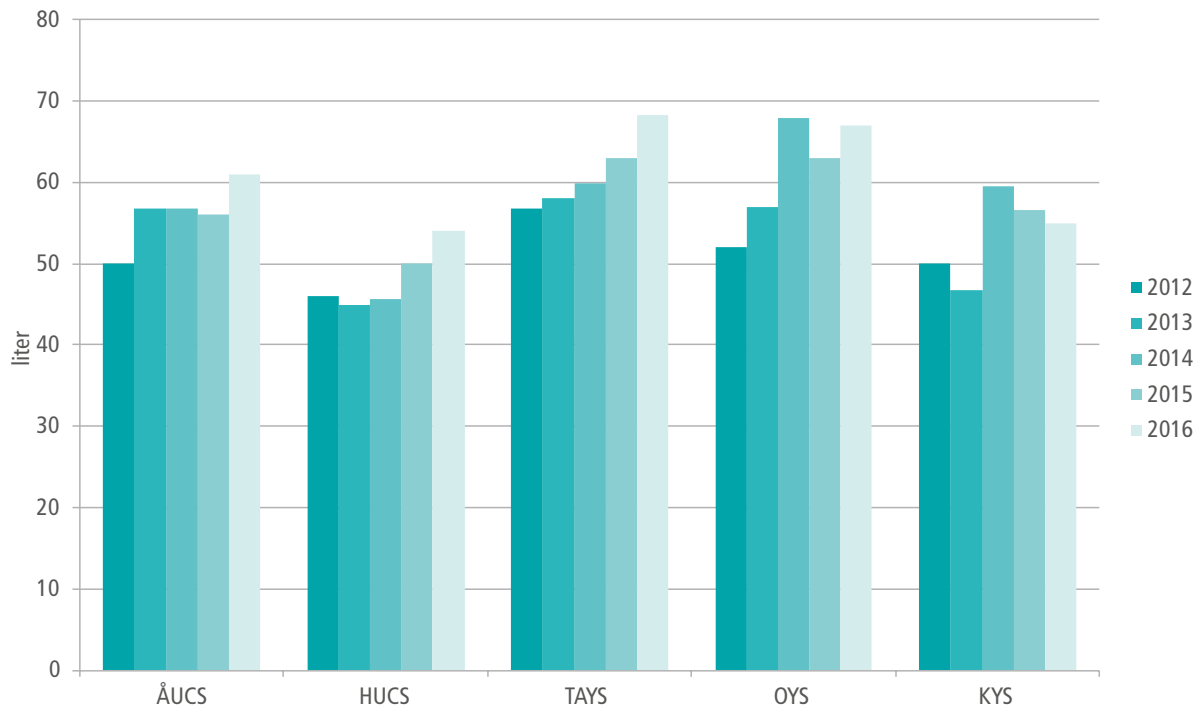
5.2. Kvalitet och säkerhet i vården

Nyckelmål 2: Verksamheten är högklassig och säker

Mätare och målvärde 2016	Revisionsnämndens utvärdering av utfallet	
2a. Bedömningens omfattning i fråga om risken för liggsår hos bäddavdelningspatienter Målvärde: Patienterna som får vård på bäddavdelning har i fråga om risken för liggsår bedömts till 80 % (% av vårdade patienter).	Målet uppnåddes inte. På HNS-nivå omfattade riskbedömningen 33 % av patienterna. Bedömningen var mest omfattande i Västra Nylands sjukvårdsområde (62,9 %) och minst omfattande i Lojo sjukvårdsområde (23,4 %).	●
2b. Förekomsten av liggsår hos vårdade patienter Målvärde: Liggsår (grad≥2) förekommer hos <1,9 % av de vårdade patienterna (vid intensivvårdsenheter hos <7 % av de vårdade patienterna).	Liggsår förekom hos 1,3 % av de vårdade patienterna. I fråga om intensivvårdsenheterna rapporterades det inte huruvida målet uppnåddes. Styrelsen: målet uppnåddes.	●
2c. Bedömningens omfattning i fråga om patienternas fallrisk för definierade patientgrupper. Målvärde: En preliminär sällning av patienternas fallrisk har gjorts till 80 % och patienterna som identifierats som riskpatienter har bedömts med en fallriskmätare till 80 % (% av vårdade patienter).	Målet uppnåddes inte. Riskbedömningen omfattade 29,1 % av patienterna. Riskbedömningen var mest omfattande i Västra Nylands sjukvårdsområde (73 %) och minst omfattande i Hyvinge sjukvårdsområde (16,9 %).	●
2d. Antal fall som medfört skador för patienten/1 000 patientdagar Målvärde: Antalet fall som medfört skador för patienten/1 000 patientdagar är <0,8.	Målet uppnåddes. Förekomsten av fall var 0,056/1 000 patientdagar.	●
2e. Bedömningens omfattning i fråga om risken för undernäring hos bäddavdelningspatienter. Målvärde: En inledande bedömning av patienterna i bäddavdelningsvård har gjorts till 80 % och i den inledande bedömningen har patienterna som identifierats som riskpatienter bedömts med en mätare för risken för undernäring till 80 % (% av vårdade patienter).	Målet uppnåddes inte. Riskbedömningen omfattade 22,4 % av patienterna. Riskbedömningen var mest omfattande i Västra Nylands sjukvårdsområde (74,6 %) och minst omfattande i Hyvinge sjukvårdsområde (9,9 %).	●
2f. Sjukhusdödlighet Målvärde: Ingen ökning jämfört med utfallet år 2015.	Målet uppnåddes. Sjukhusdödligheten ökade inte jämfört med år 2015. I målet och resultatrapporteringen bör skillnaderna mellan specialiseringsområdena beaktas.	●
2g. Dödlighet under 30 dygn. Dödlighet (%) 30 dygn efter att sjukhusvården upphört Målvärde: Ingen ökning jämfört med utfallet år 2015.	Målet uppnåddes inte. Dödligheten 30 dygn efter att sjukhusvården upphört var 1,07 % (2015: 1,04 %). I målet och resultatrapporteringen bör skillnaderna mellan specialiseringsområdena beaktas.	●
2h. Oplanerade återbesök på sjukhuset under 30 dygn. Återvändande inom 30 dygn efter att avdelningsvården upphört (% av perioderna). Målvärde: Ingen ökning jämfört med utfallet år 2015.	Målet uppnåddes inte. Oplanerade återbesök på sjukhuset förekom i samband med 7,47 % av avdelningsvårdperioderna och ökade jämfört med år 2015 (7,25 %). En jämförelse med övriga universitetssjukvårdsdistrikt skulle göra det lättare att åskådliggöra om andelen är betydande. I målet och resultatrapporteringen bör skillnaderna mellan specialiseringsområdena beaktas.	●
2i. Inverkan av tidpunkten för ankomst till vård (veckodag) på vårdresultaten. Målvärde: Variationen mellan olika veckodagar är <5 %, Foster-data.	Tidpunkten för ankomst till vård (veckodag) hade ingen inverkan på vårdresultaten. Avtalet Med Dr. Foster-programmet avslutades år 2016. Enligt forskningsresultaten påverkas inte dödligheten av att patienten anländer till vård på natten eller under veckoslutet (Bray & Steventon BMJ Qual Saf 2016; Anselmi et al. BMJ Qual Saf 2016).	●
2j. Vaccintäckningen bland personalen i fråga om influensavaccin. Målvärde: >90 %.	Målet uppnåddes inte. Vaccintäckningen i fråga om influensavaccin var 84 %. Täckningen var högst i Hyvinge sjukvårdsområde (97 %) och lägst i Västra Nylands sjukvårdsområde (72 %).	●
2k. Användning av handsköljmedel. Målvärde: >45l/1 000 vård dagar (universitetssjukhusens medelvärde 45).	Målet uppnåddes. Användningen av handsköljmedel på HNS-nivå var 52,5 l/1 000 vård dagar. År 2016 var användningen av handsköljmedel vid HUCS emellertid mindre än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten och målet gällande användning av handsköljmedel uppnåddes tidigare vid de övriga universitetssjukhusen än vid HUCS (figur 4).	●

Nyckelmål 3: En checklista för utskrivning införs vid jourerna och akutavdelningarna under år 2016

Mätare och målvärde	Mätare och målvärde	
3a. Användning av checklista vid jourerna och akutavdelningarna. Målvärde: Checklistan har tagits i bruk under år 2016.	Målet uppnåddes inte. Införandet av checklistan sköts upp till 2017. Checklistan infördes inte i Lojo, Västra Nylands och Borgå sjukvårdsområden. Ingen information om införandet finns tillgänglig i HUCS:s och Hyvinge sjukvårdsområden.	●



Figur 4. Användning av handsköljmedel vid universitetssjukhusens somatiska bäddavdelningar åren 2012–2016, l/1 000 vård dagar. Källa: överläkare Järvinen 8.3.2017.

Förutom utfallet av de strategiska nyckelmålen har revisionsnämnden utvärderat föregripandet av risker förknippade med patientsäkerheten samt produktionen av patientsäkerhets- och kvalitetsuppgifter. Som material användes styrelsens protokoll från år 2016, HNS:s patientsäkerhetsplaner för åren 2015-2016 och 2016-2017, patientsäkerhetsrapporten från år 2015, HUS-ToTal-uppgifter samt en intervju med patientsäkerhetschefen. Dessutom användes avtal om hyrning av arbetskraft för åren 2013-2016 som material.

Revisionsnämnden har redan tidigare rekommenderat att handlingar med anknytning till patientsäkerhet ska behandlas i enlighet med HNS:s årsklocka för planering och uppföljning. Styrelsen ansåg det inte vara nödvändigt att ändra praxis, och patientsäkerhetsplanen ingår därför inte i budgeten för år 2016. Denna praxis avviker från den nationella anvisningen om patientsäkerhetsarbete, enligt vilken målen och utvecklingsåtgärderna med anknytning till patientsäkerhet bör definieras som en del av organisationens årliga verksamhetsplan.⁸ Styrelsen behandlade frågor med anknytning till patientsäkerhet en gång år 2016 i samband med behandlingen av patientsäkerhetsplanen för 2016-2017 och patientsäkerhetsrapporten för 2015.⁹

5.2.1 Föregripande av patientsäkerhetsrisker

HNS personal rapporterar i det elektroniska Haipro-systemet om farliga händelser som har drabbat eller varit nära att drabba patienterna. År 2016 registrerades 19 758 anmälningar¹⁰ i systemet och antalet anmälningar ökade med 24,6 % jämfört med året innan. Ökningen av antalet anmälningar är framför allt ett tecken på att anmälningsaktiviteten har ökat, och inte på att antalet verkliga skadehändelser har ökat. Största delen av anmälningarna (32,6 %) gällde läkemedels- och vätskebehandling eller blodtransfusioner samt informationsförmedling (25,2 %). Av anmälningarna uppgick andelen händelser som bedömts som allvarliga skadehändelser (leder till dödsfall eller bestående allvarliga konsekvenser, t.ex. arbetsförmögenhet) till 0,4 %.

Med stöd av Haipro-anmälningarna bör verksamhetens enheterna upprätta en handlingsplan för främjande av patientsäkerheten. Handlingsplaner har upprättats i tämligen god utsträckning och de behandlas regelbundet i resultatområdenas ledningsgrupper. Ingen samlad information finns dock tillgänglig om planernas omfattning.¹¹ Verksamhetens enheterna dokumenterar inte heller patientsäkerhetsrisker på ett föregripande sätt i ett elektroniskt system på samma sätt som risker med anknytning till fastigheter och arbetarskydd dokumenteras med hjälp av HUS-Riskit-programmet. I programmet bedöms riskernas sannolikhet och

betydelse samt definieras åtgärder med hjälp av vilka enheterna försöker minska sannolikheten att risken förverkligas.¹² En riskmatris används för att utvärdera patientsäkerhetshändelser i efterhand när det är fråga om en allvarlig skadehändelse.¹³

Säkerställandet av patientsäkerheten ska beaktas även i samband med upphandlingar.⁸ Förutom i samband med apparat- och systemanskaffningar bör man ta hänsyn till patientsäkerheten när utomstående hyrd arbetskraft anlitas. År 2016 anlidade HNS utomstående vikarierande arbetskraft i en omfattning som motsvarar 300 årsverken och åren 2013-2016 ingicks sammanlagt 61 avtal om hyring av arbetskraft med flera olika serviceleverantörer.¹⁴ Revisionsnämnden utredde hur arbetstagarens patientsäkerhetskunskande hade beaktats i avtalen genom att granska 10 slumpmässigt utvalda avtal om hyring av läkararbetskraft och vårdpersonal åren 2013-2016 samt fem ramavtal om hyring av vårdarbetskraft som HNS ingick år 2013. Utifrån avtalen var det i regel företaget som hyrde ut personal som ansvarade för att arbetstagaren hade den erfarenhet och kompetens som förutsattes för uppgiften samt den yrkesbehörighet som krävdes. Företaget ansvarade också för att ordna kompletterande utbildning för arbetstagarna. I egenskap av beställare ansvarade HNS för sin del för att introducera arbetstagaren i arbetet, övervaka arbetet, sörja för tjänstens kvalitet samt eventuella patientskador. Arbetstagarens patientsäkerhetskunskande och säkerställandet av det lyftes inte fram separat i något av avtalen. HNS har sedan 2016 förutsatt att HNS egen personal som är verksam inom patientarbetet ska avlägga en patientsäkerhetsutbildning. Motsvarande utbildning borde således förutsättas även av hyrd arbetskraft.

År 2016 riktade tillsynsmyndigheterna 131 begäran om utredning eller utlåtande till HNS, vilket är färre än tidigare år (tabell 4). Valvira fäste vikt vid bland annat de problem som upptäckts vid HNS:s byte av mobiloperatör och konstaterade att patientsäkerhetsriskerna inte förutspåddes i

tillräcklig utsträckning före bytet av operatör. De korrigerande åtgärderna efter att problemen uppstått bedömdes dock som snabba och heltäckande. Valvira förutsätter ännu att HNS lämnar in en tilläggsredogörelse för hur reservsystemen för kritiska jourfunktioner har ordnats.¹⁵

OBSERVATION 2 Patientsäkerhetsplanen och -rapporten behandlas enligt en annan tidtabell än budgeten samt verksamhetsberättelsen och bokslutet. Detta försvårar uppföljningen av hur målen med anknytning till patientsäkerhetsarbetet har uppnåtts och bedömningen av patientsäkerhetsarbetets resultat. I styrelsens möteshandlingar finns inga omnämmanden om patientsäkerhetsrenden år 2016, med undantag av patientsäkerhetsplanen och -rapporten. Verksamhetens dokumenter inte systematiskt patientsäkerhetsrisker i det elektroniska HUS-Riskit-systemet. Den hyrda arbetskraftens patientsäkerhetskunskande har inte beaktats separat i avtal som gäller utomstående hyrd arbetskraft.

REKOMMENDATION 2 Handlingarna som styr patientsäkerhetsarbetet ska behandlas på samma gång som bokslutet. Styrelsen bör underrättas om patientsäkerhetsläget oftare än en gång per år. Riskerna med anknytning till patientsäkerheten bör förutspås och dokumenteras systematiskt. Hyrd arbetskraft bör förutsättas besitta patientsäkerhetskunskande på samma nivå som den egna personalen.

Tillsynsmyndighet	2013	2014	2015	2016
Valvira	47	78	38	35
Regionförvaltningsverket	107	108	100	81
Riksdagens justitieombudsman	6	10	5	9
Justitiekanslersämbetet	1	1	0	0
Dataombudsmannens byrå	3	3	13	6
Totalt	163	200	156	131

Tabell 4. Tillsynsmyndighetens begäran om utredning och utlåtande till HNS 2013–2016. Källa: patientsäkerhetschef Palojoki 9.2.2017.

5.2.2. Produktion av patientsäkerhets- och kvalitetsuppgifter

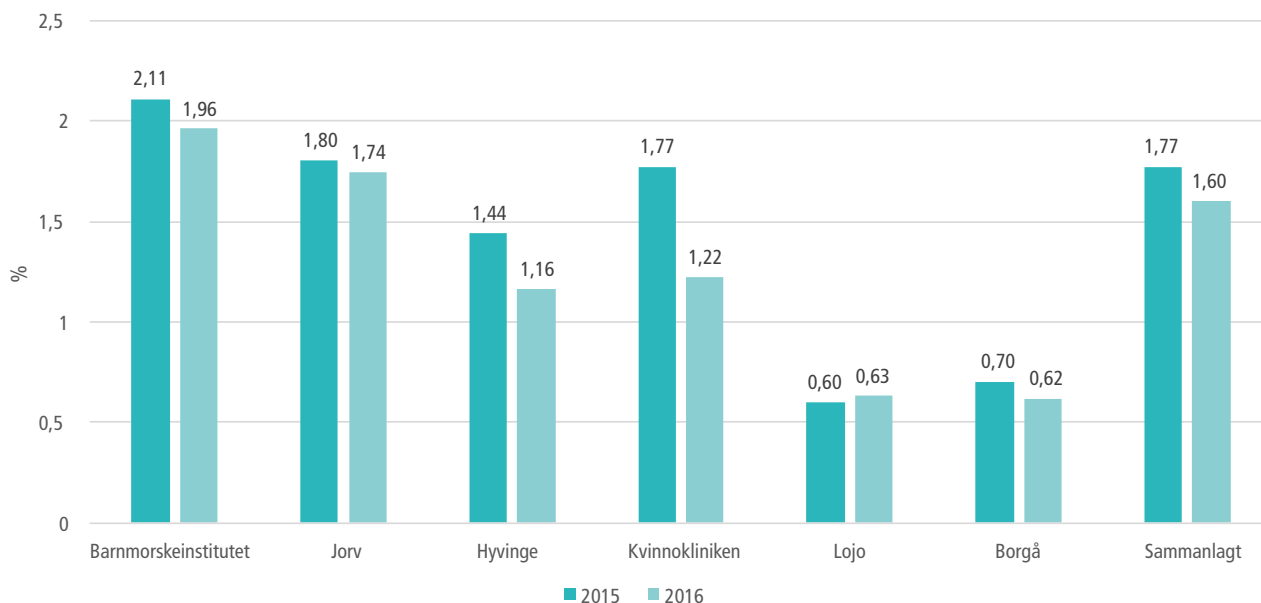
Patientsäkerheten följs globalt bland annat med hjälp av s.k. OECD-indikatorer. HNS har sedan 2012 utvecklat produktionen av information med anknytning till indikatorerna och 2016 producerade HNS information om åtta indikatorer. Uppgifterna är dock till många delar föremål för tolkning, bl.a. eftersom registreringen av sidodiagnoser har varit bristfällig. Av OECD-indikatorerna kan endast uppgifterna med anknytning till förlossningar anses vara tillförlitliga.⁵ Enligt dessa uppgifter fick 1,6 % av alla kvinnor som födde vid HNS tredje eller fjärde gradens rupturer år 2016 (figur 5).

Rupturer är vanligare vid sugklocks- och tångförlossningar än vid spontana förlossningar. År 2016 förekom rupturer hos 1,2 procent av föderskorna vid icke assisterade förlossningar och hos 4,3 procent av föderskorna vid förlossningar med sugklocka och tång.¹⁶ Andelen förlossningsrupturer har varit låg i Finland i jämförelse med de övriga OECD-länderna. År 2013 var andelen rupturer vid spontana förlossningar i Finland 0,9 % och andelen rupturer vid sugklocks- och tångförlossningar 4,2 %. Motsvarande medelvärden för OECD-länderna var 1,6 % och 6,0 %.¹⁷

Uppgifter om vårdrelaterade infektioner samlas i THL:s nationella sjukhusinfektionsregister (Siro), som innehåller

Ett exempel på en konstaterad nytta av kvalitetsregister är möjligheten att minska antalet dikteringar: vid näthinnepolikliniken och starrenheten minskade dikteringarna med cirka 80 % år 2016 tack vare införandet av BCB-registret.¹⁸

information om t.ex. infektioner med anknytning till olika operativa ingrepp. Enligt uppgifterna i registret förekom det vid HNS år 2016 färre infektioner i samband med bypass-operation av kranskärl och fler infektioner än genomsnittet i samband med protesoperationer i höftleden och operationer av lårbensbrott i förhållande till det nationella jämförelsematerialet. I tolkningen av uppgifterna i Siro-re-



Figur 5. Alla tredje eller fjärde gradens rupturer i samband med vaginala förlossningar vid HNS:s förlossningsenheter 2015 och 2016. Källa: HNS:s Ecomed-standardrapport 30.1.2017.

gistret ska man beakta att det är frivilligt att delta i registret, vilket innebär att registret inte innehåller uppgifter om infektioner vid alla sjukhus i Finland. Ett högt infektionstal kan vara en indikation på noggrannare uppföljning och ett lågt tal kan indikera att infektioner inte registreras på ett heltäckande sätt. (tabell 5)

HNS har sedan 2013 samarbetat med BCB Medical Oy i produktionen av kvalitetsuppgifter. HNS och KL-Kuntahankinnat utsåg år 2016 BCB Medical Oy till leverantör av kvalitetsregister för en avtalsperiod på fyra år. Även de övriga sjukvårdsdistrikten kan om de så önskar dra nytta av det ramavtal som ingåtts. Hösten 2016 användes 49 kvalitetsregister och avsikten är att nya kvalitetsregister ska inrättas under år 2017. Uppgifterna i kvalitetsregistren används tills vidare endast av specialiseringsområdena själva.

I patientsäkerhetsrapporten för år 2015 publicerade HNS en heltäckande redogörelse av tillgängliga uppgifter om bland annat patientskador, Haipro-anmälningar, åtgärder och påminnelser som tillsynsmyndigheten har riktat till HNS samt utfallet av läkemedels-, apparat- och infektionssäkerheten. En sammanfattning av uppgifterna i patientsäkerhetsrapporten publicerades på webbsidorna HUS.fi våren 2016, vilket har förbättrat patienternas och intressentgruppernas möjlighet att följa vårdens kvalitet.

OBSERVATION 3 HNS har varit en föregångare i Finland vad gäller inrättandet av kvalitetsregister, men uppgifterna i registren används tills vidare huvudsakligen av verksamhetsområdena själva. Produktionen av uppgifter som gäller OEXD-indikatorer har framskridit långsamt och de producerade uppgifterna är med undantag av förlösningrupturer inte tillförlitliga. Kommunikationen om resultat med anknytning till patientsäkerhet och kvalitet är mer öppen än förut.

REKOMMENDATION 3 Tillgången till uppgifterna i kvalitetsregistren bör utökas och uppgifterna bör utnyttjas i ledningen. Tillförlitligheten hos de publicerade uppgifterna om OECD-indikatorer bör säkerställas och i kommunikationen ska de olika målgrupperna och HNS grafiska avisningar beaktas. HNS bör utvärdera vilka eventuella risker det medför att koncentrera produktionen av kvalitetsuppgifter till en enda leverantör.

	Infektioner (antal)	Åtgärder (antal)	Förekomst av infektioner (%)	Infektion i SIRO-materialet %
Bypass-operationer av kranskärl	23	590	3,90	5,20
Protesoperationer i höftleden	38	1 506	2,5	2,20
Förnyade protesoperationer i höftleden	12	282	4,3	2,70
Operation av lårbensbrott	4	123	3,3	1,00
Protesoperationer i knäleden	22	1 303	1,7	1,80
Förnyade protesoperationer av knäleden	4	155	2,6	2,80
Bröstkörtelkirurgi	46	1 768	2,6	2,60

Tabell 5. Förekomsten av operationsrelaterade infektioner vid HNS år 2016. Källa: avdelningsöverläkare Anttila 16.3.2017.

5.3. Kundupplevelse

Nyckelmål 4: Nettofaktureringen för patienter som fritt har valt vårdställe ökar

Mätare och målvärde

4. Nettofakturering för patienter som fritt har valt vårdställe (fakturering av patienter som kommit till HNS från andra ställen - fakturering av patienter som har valt andra ställen än HNS).
Målvärde: 5 miljoner euro.

Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

Målet uppnåddes inte. Nettofaktureringen var -0,5 miljoner €, dvs. **fler patienter sökte sig från HNS till andra ställen än från andra ställen till HNS.**



Nyckelmål 5: Patienterna rekommenderar HNS som vårdställe

Mätare och målvärde

- 5a. FTT (undersökning av kundtillfredsställelse, rekommendation av vårdställe).
Målvärde: >97 % av patienterna rekommenderar HNS som vårdställe.

Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

Målet uppnåddes inte. Rekommendationsindexet i Friends and Family Test varierade mellan 90 % och 95,2 % i sjukvårdsområdena. År 2016 vårdades 524 089 patienter vid HNS, av vilka 10 386 besvarade enkäten om kundtillfredsställelse (2 %, HUS-ToTal BIAP0001). **Enkäterna om kundtillfredsställelse har besvarats av få personer.**



- 5b. Frågor om kundtillfredsställelse som har utarbetats gemensamt av universitetssjukhusen (5 st.).
Målvärde: HNS är bäst i en

Målet kan inte utvärderas, eftersom jämförelseuppgifterna inte är tillgängliga i bokslutet och verksamhetsberättelsen för år 2016.



Insamling och hantering av kundrespons vid HNS

Revisionsnämnden utvärderade kundupplevelsen utifrån utfallet av de strategiska målen för år 2016 samt målen som uppställt för den arbetsgrupp som inrättades för kundtillfredsställelseprojektet. Utvärderingen grundar sig på höranden och intervjuer med tjänstemän samt ledningsgruppernas och arbetsgruppernas mötesmaterial. I utvärderingen ingår ingen bedömning av kundupplevelsen vid affärsverken.

HNS använder Analystica-systemet, via vilket patienter som vårdas kan ge respons. Avtalet, som hade varit i kraft i fyra år, löpte ut i november 2016. Processen för mätning av kundtillfredsställelse har utvecklats med hjälp av flera arbetsgrupper och olika arrangemang, men ingen gemensam vision har uppnåtts. Som en tillfällig lösning ingicks ett avtal med Analystica Oy fram till slutet av oktober 2017. Kundtillfredsställelsen har också anknytning till projekten Magnetsjukhus, Apotti och Virtuellt sjukhus samt till utvecklingen av konkurrenskraften.

I det använda kundresponsystemet ställs i genomsnitt 25 frågor och även respons som ges i pappersform och fall där patientombudsmannen kontaktas registreras i systemet. Öppen respons kan ges via responslänken på HNS:s webbsidor. Vid tornsjukhuset i Mejlans används apparater som gör det möjligt att ge respons vid patientplatserna.

Verksamhetsenheterna har instruerats att följa de sammandragsrapporter som erhålls via Analystica-systemet.¹⁹ Vid behov informeras linjeorganisationen om responsen och utvecklingsbehoven som responsen ger upphov till registreras i verksamhetsplanen. Rapporterna publiceras i HUS-ToTal-systemet, i intranätet och på internet. Det finns inga anvisningar om vilken typ av kundrespons som ska rapporteras vidare i organisationen för korrigerande åtgärder och på vilket sätt responsen ska rapporteras.

I februari 2016 inrättade verkställande direktören en arbetsgrupp som fick i uppgift att säkerställa en tillräcklig mängd kundrespons (minst 10 % av HNS:s patienter) och öka responsmängden avsevärt under år 2017.²⁰ Arbetsgrup-

Kunden måste vara övertygad om att det lönar sig att ge respons; responsen behandlas utan dröjsmål och besvaras.

pen avslutade sin verksamhet i oktober 2016 och utvecklingen av kundupplevelsen överfördes till utvecklingsenheten som en del av projektet "Potilas aktiivisena osallistujana ja vaikuttajana" (patienten som aktiv deltagare och påverkare), vilket är ett av HNS:s spetsprojekt åren 2017-2018.

Målet för arbetsgruppen var

- att främja förverkligandet av en god kundtillfredsställelse som överensstämmer med målnivån för år 2016 vid HNS
- att bereda genomförandet eller anskaffningen av en uppföljningstjänst för kundtillfredsställelse för den uppföljningsperiod som inleds år 2017
- att se till att universitetssjukhusens gemensamma frågor som förutsätts av THL och frågorna enligt magnetsjukhusmodellen inkluderas i uppföljningen av kundtillfredsställelsen
- att för sin del säkerställa att uppgifterna om kundtillfredsställelse som samlas in vid HNS kan överföras till Palveluvaaka i en organisationsstruktur som är ändamålsenlig för patienten
- att säkerställa att responssystem som stöder verksamhetsutvecklingen på enhetsnivå (Lean, Magnetsjukhus etc.) pilottestas och tas i bruk år 2016.

Arbetsgruppen uppnådde inte de mål som uppställdes för den. Endast två procent av patienterna vid HNS gav respons år 2016. Enligt slutrapporten om patientupplevelse och helhetslösningen för hanteringen av respons (fas I, 28.11.2016) kunde samordningen av universitetssjukhusens, THL:s och magnetsjukhusmodellens frågor inte slutföras på grund av det stora antalet frågor. Överföringen av frågor till Palveluvaaka hade inte heller slutförts i slutet av år 2016. De patientspecifika terminalerna vid tornsjukhuset i Mejlans kunde inte användas före oktober 2016, efter-

som webbläsaren som användes för att samla kundrespons var föråldrad.

Mätning av kundtillfredsställelse ur patientens synvinkel

På HNS:s webbsidor beskrivs resultatet för år 2013 för HNS och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. På resultatenheternas sidor rapporteras en helhetsutvärdering av vårdperioden samt rekommendationsindexen. Utvärderingarna av vårdperioderna har visat goda resultat (4,47-4,91) och även rekommendationsindexen har varit goda (75-98/100).

Den respons som patienterna ger är viktig, men den berättar ändå inget om vårdens kvalitet eller genomslagskraft. Vid HUCS Neurokirurgiska kliniken utreddes kundtillfredsställelsen för patienter som genomgått en hjärnoperation. Av de som svarade uppgav 94 % att den totala nöjdheten är utmärkt eller god. Även patienter som måste opereras på nytt eller fick svåra komplikationer var nöjda.^{21, 22}

OBSERVATION 4 Målen som fastställdes för kundtillfredsställelsen har inte uppnåtts och ledningsansvaret har varit oklart. Ett stort antal tjänsteinnehavare och arbetsgrupper har arbetat inom detta område, vilket innebär att resurser har använts i stor omfattning i förhållande till framstegen. Svarsprocenten för kundresponsen är låg och rapporteringen har varken varit systematisk eller tillförlitlig. Anskaffningen av ett kundresponsystem har fördröjts. Misslyckandet i fråga om insamlingen av kundrespons påverkar HNS:s varumärke och utvecklingen av konkurrenskraften.

REKOMMENDATION 4 Kunden ska ha tillgång till många enkla sätt att ge respons och information måste vara tillgänglig. Svarsprocenten för kundresponsen ska höjas. I samband med anskaffningen av ett nytt kundresponsystem ska man säkerställa att inga överlappningar med Apotti förekommer.

5.4. Samarbete med primärvården

Ett av målen med social- och hälsovårdsreformen är en tätare integrering av primärvården och den specialiserade sjukvården i syfte att bland annat minska hälso- och välfärdsskillnaderna, stärka tjänsternas kundorientering och uppnå kostnadsbesparingar. Revisionsnämnden anser att det är viktigt att intensifiera samarbetet med primärvården och utfärdade år 2015 flera rekommendationer med anknytning till detta. Utfallet av rekommendationerna bedöms i kapitel 7.

Ett tätare samarbete med primärvården har uppställts som mål i HNS:s strategi och mål som gäller detta har varje år uppställts i budgeten. Målen har gällt bland annat bildandet av gemensamma servicekedjor (2013, 2014 och 2015), specialistläkares och specialarbetstagares arbetsin-

sats (2014 och 2016), den specialiserade sjukvårdens poliklinikverksamhet inom primärvården (2013), antalet elektiva remisser (2013 och 2014) samt planerna för ordnande av hälso- och sjukvård (2013, 2014 och 2016). Målen som gäller servicekedjorna har inte uppnåtts något år under fullmäktigeperioden och bildandet av servicekedjor har framskridit långsamt. Även målen som gäller planerna för ordnande av hälso- och sjukvård har uppnåtts endast delvis de år sådana mål har uppställts.

Målen som uppställts för samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt mätarna för dessa mål har varierat varje år under fullmäktigeperioden. Detta försvårar uppföljningen av hur samarbetet har intensifierats.

Nyckelmål 6: En skriftlig plan för specialistläkarnas och specialarbetstagarnas arbetsinsats vid HNS har upprättats med alla medlemskommuner och utfallet av planen rapporteras

Mätare och målvärde

6a. Kommunspecifik plan samt förverkligad arbetsinsats för specialistläkare och specialarbetstagare.
Målvärde: En skriftlig plan har upprättats med alla medlemskommuner före slutet av 2016 och utfallet för år 2016 rapporteras. Dessutom har pilottestning genomförts med minst två medlemskommuner år 2016.

Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

Målet uppnåddes inte. **En skriftlig plan upprättades med 50 % av HNS:s medlemskommuner.** Den förverkligade arbetsinsatsen för specialistläkare och specialarbetstagare rapporterades inte år 2016. Utfallet av målet som gäller pilottestning rapporterades inte i bokslutet och verksamhetsberättelsen.



5.5. Den bästa kompetensen, personaltillfredsställelse

I HNS:s strategi för åren 2012-2016 uppställs som mål bland annat att skapa verktyg för utveckling av en optimal personalstruktur och -dimensionering samt att öka den ordinarie personalens andel med en procentenhet per år, öka utbildningsanslaget med tio procent per år och införa ett fortbildningsprogram för läkare. Fullmäktige uppställde tre nyckelmål med anknytning till personalen för år 2016. De

gäller HNS:s rykte som arbetsgivare, chefsarbetet och ledningen samt personalens karriärutveckling.

Utöver de strategiska nyckelmålen för år 2016 utvärderade revisionsnämnden också den flexibla användningen av personalresurser och sjukfrånvaron. Som material användes personalberättelsen, bokslutet och verksamhetsberättelsen samt en intervju med personaldirektören.

Nyckelmål 7: Rykte

Mätare och målvärde

7a. HNS rekommenderas som arbetsgivare. Frågor i Arbetslivsbarometern; Skulle du rekommendera HNS som arbetsgivare till dina vänner eller bekanta?
Målvärde: 85 % ja.

Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

Målet uppnåddes inte. Enligt Arbetslivsbarometern skulle **82 % rekommendera HNS som arbetsgivare**. Andelen är samma som år 2015 (82 %) och mindre än år 2014 (85 %). Andelen som skulle rekommendera HNS var störst i Lojo sjukvårdsområde (92 %) och minst i Borgå sjukvårdsområde (78 %).



Nyckelmål 8: Chefsarbete

Mätare och målvärde

8a. Chefsindex. Frågor i Arbetslivsbarometern:
12. Min chef är en målinriktad ledare
13. Min chef är rättvis
14. Min chef är uppmuntrande och stöder vid behov
15. Min chef ger respons
16. Min arbetsenhet tar hand om sina arbetstagare (t.ex. arbetstagarnas hälsa, säkerhet)
17. Jag är nöjd med ledarskapet vid min arbetsenhet/avdelning
Målvärde: 3,9.

Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

Målet uppnåddes inte. **Chefsindexet (3,65) sjönk något jämfört med år 2015 (3,66)**. Indexet var högst i Västra Nylands sjukvårdsområde (3,85) och lägst i Borgå sjukvårdsområde (3,50) (skala 1-5).



Nyckelmål 9: Karriärutveckling

Mätare och målvärde

9a. Professionell självkänsla. Frågor i Arbetslivsbarometern:
26. Mina kunskaper och färdigheter är tillräckliga för att sköta arbetsuppgifterna
27. Jag har goda möjligheter till professionell utveckling i mitt arbete
28. Jag är stolt över mitt arbete
Målvärde: 4,0.

Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

Målet uppnåddes. Resultatet var 4,0. Variationsintervallet mellan sjukvårdsdistrikten var 3,98–4,10 (skala 1–5). Den mätare som styrelsen har valt mäter inte målet (karriärutvecklingen) på bästa möjliga sätt.



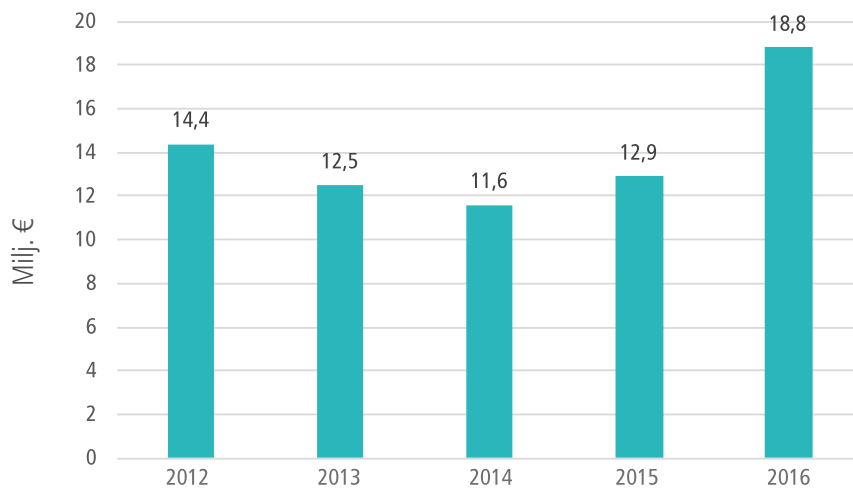
5.5.1 Användning av interna vikarier och hyrd arbetskraft

HNS har fastställt som mål att öka den ordinarie personalens andel och den flexibla användningen av personalresurser bland annat med hjälp av interna vikarier.²³ En intern vikarie är en ordinarie arbetstagare som arbetar vid olika verksamhetsenheter inom sitt resultatområde under semestrar eller korta frånvaroperioder. År 2012 dimensionerades sammanlagt 1 454 vakanser för interna vikarier. Vakanserna fördelades i egna kvoter mellan sjukvårdsområdena, affärsverken, stödtjänsterna och olika personalgrupper.²⁴ Syftet med systemet är att allokera arbetsinsatsen mellan olika enheter, jämna ut rusningstoppar och minska användningen av hyrd arbetskraft.

Antalet vakanser för interna vikarier år 2016 rapporterades inte. Vakanser för interna vikarier har inrättats i varierande omfattning vid olika resultatområden och för olika personalgrupper, men sådana vakanser har också använts för normal personaldimensionering vid enheterna i strid med systemets ursprungliga syfte.²⁵

Erfarenheterna av verksamheten med interna vikarier var goda vid Pejas sjukhus år 2016. Vikariepoolen tillhandahöll ersättande arbetskraft nästan alltid (89 % av dagarna) när belastningen på avdelningarna blev för hög.³

Kostnaderna för hyrd arbetskraft uppgick till 18,8 miljoner euro år 2016 och har ökat sedan år 2014 (figur 6). Jämfört med år 2015 ökade kostnaderna för hyrd arbetskraft med 5,9 miljoner euro, vilket delvis förklaras av att anskaffningen av vikarier för vårdpersonalen koncentrerades till Seure Henkilöstöpalvelut Oy. Den ordinarie personalens andel var 87,9 % i slutet av år 2016. Andelen hade ökat med 0,4 % sedan år 2012.



Figur 6. Kostnader för utomstående hyrd arbetskraft vid HNS 2012–2016. Källa: HNS personalberättelser 2012–2016.

OBSERVATION 5 Kostnaderna för hyrd arbetskraft har ökat och målet att öka den ordinarie personalens andel med en procent per år har inte uppnåtts under fullmäktigeperioden. Antalet vakanser för interna vikarier har inte rapporterats åren 2012–2016 och dessa vakanser verkar ha liten betydelse för minskningen av hyrd arbetskraft.

REKOMMENDATION 5 Revisionsnämnden konstaterar att personalplaneringsmetoderna för att minska användningen av hyrd arbetskraft inte har varit tillräckliga. Genomförandet av systemet med interna vikarier bör utvärderas och användningen av hyrd arbetskraft minskas. Antalet vakanser för interna vikarier bör följas på HNS-nivå.

5.5.2. Personalens arbetsförmåga och sjukfrånvaro

Ett av målen i HNS: strategi är att minska sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna genom flexibla arbetstidsarrangemang, årliga utvecklingssamtal och förbättrade karriärutvecklingsmöjligheter. Stödandet av personalens arbetsförmåga och arbetshälsa styrs av programmet för arbetshälsa för åren 2014-2017, den årliga verksamhetsplanen för arbetshälsa och arbetarskydd samt programmet för stödjande av arbetshälsan.

HNS följer regelbundet såväl sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna som olycksfallen i arbetet. HNS strävar efter att identifiera orsakerna och har upprättat planer i förebyggande syfte. Mål i fråga om antal har uppställts för sjukfrånvaro och olycksfall i arbetet, men inte för förtidspensioneringar. När det gäller sjukfrånvaron var målet högst 13,5 dagar per arbetstagare per år och för frånvaro kortare än tre dagar högst två dagar. I fråga om olycksfallen i arbetet var målet noll olycksfall.²⁵ Sjukfrånvaron uppgick år 2016 till i genomsnitt 13,7 dagar per arbetstagare, vilket är något mer (0,3 dagar) än år 2015. Sjukfrånvaron har åren 2015 och 2016 i genomsnitt varit lägre än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten (figur 7)

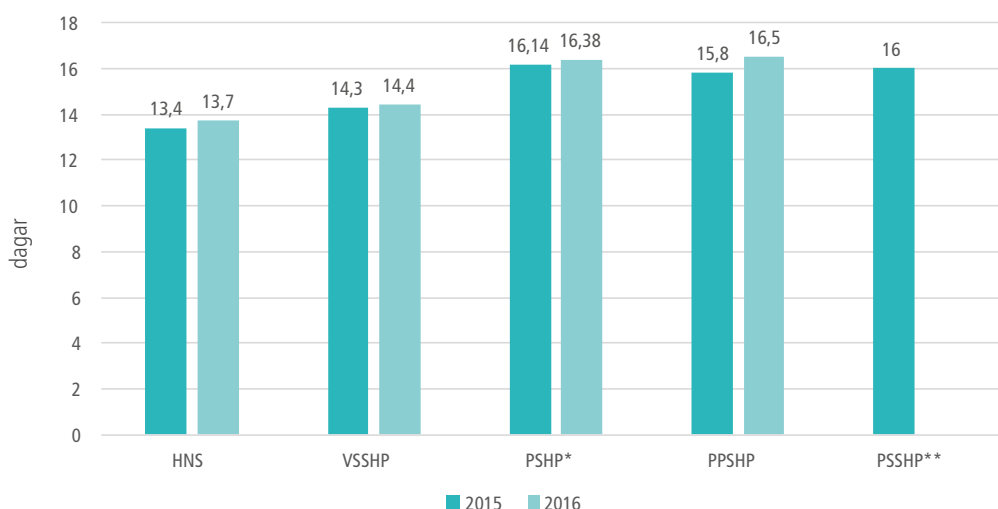
År 2016 förekom betydande skillnader i sjukfrånvarons omfattning mellan HNS:s resultatområden. Samförvaltningens resultatområde hade den lägsta sjukfrånvaron (5,0 dagar/arbetstagare) och affärsverket HNS-Desiko den högsta (21,2 dagar/arbetstagare). HNS Ravioli har lyckats minska sjukfrånvaron i betydande omfattning sedan år 2012. År 2012 var sjukfrånvaron vid Ravioli 21,8 dagar per

Vid HNS Ravioli har sjukfrånvaron minskat med nästan 10 dagar per arbetstagare åren 2012-2016.

arbetstagare, medan sjukfrånvaron år 2016 var 12,1 dagar per arbetstagare. Enligt Kevas Kaari-rapport för år 2016 är larmgränserna för HNS:s sjukfrånvaro höga (30 dagar och fem frånvarogångar per år) och genom att sänka gränserna skulle det vara möjligt att ingripa tidigare i risker med anknytning till arbetsförmåga.

I början av år 2017 införde HNS ett förfarande för ersätande arbete. År 2015 tillsattes en samordnare för arbetsförmågan och erfarenheterna av det arbete som samordnaren har utfört i fråga om stödjande av återkomsten till arbetet har varit goda.

Arbetsgivaren betalar en förtidspensionsbaserad avgift (förtidsavgift) när arbetstagaren för första gången beviljas invalid-, förtids- eller arbetslöshetspension eller rehabiliteringsstöd. HNS:s förtidsavgift uppgick år 2016 till 0,53 % av det totala lönebeloppet. Enligt Kevas Kaari-rapport har procentandelen av det totala lönebeloppet för HNS:s förtidsavgifter varit längre än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten (0,68-0,92 %). Olycksfallsavgifternas andel av lönebeloppet har däremot varit högre vid HNS (0,67 %) än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten (0,28-0,49 %). Uppgifterna är från år 2014.



Figur 7. Sjukfrånvarodagar i genomsnitt (dagar/arbetstagare) vid universitetssjukvårdsdistrikten 2015 och 2016. Källa: Bokslut och personalberättelser för åren 2015 och 2016 publicerade på universitetssjukvårdsdistriktens webbsidor, 31.3.2017. *dagar/vakans. **Inga uppgifter om 2016 är tillgängliga.

5.5.3. Problem med anknytning till inomhusmiljön

HNS:s byggnadsbestånd är delvis gammalt, i dåligt skick och lämpar sig inte för de nuvarande verksamhetsmodellerna, även om största delen av lokalerna är i vederbörligt skick. Trots att byggnaderna underhålls och repareras planmässigt upptäcktes ändå problem med anknytning till inomhusmiljön i nästan alla gamla sjukhusfastigheter år 2016 och problemen medförde tidvis betydande olägenheter för personalens hälsa och serviceproduktion.³

Problemen med anknytning till inomhusmiljön har försvårat tillgången till vård, medfört produktionsförluster och onödiga tilläggskostnader som eventuellt till och med har överskridit reparationskostnaderna. Inom företagshälsovården framträder problemet i form av ett ökat antal besök²⁶. År 2016 registrerades 960 besök på grund av problem med inomhusmiljön, då motsvarande antal året innan var 430. Antalet inkluderar hälsogranskings- och handledningsbesök hos både företagsläkaren och företagshälsovårdaren. Problemen har under år 2016 behandlats i medierna, vilket innebär att frågan också påverkar HNS:s konkurrenskraft och image.

Revisionsnämnden konstaterade i utvärderingsberättelsen för år 2014 att ingen bedömning har gjorts av de verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av problemen med anknytning till inomhusmiljön. I styrelsens utlåtande om utvärderingsberättelsen 2014 konstaterades det att ett utredningsarbete för att klarlägga de ekonomiska konsekvenserna av problemen med anknytning till inomhusmiljön inleddes våren 2015. Målet var att utreda underhållskostnaderna för de byggnader där problem med inomhusmiljön förekommer, hur många årsverken som går åt till att utreda och hantera problem med inomhusmiljön, hyreskostnaderna för evakueringslokaler, hur många lokaler som står tomma på grund av problem med inomhusmiljön och vilka kostnader detta medför samt omfattningen av den sjukfrånvaro som problemen med inomhusmiljön förorsakar och kostnaderna för denna sjukfrånvaro.

Revisionsnämnden anser inte att orsaken till problemen med inomhusmiljön som framförs i verksamhetsbe-

rättelsen är acceptabel. Enligt verksamhetsberättelsen har HNS inte till alla delar kunnat finansiera en nivå för reparationsinvesteringar som motsvarar HNS:s fastighetspolitik, vilket har ökat de verksamhetsrelaterade riskerna.³

Frågan är viktig också med tanke på den kommande landskapslösningen - HNS bör ha en korrekt uppfattning om de problem med inomhusmiljön som förekommer i fastigheterna samt problemen konsekvenser och kostnader.

OBSERVATION 6 HNS:s olycksfallsbetalningar är högre än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten och larmgränserna för sjukfrånvaro är höga. Ingen sammanfattning eller rapport om problemen med anknytning till inomhusmiljön är tillgänglig våren 2017. I verksamhetsberättelsen för år 2016 ingår en sammanfattning av problemen med anknytning till inomhusmiljön, men den omfattar inte alla mål som uppställts för den ovan nämnda utredningen.

REKOMMENDATION 6 Orsakerna till att olycksfallsbetalningarna till personalen är högre än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten bör analyseras och HNS bör sträva efter att minska andelen. Dessutom bör man utreda om lägre larmgränser för sjukfrånvaro vore mer ändamålsenliga med tanke på stödjandet av personalens arbetsförmåga. Revisionsnämnden uttrycker stark oro över problemen med anknytning till inomhusmiljön i HNS:s fastigheter och uppmanar styrelsen att sammanställa den tidigare utlovade helhetsutvärderingen om problemen.

5.6. Tjänsternas pris och ekonomiförvaltning

Nyckelmål 10:
Medlemskommunernas deflaterade betalningsandelar per invånare ökar inte jämfört med nivån år 2015
Mätare och målvärde
Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

10a. Medlemskommunernas sammanlagda deflaterade betalningsandel euro/invånare (deflatering med prisindex för offentliga utgifter).
Målvärde: ingen ökning jämfört med nivån år 2015 (eventuella förändringar med anknytning till arbetsfördelningen beaktas).

Målet uppnåddes. Betalningsandelen per invånare år 2016 var 930,90 € (2015: 944,50 €). **Medlemskommunernas betalningsandel minskade med 1,4 % jämfört med året innan.**


Nyckelmål 11: HNS placerar sig bland de tre mest förmånliga sjukvårdsdistrikten i en nationell jämförelse
Mätare och målvärde
Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

11a. Medlemskommunernas sammanlagda nettoutgifter för specialiserad sjukvård euro/invånare
Målvärde: Placering bland de tre mest förmånliga sjukvårdsdistrikten i en nationell jämförelse.

Målet uppnåddes. De senaste jämförelseuppgifterna är från år 2015. Enligt uppgifterna uppgick HNS:s nettoutgifter för specialiserad sjukvård till 1 101 €/invånare och HNS var det förmånligaste sjukvårdsdistriktet vad gäller icke behovsstandardiserade kostnader. I de övriga universitetssjukvårdsdistrikten varierade nettoutgifterna mellan 1 170 euro (PSHP) och 1 409 euro (KYS). Även HUCS:s specialupptagningsområde var det förmånligaste i jämförelsen (1 129 €) medan KYS var det dyraste (1 319 €). Om behovskoefficienten beaktas, försämras HNS:s placering i jämförelsen (3 370 €) (www.kommunforbundet.fi).


Nyckelmål 12: Produktiviteten förbättras
Mätare och målvärde
Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

12a. Somatik; Deflaterad DRG-poängkostnad (deflatering med prisindex för offentliga utgifter)
Målvärde: En förbättring av produktiviteten med 1,8 procent på samkommunnivå från år 2015.

Målet uppnåddes inte. Den deflaterade DRG-poängkostnaden för somatiken minskade med 0,5 %. Styrelsen: målet uppnåddes inte.



12b. Psykiatri; Deflaterad euro/vårdad patient.

Målet uppnåddes. Inom psykiatrin minskade kostnaderna med 11,1 %. Styrelsen: målet uppnåddes.

Nyckelmål 13: HNS:s priser är konkurrenskraftiga
Mätare och målvärde
Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

13a. Prisjämförelse av volymprodukter: prisutveckling för produkterna som ingår i universitetssjukvårdsdistriktens produktkorg
Målvärde: De deflaterade priserna sjunker eller förblir oförändrade jämfört med nivån år 2015. HNS:s pris är förmånligast för minst 25 % av produkterna som ingår i produktkorgen och priset är dyrast för högst 25 % av produkterna.

Målet uppnåddes inte. Produktkorgen innehåller 24 produkter. HNS har den högsta genomsnittliga faktureringen/produkt för 7 produkter (29 %) och den lägsta genomsnittliga faktureringen/produkt för 3 produkter (12,5 %). HNS:s faktureringspris avviker från prislistan i genomsnitt i 6,3 % av fallen, vid övriga universitetssjukvårdsdistrikt är skillnaden större (från 9,8 % till 22,9 %). (Källa: Jämförelse mellan universitetssjukhusens produktkorgar 2016 (30.3.2017). Revisorn fäste år 2016 uppmärksamhet vid fastställandet av priser och förverkligandet av självkostnadsprincipen samt variationerna i tillbehörskostnader mellan sjukvårdsområdena.



13b. Jämförelse av prislistan för valda produkter med andra jämförbara aktörer. **Målvärde:** Produktionskostnaderna som grundar sig på mellanprestationerna för valda nyckelprodukter minskar med minst 5 % jämfört med utfallet år 2015.

Målet uppnåddes inte. **Produktionskostnaderna minskade med 2,3 %.** Målet uppnåddes i Lojo sjukvårdsområde (-6,4 %) och Västra Nylands sjukvårdsområde (-15,9 %).


Nyckelmål 14: Separat prissättning av den elektiva verksamheten och jourverksamheten från och med 1.1.2017
Mätare och målvärde
Revisionsnämndens utvärdering av utfallet

14a. Prissättningen av den elektiva verksamheten vs. jourverksamheten (Jourenheterna har egna servicepriser, men separata jourpriser tillämpas inte på de övriga enheternas serviceprodukter. Operativa ingrepp, utbildningsundersökningar och laboratorieundersökningar har separata jourpriser, vilka påverkar kostnaderna för patientens vård och möjligen ger upphov till prestationsbaserad fakturering.) **Målvärde:** Separat prissättning för den elektiva verksamheten och jourverksamheten bereds så att den införs 1.1.2017.

Målet uppnåddes. **Separat prissättning infördes 1.1.2017.**



Produktivitet

HNS använder två mätare för att mäta verksamhetens produktivitet: pris per DRG-poäng, deflaterat och DRG-poäng per årsverke. På nationell nivå kan HNS:s produktivitet utvärderas och jämföras med de övriga universitetssjukvårdsdistrikten med mätare framtagna av THL: DRG- och episodproduktivitet.

På samkommunnivå uppnåddes inte målet om en produktivetsförbättring på 1,8 % från 2015 som uppställt för den somatiska vården. I fråga om psykiatri mätts produktiviteten i form av kostnader (deflaterade) per vårdad patient och år 2016 minskade kostnaderna med 11 %. Personarbetets produktivitet minskade med 0,9 % jämfört med år 2015.

I februari 2017 gav styrelsen på förslag av revisionsnämnden en utredning till fullmäktige om produktivetsutvecklingen vid HNS. Utredningen lyfter fram de mångsidiga problemen med anknytning till bedömningen av hälsovårdens produktivitet och effektivitet. Trots dessa problem bör HNS analysera produktivetsuppgifter och förändringar i dessa på ett djupare plan samt utnyttja uppgifterna i ledningen och utvecklingen av verksamheten. Detta förutsätter att uppgifterna analyseras och granskas på resultatnivå och av personer som är förtrogna med verksamhetens innehåll. Av de produktivetsutvecklingsåtgärder som nämns i styrelsens utredning understöder revisionsnämnden i synnerhet fortsatt utveckling av arbetsfördelningen mellan sjukhusen, rationalisering av jourarrangemangen samt förbättrad rörlighet och inriktning i fråga om personalens arbetsinsats.

Produktivetsstatistiken som THL producerar om sjukhusen är den enda officiella nationella statistiken. Det är fråga om uppgifter som grundar sig på de lagstadgade Hilmo-uppgifterna, om vars produktion THL har utfärdat anvisningar. De senaste tillgängliga produktivetsuppgifterna är från år 2015. Produktiviteten granskas med två olika mätmetoder för episodproduktivitet och DRG-produktivitet. HUCS:s produktivitet var 3 % lägre än vid universitetssjukhusen i genomsnitt mätt med båda mätarna. Produktiviteten för HUCS:s vårdverksamhet ökade med 1 % från år 2014 till år 2015.

Utifrån figur 8 nedan kan det konstateras att omfattningen av HUCS:s serviceproduktion mätt i viktade episoder ökade med 4 % från år 2014. Serviceproduktionen ökade också med cirka 3-4 % vid de övriga universitetssjukhusen, med undantag av Uleåborgs universitetssjukhus, där produktionen ökade med 6 %. I figur 8 presenteras också utvecklingen av kostnaderna för vårdverksamheten vid HUCS åren 2011-2015. De deflaterade kostnaderna ökade med 3 % från år 2014 och med 9 % under hela perioden. Kostnaderna ökade också vid de övriga universitetssjukhu-

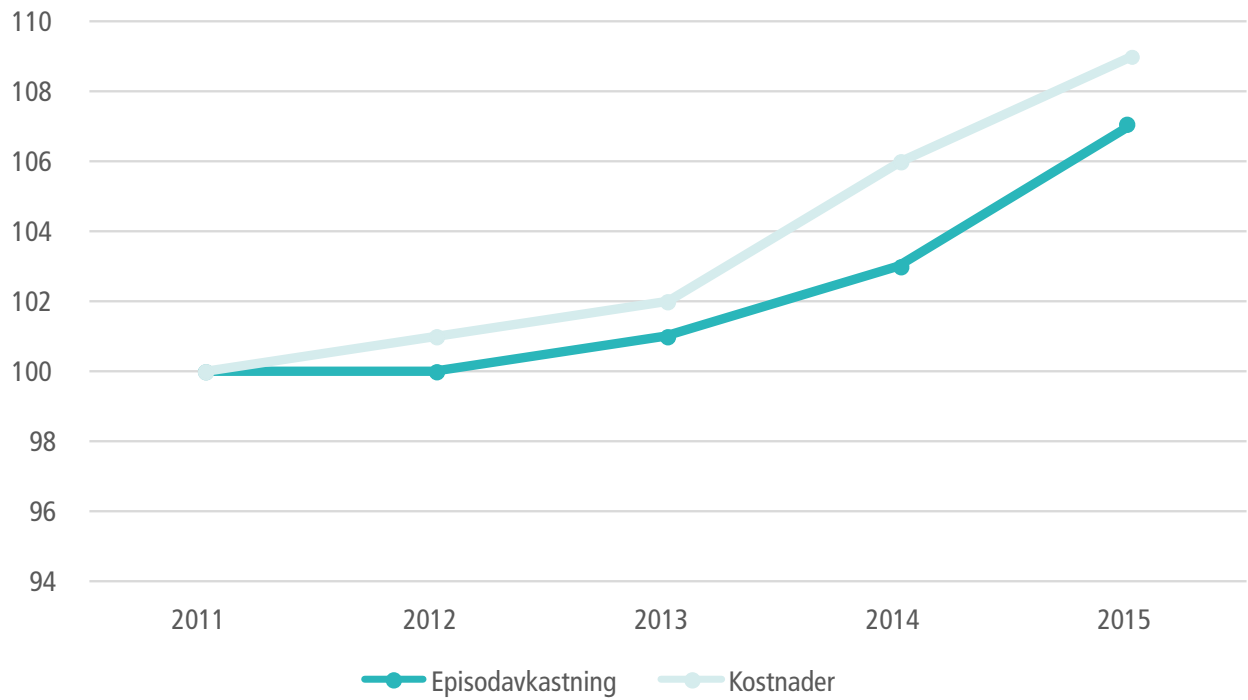
sen under perioden 2011-2015. I Tammerfors var ökningen 6 % (den mest moderata ökningen) och i Kuopio 14 % (störst tillväxt).

Behovet av somatisk specialiserad sjukvård granskat per landskap är i Nyland cirka 13 % lägre än i hela landet i genomsnitt. De behovsstandardiserade kostnaderna för somatisk specialiserad sjukvård överskrider det nationella genomsnittet med 2,5 % i Nyland. Produktiviteten i Nyland var cirka 5 % lägre än i landet i genomsnitt. Beräkningarna grundar sig på material från år 2015. Kostnaderna för somatisk specialiserad sjukvård skulle kunna minskas med 2 % om landskap med ett sämre resultat än det nationella genomsnittet kunde förbättra sin produktivitet till den nationella genomsnittsnivån. Samma besparing skulle uppnås om landskap som i sin serviceanvändning överskrider det nationella genomsnittet kunde använda tjänster på samma nivå som det nationella genomsnittet.²⁷

I och med den kommande social- och hälsovårdsreformen kommer de redovisningsskyldigas ansvar för verksamhetens produktivitet och resultat att framhävas (value for money): används de befintliga resurserna effektivt så att de producerar så stor hälsonytta som möjligt? Har man lärt sig något av den produktivetsdiskussion som olika aktörer har fört redan i många år. Vilken betydelse skulle det ha om ministeriet skulle äga och analysera DRG-uppgifterna (på samma sätt som i andra länder) eller om DRG-uppgifter skulle användas som grund för finansiering?

OBSERVATION 7 Styrelsens utredning av produktivetsutvecklingen visar att man har fäst vikt vid frågan och anser den vara viktig. Under fullmäktigeperioden 2013-2016 uppnådde HNS år 2015 produktivetsmålet som uppställt för den somatiska serviceproduktionen och produktivetsmålet som uppställt för psykiatri uppnåddes åren 2015 och 2016.

REKOMMENDATION 7 HNS ska för sin egen del säkerställa riktigheten hos de uppgifter som används i det nationella produktivetsmaterialet. Utöver placeringen i produktivetsstatistiken bör man fästa vikt vid den hälsonytta som de producerade tjänsterna medför. Det finns också skäl att utvärdera lönesystemets inverkan på produktiviteten och konkurrenskraften.



Figur 8. Utveckling av avkastning och kostnader vid HUCS 2011–2015 (index 2011=100). Källa: Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 6/2017. Sjukhusens produktivitet 2015.



6. Utvärderingsteman som ingick i revisionsnämndens arbetsprogram 2016

Revisionsnämnden har utvärderat inte bara de strategiska nyckelmålen, utan också de teman som ingick i revisionsnämndens arbetsprogram 2016; fullmäk-

tigeperiodens strategi, organisationsreformen vid HUCS:s sjukvårdsområde, HNS:s miljöarbete, utvecklingsverksamhet och -projekt samt HNS:s konkurrenskraft.

6.1. HNS:s strategi: En föregångare – Effektiv vård för patientens bästa

Revisionsnämnden utvärderade HNS:s strategi med hjälp av följande frågor: hur har de mål som uppställs i strategin styrts måluppställningen och rapporteringen i organisationen, vilka är svagheter och styrkorna i HNS:s strategi och hur borde HNS utveckla strategin och måluppställningen.

Som material för utvärderingen användes förutom strategin budgeten, bokslutet, revisionsberättelsen och personalberättelsen samt användningsplanerna för HUCS:s sjukvårdsområde. Dessutom hördes verkställande direktören. Utvärderingen genomfördes i samarbete med en utomstående expert. Strategin granskades utifrån fyra kriterier som beskriver egenskaperna hos en bra strategi. Kriterierna är styrning, kommunikation, uteslutning och flexibilitet.

Styrning innebär att strategin styr organisationens verksamhet och fungerar som grund för måluppställningen på lägre nivå samt att förverkligandet av strategin kan uppföljas. HNS:s strategi består av fyra målsättningar, fem förutsättningar för att uppnå dessa, 97 mål och fem värderingar. Strategins struktur gör den svårhanterlig. I regel är det så att ju större organisationen är, desto högre är nivån på vilken hela organisationens strategi är skriven, och de lägre organisationsnivåerna uppställer egna verksamhetsmässiga mål utifrån strategin. Vid HNS:s sjukvårds- och resultatområden är antalet mål i genomsnitt 15 och dessutom uppställer samkommunen varje år cirka 20 strategiska nyckelmål med stöd av strategin. Verksamheten styrs således varje år av cirka 250-300 mål (med undantag av affärsverken). Målen är delvis olika uttrycksformer för samma strategiska mål, men en stor del är också andra mål än de som nämns i strategin.

De mål som varje år uppställs i HNS:s budget följer inte strategins struktur. Åren 2013 och 2014 har målen grundat sig på en resultat-kortsliknande indelning i fem perspektiv (kund, processer, personal, ekonomi samt undervisning och

forskning), medan målen åren 2015 och 2016 har grundat sig på olika tematiska uppställningar som inte följer någon tidigare uppställning. Strategin liknar en kvalitetshandbok och påminner om ett handlingsprogram. Den är också detaljerad och omfattande, vilket är både en styrka och en svaghet.

Det är typiskt för måluppställningen i HNS:s strategi att målet eller målnivån inte beskrivs i någon större detalj. Däremot redogörs det för hurdana processer som ska användas för att följa upp förverkligandet av målet, till exempel "Vårdresultatens kvalitetsjämförelse - För att förbättra undersökningen och vården av patienterna utvärderas vårdens resultat systematiskt och resultaten jämförs i förhållande till andra sjukhus både i Finland och internationellt."

En annan utmaning i fråga om uppställningen av mål är avsaknaden av målhierarki, vilket innebär att

- strategin innehåller mål, åtgärder och uppföljningsmetoder på många olika nivåer. En del av målen är närmast en beskrivning av uppföljningsmodellen och andra är åtgärder.
- mätare och uppföljning saknas för strateginivån
- förhållandet mellan måluppställningen på lägre nivå (enhetsnivå) och strategin är oklart
- de strategiska projekten och de centrala strategiska åtgärderna har inte definierats tydligt eller så blandas de ihop med målen.

De ovan nämnda problemen gör det utmanande att bygga upp ett ledningssystem där den fastställda strategin fungerar som stomme och högsta rättesnöre. Problemen försvårar också uppföljningen och det är i regel inte ens meningsfullt att följa upp och mäta de 97 målen. Genom-

förändret av strategin har inte följts separat vid HNS, utan uppföljningen omfattar de mål som varje år uppställs i budgeten. Det är inte möjligt att utifrån det material som använts i utvärderingen fastställa i vilken omfattning strategin har förverkligats.

Målen som fastställs i budgeten och mätarna för dessa mål har förändrats varje år. Till exempel är kvaliteten, säkerheten och effektiviteten hos patientens vård varje år ett av nyckelmålen, men målluppställningen med anknytning till dessa varierar åren 2014, 2015 och 2016. Det framgår varje år av bokslutet hur målet har uppnåtts enligt mätaren, men det är inte möjligt att göra en jämförelse med tidigare år. I uppföljningen av strategin är det emellertid just trender som är väsentliga, inte mätresultatet för ett enskilt år.

Kommunikation betyder att strategin effektivt och begripligt kan kommuniceras till hela personalen och att var och en utifrån kommunikationen kan förstå vad strategin betyder för det egna arbetet. En strategi som kan kommuniceras på ett bra sätt är i regel också inspirerande och tilltalande, vilket innebär att kärnbudskapen i strategin är lätta att komma ihåg och ta till sig. En av de grundläggande utmaningarna med HNS:s strategi i fråga om kommunikationen är återigen antalet mål och målen karaktär.

Uteslutande innebär att strategin gör tydliga val och att det med stöd av strategin är lätt att konstatera inte bara vad som bör göras, utan också vad som enligt strategin inte bör göras. I HNS:s strategi har ett tydligt strategiskt val att göra med målsättningen "Ett mer utvecklat partnerskap med primärvården". Det är bra att observera att målsättningen inte på samma sätt var betydelsefull år 2011, även om den i ljuset av dagens social- och hälsovårdsreform verkar självklar. I HNS:s förra strategi betonades snarare den specialiserade sjukvårdens separata karaktär.

En **flexibel** strategi kan i tillräcklig utsträckning anpassas till förändringar i verksamhetsmiljön och leva enligt verksamhetsmiljön. Då inkluderar strategin fortlöpande

granskning och utvärdering samt nödvändiga nya tolkningar. Den strategiska målluppställningen ska vara på tillräckligt hög nivå så att förändringar i verksamhetsmiljön kan beaktas i den operativa målluppställningen.

Även om målluppställningen i HNS:s strategi delvis är mycket detaljerad och definierar enskilda åtgärder, har strategin som helhet haft en bra motståndskraft mot till och med stora förändringar under strategiperioden (eller planer med anknytning till stora förändringar). Detta beror till viss del på att strategin liknar en kvalitetshandbok. Till exempel transparent finansiering, lagenlig verksamhet och trygghet av likviditeten är säkert alltid relevanta mål.

OBSERVATION 8 Strategin innehåller många mål på olika nivåer (97), av vilka en del är beskrivande och en del är konkreta åtgärder. Målen som härleds från strategin och mätarna för målen har förändrats nästan varje år under fullmäktigeperioden. Genomförandet av strategin har inte utvärderats under fullmäktigeperioden.

REKOMMENDATION 8 Definitionen av strategiska nyckelmål och uppföljningen av hur nyckelmålen uppnås måste vara konsekvent och möjliggöra en utvärdering av genomförandet av strategin. Strategins centrala innehåll ska kommuniceras till personalen, kunderna och intressentgrupperna på ett begripligt sätt.

6.2. Organisationsreformen vid HUCS:s sjukvårdsområde

En av de viktigaste förändringarna under fullmäktigeperioden var reformen av organisationsstrukturen för HUCS:s sjukvårdsområde åren 2013-2015 så att serviceproduktionen inom sjukvården organiserades i kliniska resultatenheter i stället för specialiserings-specifika kliniker. Inom ramarna för reformen bildades tolv mindre resultatenheter (kompetenscentrum) av HUCS:s fyra kliniska resultatenheter genom att samla kompetens inom flera specialiseringar i en resultatenhet. Målet var bland annat att förbättra kostnadseffektiviteten, konkurrenskraften, kvaliteten och patientsäkerheten samt trygga spetskompetensen.²⁸ Från och med 1.1.2017 är också HNS-Bilddiagnostik och HUS-LAB kliniska resultatenheter vid HUCS.

Revisionsnämnden utredde hur målen som uppställts för organisationsreformen har uppnåtts hittills. Materialet var bokslutet och verksamhetsberättelsen, resultaten av arbetslivsbarometern åren 2012-2016 samt resultaten av enkäten riktad till ledningen för HUCS-sjukvårdsområdet. Dessutom intervjuade nämnden den ledande överläkaren vid HUCS.

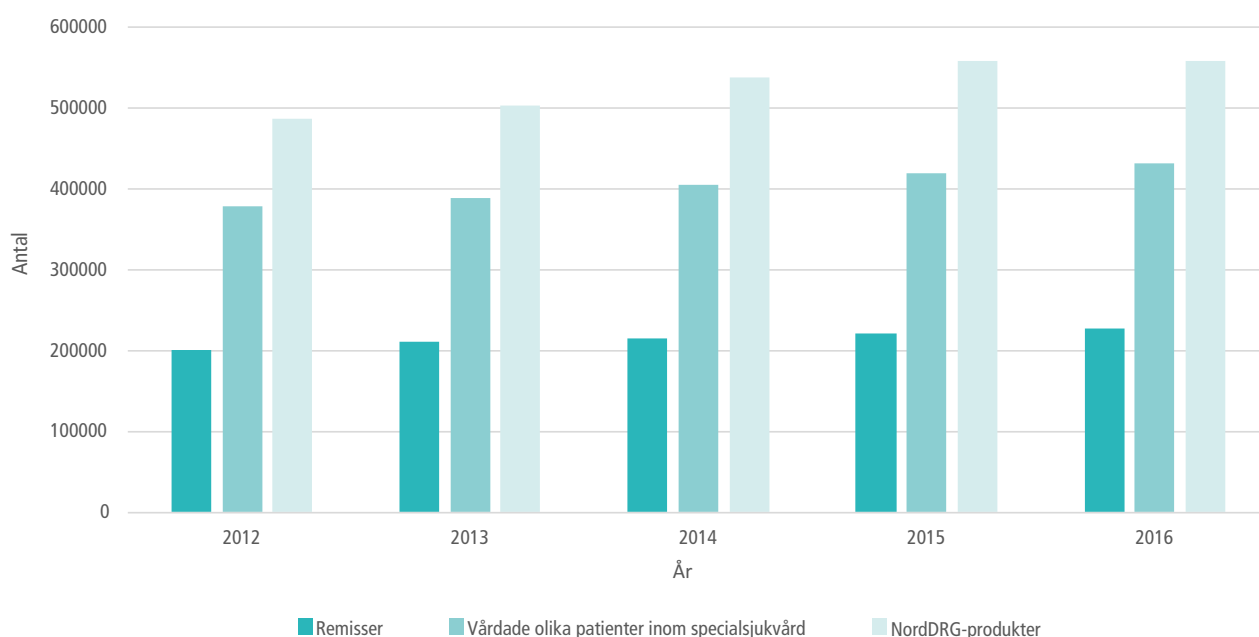
Utvecklingen av serviceproduktionen

Från år 2012 till år 2016 ökade serviceproduktionen vid HUCS vad gäller såväl elektiva remisser (+13,4 %) och patientmängd (+14,2 %) som NordDRG-produkter (+15,1 %)

(figur 9). Tillgången till vård har försämrats jämfört med år 2012 när man granskar antalet personer som i slutet av året hade väntat på vård i över ett halvt år. I slutet av år 2016 hade 889 patienter väntat på avdelningsvård i över sex månader, då motsvarande antal i slutet av år 2012 var 383. I slutet av år 2016 var antalet patienter som hade väntat i över sex månader störst vid Huvud- och halscentrum (656), Muskuloskeletal och plastikkirurgi (90) och Gastrocentrum (80).²⁹

Enligt bokslutsuppgifterna för HNS har den externa försäljningen (försäljning till andra än HNS:s medlemskommuner) av HUCS:s tjänster ökat med 81,6 miljoner euro sedan år 2012 (2016: 289,4 milj. €). Nettofaktureringen för patienter som fritt har valt vårdställe var dock negativ år 2016 (-1,37 milj. €). Det var alltså fler patienter som sökte sig från HUCS-sjukvårdsområdet till andra vårdställen än från andra vårdställen till HUCS (kapitel 6.5).

Produktiviteten för den specialiserade sjukvården följs allmänt med hjälp av DRG-poäng i förhållande till årsverken samt DRG-poängkostnad (€/DRG-poäng). Ju högre antal DRG-poäng per årsverke och ju lägre DRG-poängkostnad, desto bättre produktivitet. Målen som uppställts för HUCS-sjukvårdsområdets produktivitet i budgeten har inte uppnåtts åren 2013-2016 och ingen stor förändring har skett i någon av parametrarna i fråga om den somatiska serviceproduktionen mellan åren 2012 och 2016, vilket



Figur 9. HUCS-sjukvårdsområdets serviceproduktion 2012–2016. Källa: HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2012-2016.

figur 10 visar. Produktiviteten för psykiatrin mäts i kostnader per vårdad patient. År 2016 var kostnaderna 5 388 euro och kostnaderna har minskat med 830 euro sedan år 2012. Psykiatrins produktivitet har således förbättrats jämfört med år 2012.

Resultatenheten Operationssalar, intensivvård och smärtbehandling (ATeK) finns inte med i den ovanstående figuren, eftersom DRG-mätarna inte lämpar sig för att följa resultatenhetens produktivitet. ATeK:s produktivitet kan i stället granskas till exempel utifrån antalet operativa ingrepp. År 2016 gjordes 70 233 operationer vid HUCS, av vilka cirka 37 % var dagkirurgiska ingrepp. Antalet operationer har minskat något sedan år 2012 (ca 3 %) och andelen dagkirurgiska ingrepp har hållits på i stort sett samma nivå.³⁰

Personalens tillfredsställelse

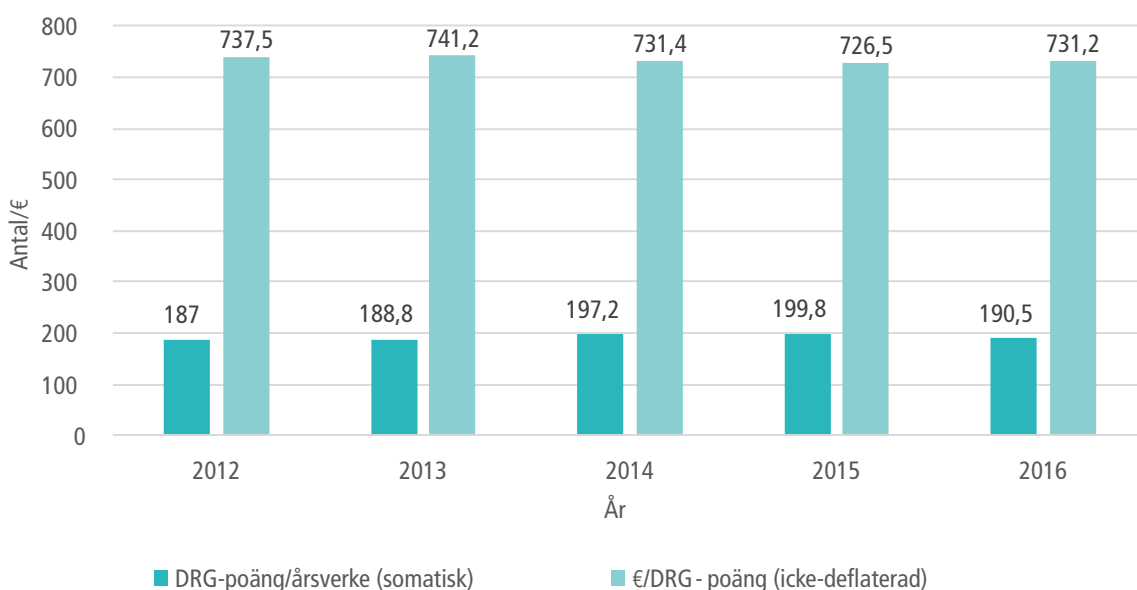
Personalens tillfredsställelse med sitt arbete och ledarskapet utvärderas varje år med enkäten arbetslivsbarometern (skala 1-5). Tillfredsställelsen i arbetet bland HUCS:s personal fick år 2016 betyget 3,97 och resultatet har hållits på samma nivå jämfört med år 2012 (4,04). Ingen betydande förändring har heller skett i resultaten som gäller ledarskapet och chefsarbetet åren 2013-2016, men HUCS-personalens vilja att rekommendera HNS som arbetsgivare har

minskat sedan år 2012. År 2016 var andelen personer som skulle rekommendera HNS 81 % (n=7712) (2012: 85 %, n=7334) och andelen varierade avsevärt mellan HUCS:s resultatenheter. År 2016 var andelen som skulle rekommendera HNS störst vid Cancercentrum (91 %) och lägst vid resultatenheten Kvinnosjukdomar och förlossningar (67 %).³¹

HUCS-ledningens bedömning av reformen

Revisionsnämnden riktade en enkät om organisationsreformens konsekvenser till verksamhetscheferna, linjecheferna och översköterna vid HUCS (n=110). I enkäten ombads de bedöma hur organisationsreformen har påverkat mängden administrativa uppgifter, patientens vårdprocesser, resultatenhetens kostnadseffektivitet, konkurrenskraften, undervisningens och forskningens ställning, arbetsmiljön och personalens kompetensutveckling. Dessutom ställdes öppna frågor om fördelar och problem med den nya organisationsstrukturen. Enkäten besvarades av 46 personer (svarsprocent 42). På grund av den låga svarsprocenten är resultaten riktgivande. I tolkningen av resultaten ska man dessutom beakta att målgruppen för enkäten var HUCS:s ledning, inte arbetstagarna.

De som besvarade enkäten lyfte fram både positiva och negativa konsekvenser av reformen. Resultaten var



Figur 10. HUCS-sjukvårdsområdets produktivitet 2012–2016. Källa: HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2012–2016.

motstridiga och delvis motsatta. Hälften av de som svarade (23 personer) ansåg att reformens mål om en tydligare organisation som är lättare att leda som en helhet inte har uppnåtts. Deltagarna upplevde också att de administrativa uppgifterna hade ökat (29 personer). Hälften av de som svarade (23 personer) uppgav att patienternas vårdprocesser har blivit smidigare och cirka hälften (22 personer) att konkurrenskraften har förbättrats. Resultaten presenteras i sin helhet i bilaga 1.

I svaren på de öppna frågorna nämndes som positiva effekter med reformen bland annat bättre möjligheter att utveckla vårdprocesserna, tätare samarbete inom resultatenheten, effektivare resursanvändning och förbättrad verksamhetsstyrning. Forskningens och undervisningens ställning bedömdes ha stärkts till exempel tack vare starkare profilering och förbättrade personalresurser.

Som en negativ konsekvens av reformen lyfte de som svarade fram gränserna mellan resultatenheterna, deloptimering och uppkomsten av nya skiljemurar. Ett större antal resultatenheter har betytt bl.a. ett ökat antal förhandlingspartner, vilket påverkar till exempel användningen av operationssalskapacitet. Enligt de som svarade har det blivit svårare att använda personalresurser effektivt bland annat i fall där läkarna och vårdpersonalen tillhör olika organisationer. Vid poliklinikerna har detta försvårat verksamhetsutvecklingen. Det framgick av svaren att ledandet och organisationsmodellen inte stöder vårdprocesserna om de har spjälkats mellan flera sektorer och är underställda flera chefer. Vissa av de som svarade ansåg att organisationsreformen är kosmetisk och att verksamheten fortsättningsvis grundar sig på den gamla klinikbaserade organisationen och dess tillvägagångssätt. Forskningens och undervisningens ställning bedömdes ha försämrats och resurserna bedömdes allokteras på ett oändamålsenligt sätt.

I enkäten utreddes dessutom med hjälp av öppna frågor HUCS-ledningens syn på hur budgeten och användningsplanerna styr resultatenheternas verksamhet. En del av de som svarade menade att styrningseffekten är god och att de ekonomiska och verksamhetsmässiga målen har rätt proportioner. I fråga om negativa aspekter framfördes det att tidtabellen för upprättandet av budgeten inte stöder verksamheten. Resultatmålen ansågs stå i konflikt med de verksamhetsmässiga målen och belöningarna och sanktionerna med anknytning till uppnåendet av målen betraktades som inkonsekventa. Resurshandlingen på HUCS-nivå ansågs vara bristfällig, vilket hade anknytning till bl.a. att variationer i patient- och produktionsmängder inte beaktas mellan enheterna. Budgeten ansågs inte stöda verksamhetsutvecklingen och inte heller den informationsstyrda ledningen.

OBSERVATION 9 Målen med organisationsreformen i HUCS-sjukvårdsområdet har uppställts på en allmän nivå, vilket gör det svårt att utvärdera hur målen uppnås. HUCS-sjukvårdsområdets produktivitet har förbättrats något sedan år 2012, men det går inte att säga om den positiva utvecklingen beror på organisationsreformen eller andra faktorer. Organisationsreformens konsekvenser har inte bedömts på ett heltäckande sätt i bokslutsdokumenten och inte separat utvärdering av reformens genomslagskraft har heller gjorts. HUCS-personalens vilja att rekommendera sin arbetsgivare har minskat sedan år 2012. I revisionsnämndens enkät fick organisationsreformen både positiv och negativ respons av HUCS:s ledning.

REKOMMENDATION 9 De motstridiga synpunkterna om genomförandet av organisationsreformen som HUCS:s ledning framförde i revisionsnämndens enkät är en orsak att utreda reformens konsekvenser i förhållande till de uppställda målen. HUCS bör fästa särskild vikt vid arbetsgivarimagen och ledandet, eftersom personalens vilja att rekommendera HNS som arbetsgivare har minskat.

6.3. HNS:s miljöarbete

Klimatförändringen och hållbarhetskrisen i miljön förutsätter minskad konsumtion samt effektiv användning av material och energi. Viktiga metoder är en ökning av andelen förnybar energi samt minskning och nyttoanvändning av avfall. Inom hälsovården har miljökonsekvenserna dessutom anknytning till vattenförbrukning, byggnader och anskaffningar. Genom att förenhetliga tillvägagångssätten och öka personalens miljömedvetenhet kan man minska miljökonsekvenserna, vilket i regel också leder till en kostnadseffektivare verksamhet.

Ett av Finlands miljöpolitiska mål är att minska utsläppen av växthusgaser med 80 % före år 2050. Målen styrs av de nationella förbindelserna³² med anknytning till minskningen av växthusgaser, vilka har verkställts med klimatlagen (609/2015). Miljökonsekvenserna som offentliga samfund ger upphov till regleras också av flera andra författningar, av vilka de viktigaste är miljöskyddslagen (527/2014), avfallslagstiftningen (646/2011) och de kommunala avfallshanteringsbestämmelserna.

Revisionsnämnden utredde hur HNS rapporterar om miljökonsekvenser jämfört med de övriga universitetssjukvårdsdistrikten i Finland och Karolinska sjukhuset i Sverige. Dessutom utreddes det hur HNS uppnådde de miljömål som uppställts för år 2016 samt hur förbrukningen av energi och engångsprodukter har utvecklats åren 2012-2016. Utvärderingsmaterialet bestod av handlingar med anknytning till HNS:s miljöpolitik och miljöförbindelser, statistikuppgifter samt bokslut och miljöberättelser från övriga sjukvårdsdistrikt för år 2015. Dessutom intervjuades en företrädare för miljöcentralen och HNS:s fastighetsdirektör.

Utvärderingen omfattade ingen laglighetsgranskning. Revisionsnämnden tar således inte ställning till om HNS:s interna anvisningar om miljöfrågor överensstämmer med kraven i miljölagstiftningen.

HNS:s miljöarbete är målinriktat och välorganiserat

HNS:s styrelse godkände år 2016 HNS:s miljöpolicy och miljöprogram för åren 2016–2020³³ samt en plan för verkställande³⁴, där de långsiktiga målen för miljöarbetet och de årliga etappmålen definieras. HNS har som mål att bli en föregångare inom miljöfrågor i hälsovårdsbranschen. De viktigaste målsättningarna är att utveckla personalens miljömedvetenhet och miljöledandet, minska miljöolägenheterna samt inkludera resurssmårhet som en del av all verksamhet.³⁵ Miljöpolicyn har upprättats i enlighet med miljö kvalitetsstandard ISO 14001. HNS-Miljöcentral, som

Miljöcentralen har ett omfattande nätverk som förverkligar målen för miljöarbetet. HNS har 850 utbildade miljöansvariga.

lyder under HNS-Lokalcentral, ansvarar för miljöfrågor. År 2016 hade enheten 3-4 heltidsanställda.

Universitetssjukvårdsdistrikten har uppställt mål med anknytning till miljöfrågor och rapporterar i varierande utsträckning om miljökonsekvenser, vilket innebär att det är svårt att jämföra miljökonsekvenser. Jämförbarheten försämras också av att sjukvårdsdistrikten är olika stora och avfallshanteringen organiseras kommunspecifikt.³⁶ Tabell 6 innehåller en sammanfattning de mätare som används för att följa miljökonsekvenser vid universitetssjukvårdsdistrikten och Karolinska sjukhuset.

Sammanlagt 25 mätare har fastställts för målen i HNS:s miljöprogram. Åtta av mätarna gäller år 2016. I planen för verkställande av miljöprogrammet har årliga etappmål uppställts för nyttoanvändning av material och minskning av avfallsmängder. Dessutom har HNS i energieffektivitetsavtalet för kommunerna förbundit sig till att öka energieffektiviteten.³⁷ Revisionsnämndens utvärdering var inriktad på utfallet år 2016 av de mål som uppställts i miljöprogrammet och planen för verkställande av miljöprogrammet (tabell 7).

Förbrukning av el och värme samt engångsprodukter

I budgeten för år 2016 uppskattades elförbrukningen öka med 1,7 % och förbrukningen av värmeenergi med 1,5 % jämfört med år 2015. Den totala elförbrukningen minskade med cirka 4 % och värmeförbrukningen ökade med cirka 7 %. Åren 2011–2016 har elförbrukningen per kubikmeter hållits på ungefär samma nivå och förbrukningen av värmeenergi har minskat med cirka 17 % trots att verksamhetsvolymen har ökat.³⁸ (Figur 11.) Andelen förnybar energi rapporterades inte för år 2016.

Förbrukningen av engångsprodukter har varit relativt oförändrad åren 2012-2015 (figur 12). Förbrukningen av kopieringspapper minskade från år 2012 till år 2013, men har därefter hållits på samma nivå (2015: ca 5,6 ris/årsverke). Uppgifter om förbrukningen av engångsprodukter är inte tillgängliga för år 2016.

Vid HNS kan man också hitta bra exempel på minskningen av engångsartiklar. Tornsjukhuset i Mejlans planeerade tillsammans med Uudenmaan sairaalapesu Oy lätt utbytbara mellangardiner till patientrummen och Västra ögonsjukhuset har varit med och utvecklat en tvättbar operationssalsrock med mångsidiga användningsändamål. Förbättrad energieffektivitet har främjats bland annat genom att ta i bruk solfångare på taket vid tornsjukhuset i Mejlans och utnyttja geenergi i kylningen av sjukhuset.⁴⁰

Man kan också lära sig mer om minskning av miljökonsekvenser utifrån erfarenheterna vid andra sjukvårdsdistrikt. Till exempel vid Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt minskade förbrukningen av kontorspapper avsevärt när man slutade att rutinmässigt skicka vårdresponser till klienterna och började styra klienterna att i första hand använda tjänsterna på Mina Kanta-sidor.³⁹ Karolinska sjukhuset har för sin del sparat både pengar, miljön och de anställdas arbetstid genom att öka antalet elektroniska möten.⁴⁰

OBSERVATION 10 Kommunikationen om miljöfrågor koncentrerades år 2016 till införandet av ett nytt datasystem och den övriga kommunikationen var knapphändig. Inga numerära mål har uppställts för energiförbrukningen. Det är svårt att följa förbrukningen av engångsprodukter på enhetsnivå, eftersom ingen färdig rapport är tillgänglig. Det är möjligt att utveckla mätarna för miljöarbetet så att de bättre beskriver verksamhetens miljökonsekvenser, vilket man har gjort till exempel vid Karolinska sjukhuset. Ingen nätbaserad utbildning är tillgänglig för miljöfrågor.

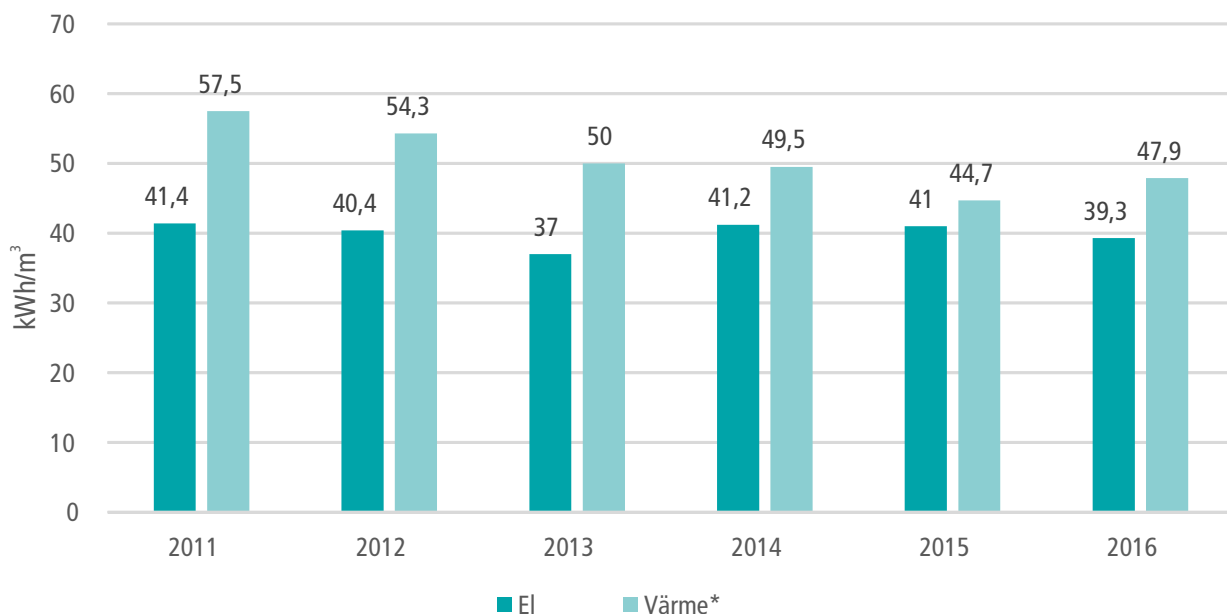
REKOMMENDATION 10 En rapport som gör det möjligt att följa förbrukningen av engångsprodukter på enhetsnivå bör produceras i HNS-ToTal-systemet. HNS ska utreda möjligheterna att minska förbrukningen av kontorspapper genom att i högre grad utnyttja elektroniska tjänster. Numerära mål för förbrukningen av energi och engångsprodukter ska uppställas. Miljökonsekvenserna ska ställas i proportion till exempelvis vårdperioder eller antalet patienter och arbetstagare. Miljöutbildning ska tillhandahållas även som nätbaserad utbildning och personalens miljömedvetenhet ska ökas genom effektivare kommunikation.

HNS Källa: Miljöberättelse 2015, Bokslut och verksamhetsberättelse 2016.	El och värme (MWh, kWh/m ³), naturgas (Nm ³), vattenförbrukning (m ³ , dm ³ /m ³), avfallsmängder, nyttoanvändning av avfall (%), engångsprodukter och kopieringspapper (€, st.), totalenergi, CO ₂ -utsläpp, PVC-handskar.
VSSHP Källa: Verksamhetsberättelse 2015	El och värme (MWh), vattenförbrukning (m ³), avfallsmängd och nyttoanvändning av avfall (%), miljökostnader (€).
PSHP Källa: Program för ansvarsfullhet	Beaktande av miljöfrågor i anbudsförandet (%), energieffektivitet (kWh/rm ²), CO ₂ -utsläpp från användning av totalenergi (ton/vårdperiod), deltagare i miljöutbildning (personer), avfallssorteringens funktion (%), vattenförbrukning (l/vårdperiod), analys av avloppsvatten, miljöindex.
PPSHP Källa: Verksamhetsberättelse 2015	El- och värmeförbrukning (kWh/brm ²), avfallsmängd, andel återvinningsbart och brännbart avfall, nyttoanvändning av samhällsavfall (%).
PSSHP Källa: Miljöberättelse 2015	El- och värmeförbrukning (kWh/vårdperiod och m ²), avfallsmängd/vårdperiod och avfalls slag, utnyttjandegrad för avfall (%), valda engångsprodukter och kontorspapper/vårdperiod och arbetstagare, vattenförbrukning (m ³ /dygn), avloppsvattenutsläpp, bränsleförbrukning, sjukhusgaser, byggnadernas energieffektivitet/byggnadsm ³ (ET-värde), miljöskador, utomstående utredningar.
Karolinska sjukhuset (Sverige) Källa: Miljöredovisning 2015	Användningsmängden för vissa läkemedel (cefalosporiner, fluorokinoloner, diklofenak, felodipin), mängden kemikalier (kg/l) samt PCV- och engångsprodukter (antal/vårdperiod), avfallssorteringens andel, specificerade CO ₂ -utsläpp (bl.a. sjukhusgaser, resor, måltider, värme), energiförbrukning (kWh/m ²), andel förnybar energi, andel ekologiska produkter, andel personal som fått miljöutbildning (%).

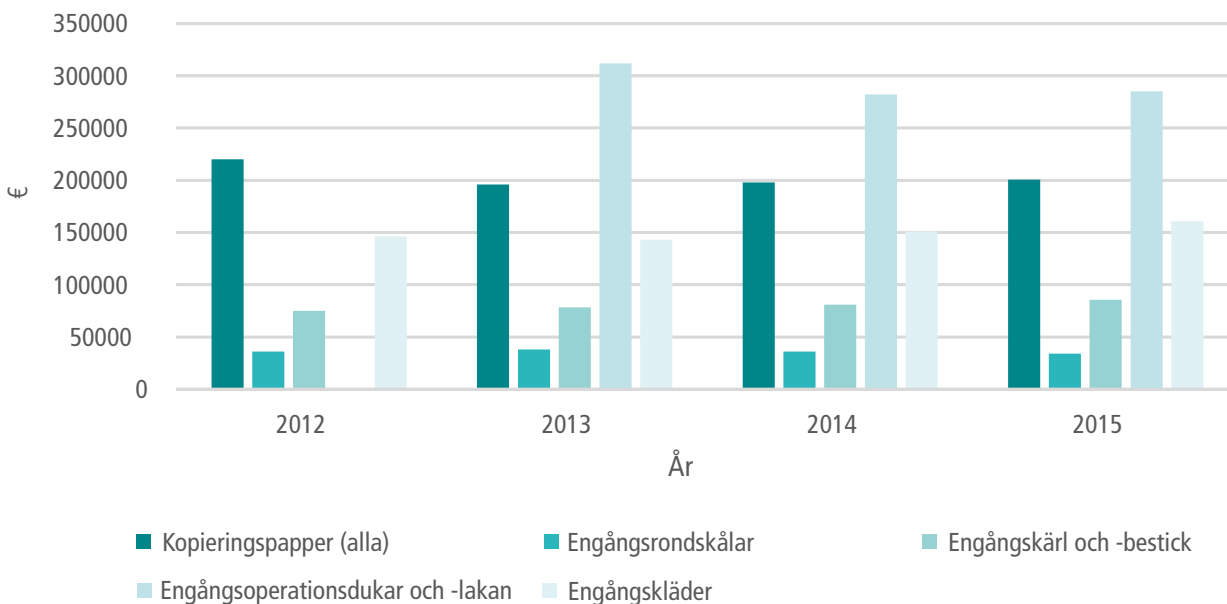
Tabell 6. Mätare för miljökonsekvenser vid universitetssjukvårdsdistrikten och Karolinska sjukhuset.

HNS:s miljömål för år 2016		
Miljöprogram 2016–2020	Revisionsnämndens utvärdering av utfallet av målen	
Minst 5 % av de miljöansvariga deltar varje år i repetitionsutbildning.	73 personer deltog i repetitionsutbildningar (9 % av de miljöansvariga).	●
Alla HNS-anställda informeras om miljöfrågor minst 10 gånger per år från och med år 2016.	Miljöposten utkom tre gånger. Information om miljöprogrammet ingick i Husari (3/2016) en gång och 18 meddelanden med anknytning till miljöfrågor publicerades på HNS:s intranät. Ett miljöseminarium och flera miljöforum ordnades. Kommunikationen var koncentrerad till HUSKEY-systemet och den nya avfallsanvisningen.	●
Miljöfrågor är synliga i den externa kommunikationen två gånger under året.	Miljöberättelsen för 2015 publicerades. Miljöfrågor behandlades också i HNS:s årsberättelse 2015 och på webbsidorna HNS.fi.	●
En ny applikation och nya förfaranden för uppföljning, rapportering och fakturering av avfallsslag och avfallsmängder tas i bruk före slutet av år 2016.	HUSKEY-systemet togs i bruk och personalen utbildades vid alla HNS-sjukhus.	●
Från och med år 2016 minskas möbelsvinnet i samband med flyttar genom att i nya byggnader skaffa kontorsmöbler som är en bestående del av fastigheten.	Principen har införts i miljöprogrammet. Det är inte möjligt att utvärdera genomförandet, eftersom frågan inte följs upp på HNS-nivå.	●
HNS har ingått ett nytt kommunalt energieffektivitetsavtal före slutet av år 2016.	HNS undertecknade avtalet i december 2016.	●
Miljösynvinkeln inkluderas i den upphandlingsstrategi som HNS upprättar år 2016.	Miljösynvinkeln har inkluderats i upphandlingsstrategin.	●
En anvisning om beaktande av miljöfrågor i samband med HNS:s byggnadsinvesteringar publiceras år 2016.	Anvisningen publicerades 8.12.2016.	●
Planen för genomförande av miljöprogrammet, etappmål för år 2016		
<ul style="list-style-type: none"> ● Nyttoutnyttning av material från samhällsavfall: 50 % ● Mängden blandavfall jämfört med år 2015: -3 % ● Mängden bioavfall jämfört med år 2015: -2 % ● Mängden pappersavfall jämfört med år 2015: -3 % 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nyttoutnyttningsprocenten för material var 47 % ● Mängden blandavfall minskade med 2 % ● Mängden bioavfall ökade med 1 % ● Mängden pappersavfall (returpapper) minskade med 5,1 % <p>År 2016 var den totala avfallsmängden cirka 8,1 miljoner kilogram, vilket är cirka fem procent mer än året innan.</p>	●
Kommunernas energieffektivitetsavtal 2008–2016 Mål: 25,1 MWh/a kalkylmässig energibesparing före slutet av år 2016.	År 2015 uppnåddes 20,8 GWh/a av detta mål. Besparingen år 2016 rapporteras i april 2017.	●

Tabell 7. Målen för HNS:s miljöarbete år 2016 och revisionsnämndens bedömning av utfallet.



Figur 11. El- och värmeförbrukningen vid HNS 2011–2016 (kWh/m³). Källa: HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2011–2016. *Siffrorna har inte graddagskorrigerats.



Figur 12. Förbrukning av kopieringspapper och engångsprodukter 2012–2015 (€). Källa: HNS Bokslut och verksamhetsberättelse samt miljöberättelserna 2012–2015.

6.4. Utvecklingsverksamhet och utvecklingsprojekt

HNS:s utvecklingsverksamhet samordnas av utvecklingsenheten, som lyder under chefsöverläkaren och ansvarar för HNS:s gemensamma utvecklingsprojekt, samordningen av utvecklingsprojekt med anknytning till verksamheten samt produktionen av analyser av förändringar i verksamhetsmiljön.²³ År 2016 uppgick enhetens realiserade resurser till 7,65 årsverken och 300 000€. ⁴¹ I budgeten för år 2016 reserverades 1 milj. € för HNS:s utvecklingsverksamhet (cirka 800 000 €

realiserades) och 697 000 € för strategiska utvecklingsprojekt (400 000 € realiserades).^{42, 3} Utvecklingsenhetens verksamhet styrs av den årliga verksamhetsplanen, men ingen långsiktig plan för utvecklingsverksamheten har upprättats.

Revisionsnämnden utvärderade utfallet av målen som uppställt för utvecklingsverksamheten i budgeten för år 2016 (tabell 8). Dessutom utvärderades genom stickprov slutrapporterna för verksamhetsutvecklingsprojekten från år 2015.

Mål och mätare för utvecklingsverksamheten 2016	Revisionsnämndens utvärdering av utfallet av målen	
Magnetsjukhus <ul style="list-style-type: none"> Upprättande av en separat projektplan Delaktigt ledarskap: införande av visuella tavlor Fulbright Specialist-ledarskapsutbildningen för ledare inom vårdarbete (Källa: verksamhetsplanen för vårdarbetet) 	Projektplanen för Magnetsjukhusmodellen godkändes av koncernförvaltningens ledningsgrupp 13.12.2016. En rumstavla för patienter planerades och pilottestades. I Fulbright Specialist- ledarskapsutbildningen deltog 55 ledare inom vårdarbete. För att få statusen Magnetsjukhus förutsätts också uppgifter om riskbedömningar av liggsår, fallolyckor och undernäring, uppgifter om infektioner i samband med central venkateter och urinvägskateter samt uppgifter om vårdpersonalens engagemang i organisationen. Informationsproduktionen har främjats, men inga tillförlitliga uppgifter om kateterinfektioner är ännu tillgängliga. Vårdpersonalens engagemang i organisationen har kartlagts med enkäter åren 2015 och 2016. Av de som svarade (n=3210) var cirka 17 % engagerade och cirka 43 % nöjda. Andelen osäkra (ca 29 %) och oengagerade (12 %) var större än vid magnetsjukhusen i genomsnitt. ⁴³	●
Lean-verksamhet <ul style="list-style-type: none"> Lean-utbildning i samarbete med Aalto-universitetet. Dagligt ledande har inletts vid minst 50 % av HNS:s enheter. 	I Lean-tränarutbildningen deltog 28 personer. Dagligt ledande har införts till exempel vid barnenheterna vid Jorv och vid Kvinnokliniken, men inga uppgifter om användningens omfattning är tillgänglig.	●
Kvalitetsregister Införande av 10-12 nya kvalitetsregister Apotti <ul style="list-style-type: none"> Fortsatt utveckling och implementering av modellprocesser för serviceproduktionen och servicekartor Verkställande av genomförandefasen 	18 register infördes. I slutet av år 2016 användes sammanlagt 49 register. Avtalet med systemleverantören undertecknades och Apotti-sakkunniga valdes. Personalen informerades om hur Apotti framskrider och hundraletals HNS-anställda deltog i linjedragningsmötena för Apotti. Genomförandefasen flyttades till år 2017.	●
E-hälsotjänster <ul style="list-style-type: none"> Fyra tjänster inom ett nytt område 2-3 pilotprojekt där artificiell intelligens utnyttjas E-kamratsstödjtjänsten görs till en del av det virtuella sjukhuseT 	I tjänsten Hälsobyn (Terveyskylä.fi) publicerades husen Hälsoviktporten, Kvinnoporten, Smärtkontrollporten, huset för sällsynta sjukdomar och Rehabiliteringsporten. Pilottester som drog nytta av artificiell intelligens genomfördes på för tidigt födda och personer med sällsynta sjukdomar. E-kamratsstödjtjänsten utvecklades under år 2016.	●
OLKA-verksamhet <ul style="list-style-type: none"> Verksamheten inleddes vid Jorvs sjukhus. 7 000 kontakter 	Verksamheten inleddes vid Jorv. År 2016 var antalet kontakter cirka 18 700 och frivilliga arbetade cirka 2 700 arbetstimmar.	●
Innovationer <ul style="list-style-type: none"> Innovationsverkstäderna fortsätter Vidareutveckling av två idéer 	Två innovationsverkstäder ordnades. En idé ledde till beredning av patent och 10 idéer vidareutvecklades.	●

Tabell 8. Mål som uppställts för utvecklingsverksamheten år 2016 och revisionsnämndens bedömning av utfallet.

Projekt med anknytning till verksamhetsutveckling 2014–2016

HNS stöder utvecklingen av den praktiska verksamheten genom resultatpremieprojekt och verksamhetsutvecklingsprojekt. Egna anslag har reserverats för båda projektyperna och anslagen delas ut varje år enligt ansökan. Dessutom görs utvecklingsarbete inom ramarna för de strategiska utvecklingsprojekten (bl.a. Magnetsjukhus- och Lean-projekten).

Syftet med **resultatpremieprojekten** är att öka kostnadseffektiviteten. En resultatpremie betalas till de arbetstagare som deltagit i projektet, förutsatt att målen för projektet uppnås och de bindande nettokostnaderna som fastställts i budgeten underskrids. Avsikten med finansieringen av **verksamhetsutvecklingsprojekt** är för sin del inte bara att öka kostnadseffektiviteten, utan också att förbättra t.ex. arbetets kvalitet, arbetshälsan eller patientens upplevda vårdnivå. Anslaget är avsett att täcka de tilläggskostnader som projektet medför och betalas inte direkt till arbetstägaren.⁴⁴ Verksamhetsutvecklingsprojekt som stöder HNS:s strategiska mål prioriteras. Framskridandet och resultaten av verksamhetsutvecklingsprojekt följs genom mellan- och slutrapportering samt uppföljning i efterhand. Resultatpremieprojekt och verksamhetsutvecklingsprojekt styrs genom tidsbegränsade anvisningar som publiceras varje år. I tabell 9 nedan beskrivs de olika projektens antal och de anslag som reserverats för projekten åren 2014-2016.

Slutrapporterna för resultatpremieprojekten har inte i någon heltäckande omfattning publicerats på HNS:s interna webbsidor. För Lean-tränarutbildningsprojekten har 27 slutrapporter från år 2015 och sex slutrapporter från år 2016 publicerats. Slutrapporterna för **verksamhetsutvecklingsprojekten** åren 2014-2016 publicerades i januari 2017. Med stöd av slutrapporterna för verksamhetsutvecklingsprojekten år 2015 kan man konstatera att de i huvudsak motsvarade kraven som fastställts för projekten, men nivån på innehållet varierade. Även flera

projekt med anknytning till utveckling av samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården hade inkluderats. Åren 2014-2016 genomfördes flest verksamhetsutvecklingsprojekt i HUCS-sjukvårdsområdet. Projekt vid affärsverken och sjukvårdsområdena har mer sällan fått finansiering.

OBSERVATION 11 HNS:s utvecklingsverksamhet styrs inte av någon långsiktig plan, där principerna för utvecklingsverksamheten och målen för projekten beskrivs. Målen för resultatpremieprojekten och verksamhetsutvecklingsprojekten överlappar delvis varandra och urvalsgrunderna för projekten har inte dokumenterats i urvalsbesluten. I fråga om verksamhetsutvecklingsprojekten har uppställandet av mål inte specificerats för vissa projekt. Till exempel har numerära mätare inte alltid använts, även om det hade varit möjligt. Slutrapporterna har inte publicerats på HNS:s interna webbsidor på ett heltäckande sätt för alla projekt. Även revisorn fäste uppmärksamhet vid uppföljningen av utvecklingsprojekt år 2016.

REKOMMENDATION 11 En långsiktig plan och anvisning bör upprättas som stöd för utvecklingsverksamheten. Målen och urvalsgrunderna för olika projekt med anknytning till verksamhetsutveckling ska framgå av planen och anvisningen. Förankringen av projektens resultat i organisationen bör effektiviseras. Dessutom ska man säkerställa att resultaten av alla projekt publiceras på HNS:s interna webbsidor och är lätta att hitta.

Projekt		2014	2015	2016
Resultatpremieprojekt	Antal	.	37	25
	Genomfördes helt eller delvis (antal)	.	32	20
	Reserverat anslag, €	1 800 000	1 347 538	663 500
	Betalat, €	1 170 171	710 000	439 320
Verksamhetsutvecklingsprojekt	Antal	20	25	22
	Anslag, €	434 000	443 900	431 100
Lean-tränarutbildningsprojekt*	Antal	.	28	29

Tabell 9. Projekt med anknytning till verksamhetsutveckling 2014–2016. Källa: Verkställande direktörens allmänna beslut åren 2014–2016; *utvecklingschef Isolahti 13.2.2017.

6.5. Konkurrenskraft

Social- och hälsovårdsreformen och patienternas valfrihet kommer att förändra konkurrensläget avsevärt. För att vara framgångsrik i en konkurrenssituation förutsätts högklassiga tjänster, att sjukhuset blir mer attraktivt samt effektiv marknadsföring. Tecken på konkurrens är redan synliga. Till exempel gör hjärtsjukhuset vid Birkalands sjukvårdsdistrikt och protessjukhuset Coxa aktivt reklam.

Patienternas valfrihet har redan nu i viss utsträckning påverkat patienternas benägenhet att söka sig till andra ställen än det egna sjukvårdsdistriktet. År 2016 sökte sig fler patienter från HNS-området till andra ställen för vård än antalet patienter som sökte sig till HNS från andra ställen. Flest patienter sökte sig till andra ställen inom specialiseringarna kirurgi och invärtes sjukdomar och de högsta beloppen för vård av patienter som fritt har valt vårdställe

betalades till Birkalands sjukvårdsdistrikt (ca 3.1 milj. €) och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt (ca 1,2 milj. €).⁴⁵ I tabell 10 sammanfattas nettofaktureringen för patienter som fritt har valt vårdställe per sjukvårdsområde och HUCS-resultatenhet. Nettofaktureringen var positiv i alla sjukvårdsområden 2014 och 2015, men blev negativ vid HUCS år 2016.

HNS förberedde sig år 2016 på att stärka sin konkurrensställning bland annat genom att inleda en utomstående utredning om HNS:s konkurrensläge och genomföra en enkät om specialiseringarnas konkurrensläge riktad till sjukvårdsområdena och affärsverken. Antalet svar på enkäten var 29. En tredjedel av de som svarade ansåg att konkurrenssituationen var betydande eller måttlig och en fjärdedel att den var obetydlig. Mångsidigheten, spe-

Nettofakturering (1 000 €)	2016	2015	2014
HUCS-sjukvårdsområdet	-1 371	142	1166
• Sjukvård för barn och unga	55	356	231
• Psykiatri	119	-158	62
• Akut	-4	-5	0
• Huvud- och halscentrum	495	712	312
• Internmedicin och rehabilitering	-70	-138	5
• Hjärt- och lungcentrum	-63	585	126
• Kvinnosjukdomar och förlossningar	-139	-134	72
• Cancercentrum	22	228	99
• Muskuloskeletal och plastikkirurgi	-2121	-1830	116
• Inflammationscentrum	-14	-31	46
• Gastrocentrum	350	562	94
Hyvinge sjukvårdsområde	614	522	248
Lojo sjukvårdsområde	131	45	18
Västra Nylands sjukvårdsområde	35	16	11
Borgå sjukvårdsområde	93	37	26
HNS sammanlagt	-498	763	1481

Tabell 10. Nettofakturering för patienter som fritt har valt vårdställe 2014–2016. Källa: HUS-ToTal, Nettofakturering för patienter som fritt har valt vårdställe per organisation/specialisering (BIT0032) 17.3.2017.

cialiseringen och kompetensen samt tjänsternas höga kvalitet betraktades som HNS:s största styrkor. Även de standardiserade processerna, den tillgängliga teknologin och digitaliseringen, kostnadseffektiviteten samt den kliniska forskningen och HNS:s anseende uppfattades som faktorer som förbättrar konkurrenskraften. Tjänsternas tillgänglighet, resurserna och till viss del även prissättningen (övervältringen) lyftes fram som de största problemen med anknytning till konkurrenskraften. Även rigiditeten och de oändamålsenliga processerna samt arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna nämndes i flera av svaren. Kundorienteringen, datasystemen och marknadsföringen uppfattades också som områden som kunde förbättras.

HNS:s marknadsförings- och kommunikationsresurser riktades år 2016 i synnerhet till imagemarknadsföring, kampanjen med anknytning till valfrihet och Hälsobyen samt till att lyfta fram vissa av HUCS-resultatenheternas tjänster.

Tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och pris samt delfaktorer i konkurrenskraften

Konkurrenskraften byggs upp av tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och pris samt positioneringen på marknaden. Tillgängligheten kan utvärderas och jämföras med andra universitetssjukhus med hjälp av de uppgifter som THL producerar (tabell 11). Enligt uppgifterna tillhör HNS i en jämförelse mellan sjukvårdsdistrikten de distrikt där det fanns flest patienter som väntat på vård i över ett halvår. Över tusen av patienterna (2,4 %) väntade på vård i över

För att förbättra HNS:s konkurrenskraft måste åtgärder vidtas till exempel genom att utveckla kundservicen och patientorienteringen samt utnyttja elektroniska tjänster bättre.

ett halvår. Största delen av dessa patienter väntade på vård vid specialiseringen ögonsjukdomar (620 patienter). Situationen var sämre än vid motsvarande tidpunkt år 2015. Valvira förutsätter att HNS senast 30.4.2017 når den nivå för tillgång till icke brådskande specialiserad sjukvård som förutsätts i lagen.

Av de remisser som togs emot vid HNS behandlades 0,9 % inom tidsfristen på över 21 dygn, då motsvarande andel vid Birkalands sjukvårdsdistrikt var 0,2 %. Andelen patienter som hade väntat i över 90 dygn på en bedömning av vårdbehovet var i slutet av december 9,4 % vid HNS, vilket är en klart större andel än vid de övriga universitetssjukvårdsdistrikten. I slutet av år 2016 väntade 46 057 på att få vård vid HNS-sjukhusen och den genomsnittliga väntetiden var 38 dygn.

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

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

Enligt THL:s rapport skiljer sig tolkningen av hur bedömningen av vårdbehovet ska definieras mellan olika sjukvårdsdistrikt.⁴⁶ Vid HNS bedöms vårdbehovet i regel utifrån en remiss och det behövs sällan besök med anknytning till bedömning av vårdbehovet.³

Det är svårt att **jämföra tjänsternas kvalitet** inom hälsovården, eftersom mätarna och mätmetoderna är olika. I mars 2017 publicerades ett av statsrådet verkställt förslag till ett nytt nationellt mätsystem för social- och hälsovårdstjänster, enligt vilket kvalitetsdimensionerna är säkerhet, tillgänglighet och kundupplevelse.⁴⁷ Alla dessa delfaktorer för kvaliteten har bedömts i tidigare kapitel i denna utvärderingsberättelse.

Priskonkurrenskraften påverkas av många faktorer. Ämnet har behandlats i kapitel 5.6 i utvärderingsberättelsen (strategiska nyckelmål 11 och 13a). Den viktigaste faktorn för priskonkurrenskraften är arbetskraftskostnaderna, vilka inkluderar de löner som betalas till arbetstagarna för den genomförda arbetstiden (inkl. semesterlöner), samt s.k. indirekta arbetskraftskostnader, dvs. löner som betalas under sjukdomsperioder samt arbetspensions- och socialförsäkringsavgifter. Det finns inga jämförelseuppgifter för andra offentliga eller privata hälsovårdsaktörer. Det går alltså inte att bedöma vad skillnaderna i priset för en tjänst beror på. En annan viktig faktor är produktivetsutvecklingen, om vilken det finns sådan information som beskrivs i kapitel 5.6 i utvärderingsberättelsen. Kvaliteten är också en betydelsefull faktor i bedömningen av konkurrenskraften, men det finns inte heller några enhetliga nationella uppgifter om kvalitet. Processernas betydelse för t.ex. den operationsverksamheten kan utvärderas med hjälp av Intensium-databasen och ett exempel på detta presenteras i kapitel 5.2 i utvärderingsberättelsen. I stället för att jämföra sjukhus sinsemellan vore det meningsfullt att göra jäm-

förelser mellan olika enheter i den egna organisationen, bl.a. i fråga om personalmängd, jourens omfattning, antalet utförda ingrepp och besök samt antalet forskningspublikationer.

Av **HYKSin kliniset palvelut Oy:s** patienter kom över 80 % från utlandet år 2016. Bolagets marknadsföring har gett resultat, då aktiebolagets omsättning för det fjärde verksamhetsåret uppgick till 6,4 miljoner euro och resultatet till 228 000 euro. Verksamheten har betydelse för HNS:s internationella anseende och konkurrenskraft.

OBSERVATION 12 Revisionsnämnden anser att det är viktigt att en konkurrensanalys har genomförts och att HNS-enheternas synpunkter på konkurrensituationen har kartlagts. HYKSin kliniset palvelut Oy har för sin del bidragit till att bygga upp HNS:s internationella varumärke. Nettofaktureringen för patienter som fritt har valt vårdställe var dock negativ.

REKOMMENDATION 12 HNS ska förbereda sig på risker med anknytning till konkurrensituationen, t.ex. risken för att yrkeskunniga inte blir kvar i organisationen. Uppgifter om vårdens effektivitet och patientupplevelsen bör utnyttjas i marknadsföringen. Orsaken till att nettofaktureringen blivit negativ bör analyseras specifikt för varje specialisering.

7. Uppföljning i efterhand av revisionsnämndens rekommendationer

Utvärderingsberättelsen för år 2015 innehöll 10 observationer och rekommendationer, vars inverkan på verksamheten revisionsnämnden har utvärderat i enlighet med trafikljusmodellen som beskrivs i tabellen nedan. Grönt ljus betyder att utvecklingen har följt rekommendationerna; gult ljus betyder att en positiv utveckling har skett, men att utvecklingen fortfarande är ofullständig; rött ljus betyder att rekommendationen inte har påverkat verksamheten. Av rekommendationerna från år 2015 har inte en enda haft en tydlig inverkan på verksamheten, men en positiv utveckling har skett med anknytning till nästan alla rekommendationerna. Styrelsens utlåtande om utvärderingsberättelsen för år 2015 behandlades i fullmäktige i juni 2016.

I fråga om revisionsnämndens rekommendationer under fullmäktigeperioden 2013-2016 kan man sammanfattningsvis konstatera att det har skett en positiv utveckling inom många områden. Det finns emellertid också områden som revisionsnämnden

upprepade gånger har lyft fram under fullmäktigeperioden. Sådana är den interna revisionens funktion, utvecklingen av vård- och servicekedjorna tillsammans med primärvården samt förverkligandet av tidsfristerna för tillgång till icke brådskande vård. Dessutom har revisorn upprepade gånger lyft fram bristerna i uppföljningen av läkarnas arbetstid, utvecklingsobjekt med anknytning till användarbehörigheterna för ekonomiförvaltningssystem och farliga arbetskombinationer samt att ingen heltäckande rapport om personalens anmälningar om bisyssla har fåtts från HNS:s system. Revisionsnämnden förutsätter att dessa frågor får en lösning.

Arbetet inom den externa och interna revisionen är också förebyggande till sin karaktär. Ofta kan organisationens verksamhet korrigeras redan genom att revisionsnämnden, bokföringen eller den interna revisionen fäster uppmärksamhet vid något område.



Rekommendationer utfärdade av revisionsnämnden år 2015

Utvärdering av rekommendationens effekt

Revisionsnämnden föreslår att HNS förvaltningsstadga ändras så att ett **tjänsteinnehavarbeslut fattas om arbetsprogrammet för den interna revisionen**. I anvisningarna om upprättandet av bokslutshandlingar ska det fastställas att **även åtgärder som vidtagits som en följd av revisionsnämndens rekommendationer ska rapporteras i bokslutshandlingarna**. Revisionsnämnden håller fortsättningsvis fast vid kravet om att **HNS måste utreda lagligheten hos HYKSin kliniset palvelut Oy:s fakturering**.

Ett tjänsteinnehavarbeslut fattades om arbetsprogrammet för den interna revisionen 2.3.2017. Rapportering om åtgärder som vidtagits på grund av revisionsnämndens rekommendationer lyfts inte fram i anvisningarna om upprättande av bokslutshandlingar, men en separat sammanfattning på koncernnivå har lämnats till revisionsnämnden. Styrelsen begärde ett utlåtande av en utomstående sakkunnig om lagligheten hos faktureringen av utländska patienter och förvaltningsöverläkaren gav revisionsnämnden en skriftlig redogörelse för vidtagna åtgärder. Faktureringsförfarandet ändrades inte år 2016

I de årliga **kommunförhandlingarna** mellan sjukvårdsområdets ledning och kommunernas representanter **bör man utöver budgetramen i större utsträckning än idag även avtala om förändringar i arbetsfördelningen och verksamheten mellan HNS och kommunerna** (med beaktande av kommunernas behov och egna resurser) samt beakta effekterna av dessa förändringar på kommunernas betalningsandelar.

I fråga om upprättandet av budgeten har HNS egna etablerade förfaranden för kommunsamarbete som har konstaterats fungera. (Karila et al. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja. 2/2015). Betydelsen av kommunförhandlingar ändras i och med social- och hälsovårdsreformen.

Träffsäkerheten i fastställandet av kommunernas betalningsandelar bör förbättras så att betalningsandelarna för nästa budgetår granskas utifrån t.ex. uppgifterna om användning och fakturering från januari-augusti året innan budgetåret.

Betalningsandelarna påverkas delvis av slumpmässiga variationer. Social- och hälsovårdsreformen leder till att rekommendationen förlorar sin betydelse, om landskapen får finansiering av staten i form av behovsstandardiserad kapitationsersättning. I planeringen av budgeten för år 2017 beaktades den realiserade användningen åren 2014-2015 och januari-april 2016.

De ekonomiska uppföljningsprocesserna bör vidareutvecklas så att de producerar uppdaterad information. För att fullmäktiges beslut ska grunda sig på så aktuell uppföljningsinformation som möjligt måste förvaltningsprocessen där översikten över budgetutfallet bereds i flera faser för fullmäktigemötet i december bli snabbare.

Budgetprocessen 2017 genomfördes med samma tidtabell som tidigare år.

HNS bör utreda **hur informationen om serviceanvändningen och faktureringen som produceras för kommunerna kan utnyttjas bättre**, till exempel genom ökad utbildning.

En plan för utbildning av medlemskommunerna upprättades i augusti 2016 och utbildningen kommer att inledas hösten 2017. (Källa: Mäkitalo 24.3.2017).

Styrelsen bör bekräfta budgetårets strategiska mål och nyckelmål redan i maj året innan, så att de bättre än i nuläget kan beaktas i kommunförhandlingarna och budgetberedningen.

Det är för tidigt att i mars 2017 utvärdera rekommendationen om att fastställa de strategiska målen och nyckelmålen för budgetåret. Styrelsen godkände måluppställningen för år 2017 i juni 2016.

Orsakerna till HUCS svaga produktivitet 2014 och prismässiga konkurrenskraft 2015 bör utredas. Styrelsen ska presentera utredningens resultat och föreslagna åtgärder för att förbättra produktiviteten och den prismässiga konkurrenskraften för HNS fullmäktige i december 2016.

Fullmäktige fick en utredning och förslag till åtgärder i februari 2017.

<p>Eftersom den framtida finansieringsmodellen för social- och hälsovårdstjänsterna kommer att grunda sig på tjänsternas behovsfaktorer, måste HNS styrelse granska medlemskommunernas och hela sjukvårdsdistriktets serviceanvändning och kostnader inom den specialiserade sjukvården och primärvården även utifrån behovsindikatorer.</p>	<p>Enligt styrelsens utlåtande utnyttjas behovsindikatorer redan nu. Med stöd av THL:s uppgifter är indexet för den totala sjukligheten 82,1 i HNS-området, vilket är lägre än i Finland i genomsnitt (100,0). I en jämförelse mellan olika sjukdomsgrupper har cancersjukdomarna ett högre index i förhållande till resten av landet. Enligt FPA:s folksjukdomsindex är sjukligheten i HNS-området 8,5-25 % längre än sjukligheten i hela landet. Valfärdsberättelsen för HNS-området år 2016 kommer att innehålla information om hälsan och välfärden för befolkningen i HNS-området. Berättelsen hade inte publicerats i början av april.</p>	
<p>Planerna för ordnande av hälso- och sjukvård som beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen och i HNS strategi är ett användbart sätt att främja samarbetet och integrationen inom social- och hälsovårdstjänsterna även med tanke på den kommande social- och hälsovårdsreformen. Därför bör HNS och medlemskommunerna uppdatera planerna och följa upp förverkligandet av dem. I kommunförhandlingarna ska man beakta arbetsfördelningen och verksamheten inom socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården.</p>	<p>Planerna för ordnande av hälso- och sjukvård uppdaterades inte år 2016. I HNS-området finns inga strukturer eller aktörer som har behörighet och resurser att utföra uppgiften. Hyvinge sjukvårdsområde och kommunerna i Mellersta Nyland har arbetat med en regional social- och hälsovårdsmodell. Situationen förändras i väsentlig utsträckning i och med social- och hälsovårdsreformen.</p>	
<p>Utvecklingen, genomförandet och bedömningen av vårdkedjorna bör effektiveras i enlighet med strategin. Man ska säkerställa att vårdkedjorna är lättillgängliga för både professionella och patienter.</p>	<p>Situationen har inte förändrats i någon väsentlig utsträckning. Verksamhetsstyrningssystemet Apotti för med sig ett nytt sätt att agera och definiera helheten för kärnverksamheten inom social- och hälsovården.</p>	
<p>HNS ska i enlighet med strategin bereda en handlingsplan för främjande av hälsan tillsammans med medlemskommunerna. Hälsöfrämjande verksamhetsmodeller ska tillämpas systematiskt genom hela serviceproduktionen, för att de potentiella fördelarna som uppnås genom främjande av hälsan ska förverkligas.</p>	<p>Handlingsplanen för främjande av hälsan färdigställdes inte under år 2016 och ingen plan är heller under beredning. I februari 2017 publicerades en kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa och välfärd i HNS-området och dessutom bereds en regional valfärdsberättelse som ger en lägesbild av hälsan och välfärden hos befolkningen i HNS-området.</p>	
<p>Antalet prehospitala akutsjukvårdsenheter ska grunda sig på servicebehovet. Kommunerna i organiseringsområdet ska säkerställa tillräckliga ekonomiska resurser för prehospital akutsjukvård. HNS ska tillsammans med de aktörer som ansvarar för social- och hälso-tjänsterna i medlemskommunerna utreda hur man i framtiden kan svara på brådskande samtal från äldre som bor ensamma eller i servicebostäder utan att använda sig av tjänster inom den prehospitala akutsjukvården.</p>	<p>År 2016 publicerades en utvärderingsrapport om den prehospitala akutsjukvården och flera utvecklingsåtgärder har inletts utifrån förslagen i rapporten. En ny ledningsmodell för den prehospitala akutsjukvården infördes den 1 mars 2017. Helsingfors fick en till enhet med beredskap 12 h/dygn den 1 januari 2017. Ingen regional lösning har nåtts i fråga om oönskad nödanmälningar och de prehospitala akutsjukvårdsuppdrag som dessa medför, men ärendet har beaktats i projektplanen för den jourbaserade telefonrådgivningen.</p>	
<p>Informationen om vårdens genomslagskraft, intagning till vård och val av vårdplats bör ökas. HNS kärnbudskap ska inkluderas i all kommunikation, även i underskrifterna till e-postmeddelanden. En enhetlig blankettmall ska utarbetas för patientanvisningar. I skyltningen ska HNS skyltguide följas. HNS forskningsarbete ska synliggöras klart och tydligt på webbsidorna. Marknadsföringen ska riktas till funktioner där det finns ledig kapacitet. Förverkligandet av patientens valfrihet ska följas så att marknadsföringen kan riktas på rätt sätt. En tydlig tidtabell ska definieras för marknadsföringsplanen och kostnaderna ska jämföras med de uppnådda resultaten.</p>	<p>Antalet personer som väntade på vård och den genomsnittliga väntetiden år 2016 har publicerats på HNS:s webbsidor som ett genomsnitt för år 2016 eller som ett tvärsnitt för den 31 december 2016. Ingen sammanfattning av kösituationen i realtid är tillgänglig på sidorna HNS.fi eller valitsehus.fi. Kvalitetsuppgifter samt uppgifter om patientsäkerheten är tillgänglig i högre grad än tidigare, men situationen i fråga om uppgifter om genomslagskraft är oförändrad. HNS:s kärnbudskap har inte införts i e-postunderskrifterna (en modell för enhetliga underskrifter har utfärdats), men en enhetlig blankettmall för patientanvisningar har upprättats och skyltarna i Tornsjukhuset i Mejlans har förbättrats. En marknadsplan upprättades och i juni 2016 inleddes en kampanj uppbyggd kring en reklamvideo. Webbplatsen valitsehus.fi skapades.</p>	
<p>Den interna övervakningen och riskhanteringen inom ICT-projekten, till exempel sakkunskapen inom den interna revisionen, bör utnyttjas. Ansvarsfördelningen mellan HNS-IT-förvaltningen och övriga enheter som deltar i projektet måste förtydligas.</p>	<p>Rekommendationen är fortfarande motiverad. Händelserna som följde på bytet av telefonoperatör sommaren 2016 skulle enligt Valviras bedömning ha kunnat undvikas genom att bättre beakta riskerna i planeringen av upphandlingen. En styrningsmodell för projekt godkänns som en del av projektplanerna för ICT-projekt. I april 2016 fattades beslut om förvaltningsmodellen, ansvarsfördelningen och arbetssätten för elektroniska tjänster. Det är möjligt att ytterligare förbättra den interna revisionens delaktighet i riskbedömningen av projekt.</p>	

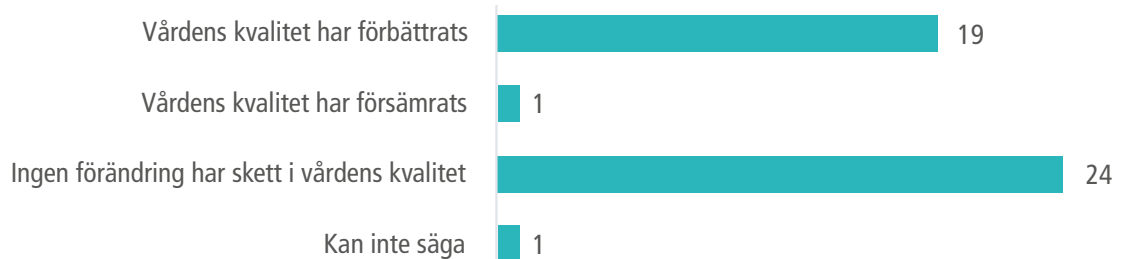
Bilaga 1. Resultat från enkäten om organisationsreformen i HUCS-sjukvårdsområdet

Hur skulle du bedöma att målen för organisationsreformen har uppnåtts med tanke på ditt kompetenscentrum?

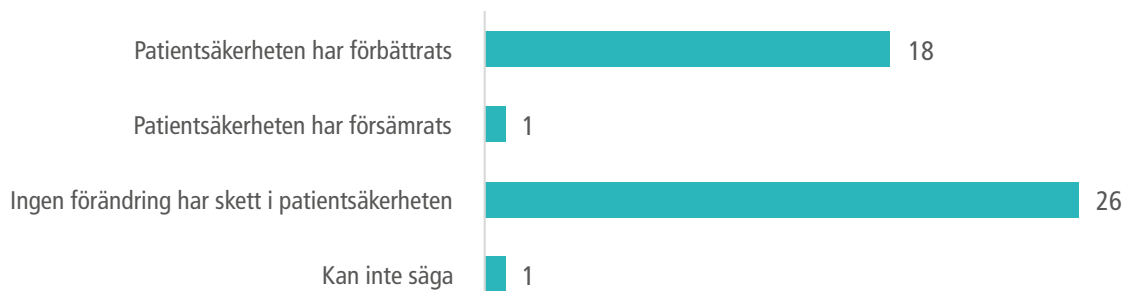
1. Mängden administrativa uppgifter vid HUCS (svarsantal: 46)



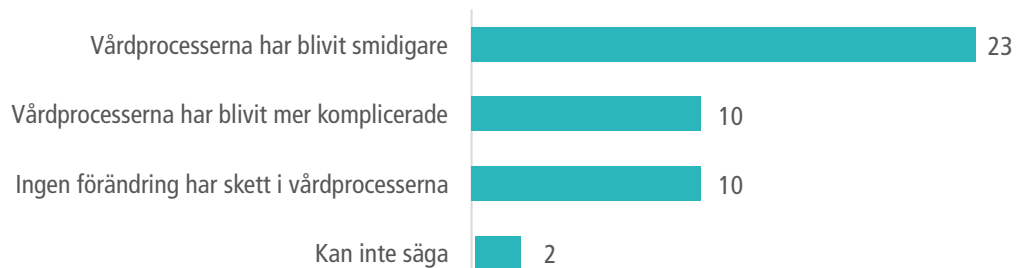
2. Vårdens kvalitet (svarsantal: 45)



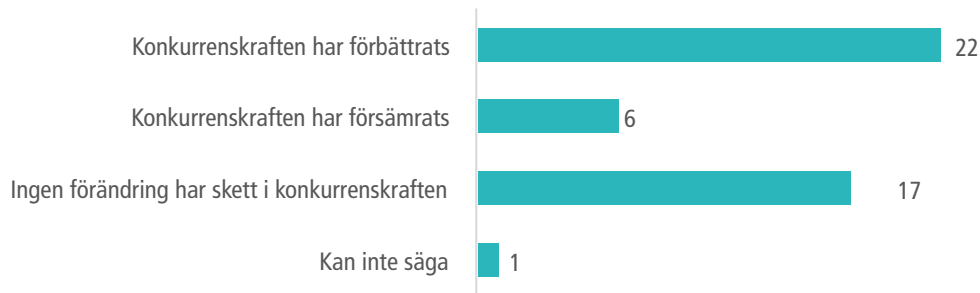
3. Patientsäkerhet (svarsantal: 46)



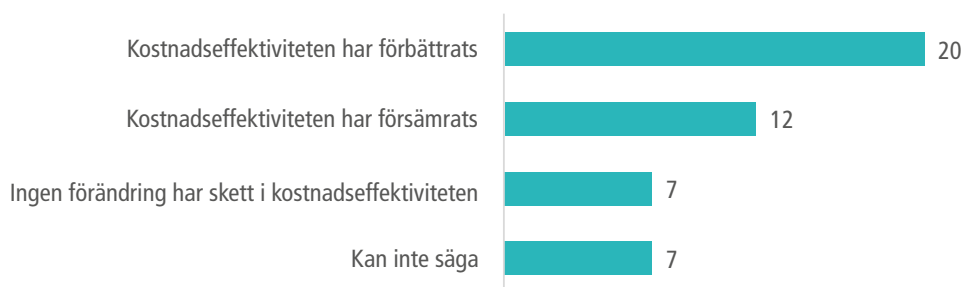
4. Patienternas vårdprocess (svarsantal: 45)



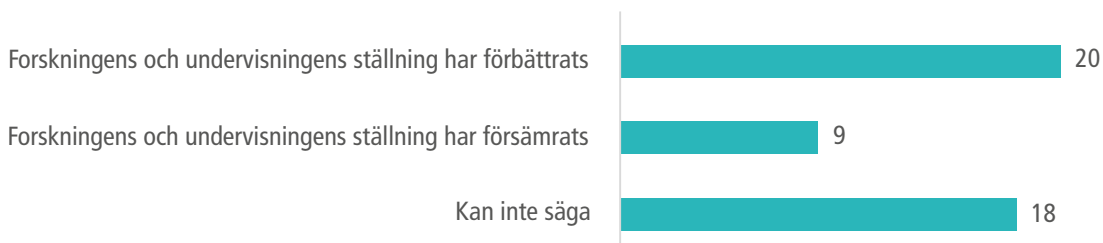
5. Din resultatenhets konkurrenskraft (svarsantal: 46)



6. Verksamhetens kostnadseffektivitet (svarsantal: 46)



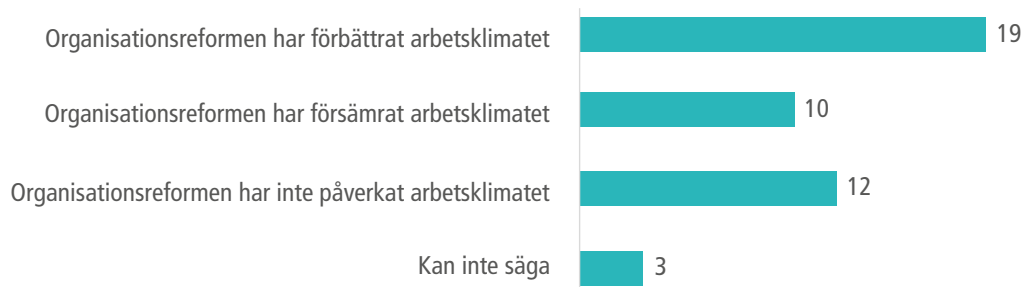
7. Forskningens och undervisningens ställning vid din resultatenhet (svarsantal: 46)



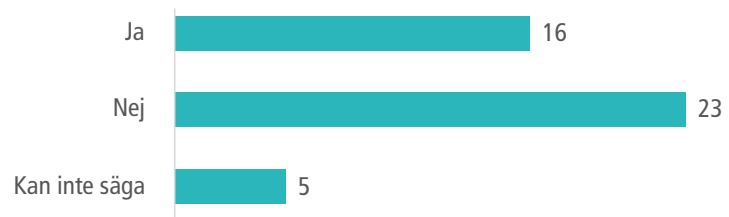
8. Hur har organisationsreformen påverkat utvecklingen av personalens kompetens? (svarsantal: 45)



9. Hur har organisationsreformen påverkat arbetsklimatet vid din resultatenhet?
(svarsantal: 44)



10. Förverkligades reformens mål om en tydligare organisation som är lättare att leda som en helhet? (svarsantal: 44)



Positiva effekter av organisationsreformen

Vårdprocesser som är lättare att hantera

- hela vårdstigen vid samma resultatenheter
- utveckling av patientgruppsspecifika vårdstigar och vårdriktlinjer
- patientfokuseringen har förbättrats när experter inom olika områden har samlats omkring patienten
- patienterna får vård på samma nivå oberoende av hemkommun

Ett mer välfungerade samarbete inom resultatenheter

- den branschövergripande uppskattningen, den interna växelverkan och förståelsen av verksamhets-helheten har ökat
- tätare samarbete

Effektivare resursanvändning

- kostnadseffektiviteten har förbättrats
- personalens rörlighet mellan de ansvariga enheterna är mer flexibel
- arbetsmängden fördelas jämnare
- samavdelning

Den närmaste ledningens ansvar

- linjeledningens resultatansvar
- tydligare ansvarsområden

Bättre möjligheter att styra verksamheten

- kvalitetsuppföljningen har utvecklats
- ekonomi- och kommunikationskompetensen har förbättrats
- en mindre organisation är lättare att hantera och möjliggör utveckling
- kompetensutveckling, t.ex. samling av ekonomiförvaltningen under HUCS:s ledning
- gemensamma spelregler
- en låg organisation möjliggör snabbare behandling av ärenden

Forskningens och undervisningens starkare ställning

- regelbunden uppföljning i ledningsgruppen
- tätare samarbete med universitetet
- profilering
- bättre personalresurser
- tätare samarbete mellan forskningen och det kliniska arbetet
- tydligare uppgiftsbeskrivningar för undervisnings- och forskningspersonal

Negativa effekter av organisationsreformen

Det administrativa arbetet kräver mer resurser

- antalet personer som utför administrativt arbete har ökat
- överlappande och mångdubbelt arbete
- stort antal möten och uppgifter
- stort antal förhandlingspartner, t.ex. användning av operationssalskapacitet
- förhandlingarna om årsavtal och den interna faktureringen är komplicerade
- chefen har många underställda

Gränser mellan resultatenheter och deloptimering

- brist på samordning, t.ex. leder spridningen av helhetsplaneringen och ansvaret till att det är svårt att åstadkomma gemensamma tillvägagångssätt och processer
- rigid och hierarkisk verksamhet mellan resultatenheter
- nya gränser mellan resultatenheter och linjer: 12 resultatenheter i stället för de tidigare fyra
- konflikter mellan resultatenheter
- problem med informationsförmedlingen: resultatenheterna vet inte var de andra gör, diskussionen är inte öppen
- koncernledningen är längre bort från den praktiska nivån än tidigare
- den högsta ledningens ansvarsområden är oklara

Det har blivit svårare att använda personalresurser effektivt

- personaladministrativa förfaranden och t.ex. lönelösningar som är olämpliga för en expertorganisation
- spjälkning av vårdkedjorna mellan olika verksamhetsområden stöder inte en flexibel användning av arbetskraften
- differentieringen av läkare och vårdpersonal stör genomförandet av förändringar, t.ex. vid poliklinikerna är läkarna och skötarna verksamma inom olika organisationer, vilket gör det omöjligt att styra och utveckla verksamheten.

Ledningssystemet och organisationsmodellen stöder inte vårdprocesserna

- makten och ansvaret är lösryckta, t.ex. är vårdprocesserna inte i linje med cheferna
- processerna är alltför uppspjälkade
- onödig byråkrati
- indelningen av resultatenheter är stel
- ledarskapskompetensen är bristfällig
- resultatenheterna är för små
- förändringen har varit skenbar och verksamheten grundar sig på de tidigare klinikernas verksamhetsmodeller

Försvagning av forskningen och undervisningen

- resurserna minskar och allokeras på ett oändamålsenligt sätt, t.ex. till spetsforskning och inte till universitetssjukhusets kompetens och verksamhet
- det är svårare att ansöka om forskningstillstånd
- helhetsansvaret saknas

Källförteckning

- 1 Kommunförbundets cirkulär 17/80/2006. Rekommendation om utvärdering för kommunfullmäktige.
- 2 Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 1/2017. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården 31.12.2016. www.thl.fi. 14.2.2017.
- 3 HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2016.
- 4 Chefsöverläkarens anvisning 3/2015 om utvärdering av sjukvårdsmetoder och klinisk läkemedelsbehandling vid HNS och specialupptagningsområdena.
- 5 Personlig delgivning: ansvariga bedömningsöverläkaren Mattila 24.3.2017.
- 6 THL. 2017. PERFECT-projektets basrapporter. www.thl.fi 10.3.2017.
- 7 www.terveyskyla.fi/painonhallintatalo. 2.2.2017.
- 8 Handbok om patientsäkerhet. THL. 2011.
- 9 Styrelsen 13.6.2016 § 88.
- 10 Personlig delgivning: patientsäkerhetschef Palojoki 1.2.2017.
- 11 Personlig delgivning: patientsäkerhetschef Palojoki 13.1.2017.
- 12 HNS-koncernens principer för intern revision och riskhantering.
- 13 Patientsäkerhetsplan för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS) 2016-2017, Bilaga 2.
- 14 30.1.2017 I Asko-systemet 8 avtal och i Dynasty-systemet 53.
- 15 Valvira beslut 2.12.2016. Dnr 869/06.02.01.08/2016.
- 16 HNS:s Ecomed-rapporter PSI 18-19, 15.3.2017.
- 17 OECD. 2015. Health at a Glance 2015; OECD indicators.
- 18 Personlig delgivning: överläkare Moilanen 13.2.2017.
- 19 Kundtillfredsställelse och kundrespons. Anvisning till personalen 9/2012.
- 20 Verkställande direktörens beslut 29.2.2016, 28 §.
- 21 Reponen E, Roine RP. Tytyväinen potilas=laadukas terveydenhuolto? SLL 42/2016, 2630–31.
- 22 Reponen E, Tuominen H, Hernesniemi J, Korja M. Patient satisfaction and short-term outcome in elective cranial neurosurgery. *Neurosurgery* 2015;77:769–76.
- 23 HNS strategi 2012-2016.
- 24 HNS:s permanenta anvisning 7/2012 om granskning av dimensioneringen av interna vikarier och precisering av användningsprinciperna.
- 25 Personlig delgivning: personaldirektör Sonkeri 20.1.2017.
- 26 Personlig delgivning: företagsläkare Nurmio P. 10.4.2017.
- 27 Häkkinen U, Vähänen M. Maakuntien erikoissairaanhoidon kustannukset, tuottavuus ja käyttö. Optimi, Terveys ja sosiaalitalouden uutiskirje 1/2017. www.thl.fi. 23.2.2017.
- 28 HNS:s styrelse 17.6.2013, 111 §; HNS:s styrelse 2.9.2013, 133 §; verkställande direktörens beslut 16.10.2013, 127 §.
- 29 HUS-ToTal Tillgång till vård (BIO0018). 23.2.2017.
- 30 HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2012-2016, HUCS-sjukvårdsområdet.
- 31 HNS Arbetslivsbarometer 2012 och 2016.
- 32 Kyotoprotokollet 1997; EU:s klimat- och energipaket 2008; Klimatavtalet från Paris 2015.
- 33 HNS Styrelse 9.5.2016, 69 §.
- 34 HNS Styrelse 12.12.2016, 170 §.
- 35 HNS Miljöprogram 2016–2020.
- 36 Personlig delgivning: specialplanerare Vuori 14.12.2016.
- 37 Energiavtal mellan handels- och industriministeriet och HNS-samkommunen 2008-2016.
- 38 HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2012-2016.
- 39 Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Utvärderingsberättelse 2015.
- 40 Karolinska Universitetssjukhuset. Miljöredovisning 2015.
- 41 Personlig delgivning: utvecklingsdirektör Honkanen 13.1.2017
- 42 HNS Budget 2016. Användningsplanerna för sjukvårdsområdena och övriga resultatområden; HNS Bokslut och verksamhetsberättelse 2016.
- 43 Personlig delgivning: utvecklingschef Junntila 9.3.2017.
- 44 HNS:s tidsbegränsade anvisning 2/2015 Förslag till verksamhetsutvecklingsprojekt i samkommunen för år 2016.
- 45 HUS-ToTal. Nettofakturering för patienter som fritt har valt vårdställe per organisation/specialisering (BIT0032), 17.3.2017; Fakturering vid andra sjukvårdsdistrikt för patienter i HNS:s medlemskommuner som fritt har valt vårdställe (BIG0014), 4.4.2017.
- 46 Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 1/2017. Tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården 13.12.2016. www.thl.fi. 14.2.2017.
- 47 Torkki P. et al. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 36/2017.



HNS Extern revision

Postadress: PB 440, 00029 HNS

Telefonväxel: 09 4711

E-postadress: tarla@hus.fi

www.hus.fi