

**HYKS-ALUEEN
SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN
JÄRJESTÄMISSUUNNITELMA 2021 – 2025**

Ehdotus HUS:in valtuustolle 17.12.2020

Sisällys

1 Johdanto.....	4
1.1 Säädestausta.....	4
1.1.1 Erikoissairaanhoidon järjestäminen.....	5
1.1.2 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö.....	5
1.2 Väestörakenne ja väestön hyvinvoinnin tila.....	6
1.2.1 Väestörakenne ja väestöennusteet.....	6
1.2.2 Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi.....	7
1.2.3 Ikäihmisten hyvinvointi.....	8
1.2.4 Terveysterveysten ikävakioidut kustannukset.....	8
2 Strategiset painopisteet, niihin liittyvät tavoitteet ja toimenpiteet 2021 – 2025.....	9
2.1 Kestävä talous.....	9
2.1.1 Yhteistyö talouden tasapainotuksessa.....	9
2.1.2 Strategisten tavoitteiden asettaminen ja tehokas seuranta.....	9
2.1.3 Kestävä talous toiminnan lähtökohtana.....	9
2.1.4 Tiedolla johtaminen tukee kestävä talouden tavoitteiden toteutumista.....	10
2.1.5 Kestävät investoinnit.....	10
2.2 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut.....	10
2.2.1 Lapsi- ja nuorilähtöinen, integroitu ja oikea-aikainen tuki ja hoito.....	10
2.3 Kiireellinen vastaanotto toiminta ja yhteispäivystys (YLE).....	12
2.3.1 Kiireellisen vastaanotto toiminnan ja päivystyshoidon (YLE) yhteiset prosessit (pl. psykiatrisen päivystys).....	13
2.4 Ikäihmisten palvelujen yhdyspinnan kehittäminen.....	16
2.4.1 Selkeä toimintamalli ja työnjako kotiutuksissa sekä jatkohoidon järjestelyissä.....	16
2.4.2 Vaikeiden neuropsykiatristen oireiden hoidon osaamisen kehittäminen.....	18
2.5 Integroivat digitaaliset ratkaisut.....	20
2.6 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon digitaalisten ratkaisujen kehittäminen kokonaisuutena.....	21
3 Järjestämissuunnitelman muut tavoitteet 2021-2025.....	23
3.1 Tukipalvelut.....	23
3.1.1 Raportoinnin kehittäminen.....	24
3.1.2 Laitoshuollon työntekijöiden roolin täsmentäminen ikääntyneiden palvelujen henkilöstömitoituksen täyttämiseksi.....	24
3.1.3 Leasingpalvelujen asteittainen käyttöönotto.....	24
3.1.4 Laiterekisteri ja laitehuolto.....	25
3.1.5 Tarviketilausten sujuvoittaminen.....	25
3.1.6 Kuntien yhteistyö HUS tukipalveluja koskeissa auditoinneissa.....	25
3.2 Valinnanvapaus erikoissairaanhoidossa.....	26
3.3 Jalkautuvat erikoissairaanhoidon palvelut perustason tukena.....	26

3.4	Tiedolla johtaminen	27
3.5	Koulutusyhteistyö ja osaavan henkilöstön saatavuuden turvaaminen, henkilöstön liikkuminen ja erikoistuminen.....	28
3.5.1	Henkilöstö perusterveydenhuollossa.....	29
3.6	Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä laadunhallinta	30
3.6.1	Omavalvonta ja potilas-/asiakassuunnitelmat	30
3.6.2	Yhteinen laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittäminen.....	31
3.7	Tutkimus, kehittäminen ja opetus.....	31
3.7.1	Tutkimus ja kehittäminen	31
3.7.2	Kehityshankkeita	32
3.7.3	Lääketieteellinen opetus ja tutkimus / yliopistosairaalan näkökulma	32
3.8	Moniammatillisen perusterveydenhuollon yksikön toiminta ja ohjaus.....	33
3.9	Yhteistyö kuntien välillä ja muiden toimijoiden kanssa.....	34
3.10	Järjestämissuunnitelman seurannan ja päivityksen vastuut.....	35
3.11	Työnjaon muutosten käsittely.....	35
LIITTEET		37
1.	Väestö sairaanhoitoalueittain ja HYKS-alueen ikäjakauma.....	37
2.	Ruotsinkieliset, muut kuin ruotsin, suomen tai saamen kielisen väestön osuus, vieraskieliset ja ulkomaan kansalaiset	37
3.	Hyvinvointitavoitteet kunnittain	40
4.	Taustatiedot lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen osuuteen	43
5.	Taustatiedot kiireellisen hoidon ja päivystyksen osioon.....	45
6.	Taustatiedot ikääntyneiden osioon	46
7.	Valmisteluryhmän kokoonpano	47

1 Johdanto

HYKS-alueen kuntien (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kerava, Kirkkonummi ja Kauniainen) sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelma on valmisteltu tukemaan alueen kuntien yhteistyötä erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen rajapinnassa. Aiemmat HYKS-alueen järjestämissuunnitelmat ovat vuosilta 2013-2016 ja 2018-2020 ([HUS sairaanhoitoalueiden järjestämissuunnitelmat 2018 - 2020](#)).

Tämä järjestämissuunnitelma on lain mukainen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Otsikko on muotoiltu siten, että se korostaa sosiaali- ja terveystalouden integraatiota.

Järjestämissuunnitelmalla täsmennetään yhteistyön tavoitteet ja keinot kuntien strategisten tavoitteiden pohjalta asiakaslähtöisten palveluprosessien tukemiseksi vuosina 2021-2025. Sosiaali- ja terveystalouden järjestämissuunnitelman voimassaolo päättyy kunnan tai kuntien osalta ennen vuotta 2025, jos terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa koskeva lainsäädäntö, tai HUS:in sairaanhoitoalueita koskeva sääätely, muuttuu. Mikäli sote-uudistus toteutuu vuoden 2023 alusta, tulee ajankohtaiseksi valmistella Uudenmaan erillisratkaisun mukaisesti järjestämissopimukset. Tällöin nyt hyväksyttävän järjestämissuunnitelman voimassaolo lyhenee.

Järjestämissuunnitelman tavoitteita ovat mm.:

- 1) Kuntien ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tiivistäminen asettamalla yhteiset tavoitteet.
- 2) Toiminnan ja talouden suunnittelun yhdistäminen sekä digitaalisten ratkaisujen käytön laajentaminen talouden kestävä kehityksen varmistamiseksi.
- 3) Kuntien ja HUS:in yhteisillä, toimintoja integroivilla, tavoitteilla kehitetään palvelujen asiakaslähtöisyyttä, palvelutuotannon ohjausta sekä tiedolla johtamista.

Järjestämissuunnitelma on laadittu HYKS-alueen kuntien ja HUS:in yhteisenä virkamiesvalmisteluna. Järjestämissuunnitelma hyväksytään HUS-valtuustossa. Yhteinen järjestämissuunnitelma edistää nykyistä asiakaslähtöisempää sosiaali- ja terveystalouden alueellista kokonaisuutta, jossa toimintojen ja organisaatioiden rajat eivät näy asiakkaalle.

1.1 Säästötausta

Samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on terveydenhuoltolain 34 §:n mukaan laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa. Lain mukaan suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten päivähoidon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on laadittava valtuustokausittain ja hyväksyttävä sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Kuntien ja kuntayhtymän on yhdessä arvioitava suunnitelman toteutumista vuosittain sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.

Terveydenhuoltolain perustelujen mukaan järjestämissuunnitelman tavoitteena on saada samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat suunnittelemaan terveydenhuollon palvelujen järjestäminen alueellaan ja edistää alueellista yhteistoimintaa järjestämisessä ja tuottamisessa sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Valtioneuvoston asetuksella (337/2011) on annettu tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa.

Valtioneuvoston asetuksen mukaan suunnitelmassa on sovittava terveydenhuoltolain 35 §:ssä tarkoitettua moniammatillisen perusterveydenhuollon yksikön toiminnasta, toimintamahdollisuuksista ja ohjauksesta. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on sovittava lisäksi muun muassa kuntien tavoista toimia laaja-alaisessa yhteistyössä alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteuttamiseksi ja siitä, miten alueen terveydenhuolto toimii yhteistyössä erityistilanteisiin varautumisessa.

1.1.1 Erikoissairaanhoidon järjestäminen

Sairaanhoitopalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla terveydenhuoltolain 24 § mukaan. Erikoissairaanhoitolain 3 § mukaan kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että tämä saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin tehtävänä on

- tuottaa väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoidon palveluja siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.
- vastata erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein
- vastata terveystieteiden laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.
- huolehtia tehtäväalueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta yhteistyössä terveystieteiden kanssa.
- järjestää alueensa ensihoitopalvelu yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että muodostuu alueellisesti toiminnallinen kokonaisuus.
- päättää yhteistyössä kuntien kanssa alueellisesta varautumisesta suuronnettomuuksiin ja terveydenhuollon erityistilanteisiin ja laatia yhteistyössä alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon alueellinen valmiussuunnitelma.

HUS-kuntayhtymä on perustettu jäsenkuntien valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella. Se hoitaa jäsenkuntiansa puolesta perussopimuksen mukaisia tehtäviä. Perussopimus on kuntien välinen sopimus. Kuntayhtymä, joka sopimuksella perustetaan, ei ole sopimusosapuoli.

Perussopimuksen mukaan HUS-kuntayhtymän tehtävänä on tuottaa sen jäsenkuntien ja sairaanhoitopiiriin järjestämisvastuuseen kuuluvia erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja sekä huolehtia yliopistolliselle sairaanhoitopiirille säädetyistä muista tehtävistä.

1.1.2 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä säädetään terveydenhuoltolain 33 §:ssä. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Parhaimmillaan HUS:in ajantasaisella potilasryhmäkohtaisella osaamisella voi olla peruspalveluihin ulottuvia hoitoketjuja tehostavia ja potilaiden alueellista tasa-arvoa lisääviä vaikutusta, joita pyritään hyödyntämään. Erikoissairaanhoito pyrkii tasoittamaan kuntakohtaisia eroja levittämällä parhaita perustason integroitua malleja yli kuntarajojen (kuvattu tarkemmin kohdassa 2.5).

1.2 Väestörakenne ja väestön hyvinvoinnin tila

Tässä osiossa on kuvattu väestörakenne ja väestön hyvinvoinnin tila osiossa 2. käsiteltyjen strategisten painopisteiden osalta. Tietoja on laajemmin tämän asiakirjan liitteenä.

1.2.1 Väestörakenne ja väestöennusteet

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa koskevan valtioneuvoston asetuksen (337/2011) 2 §:n mukaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen laatimiseksi on otettava huomioon kuntien hyvinvointikertomuksen tietoja sekä muita käytettävissä olevia tietoja alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, palvelutarpeesta sekä palvelujen toteutumisesta, laadusta ja toimivuudesta. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 12 §:n mukaan kunnan on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin.

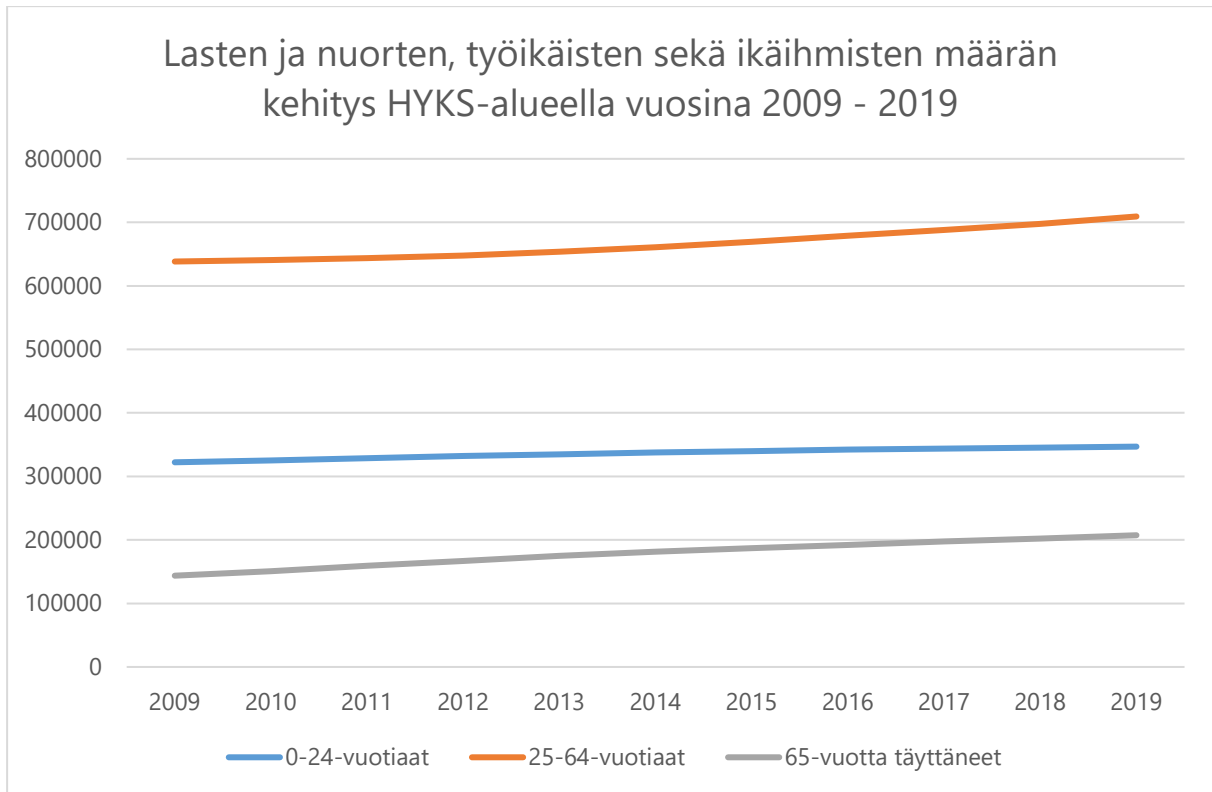
Seuraavassa tietoja HYKS-alueen kunnista. Lisää tilastoja on liitteissä 1-5.

Taulukko 1. Väestö 2015 ja 2019 sekä muutos prosentteina ja ennuste 2035 (Lähde: Tilastokeskus)

Kunta	2015	2019	Muutos %	Ennuste 2035
Espoo	269 802	289 731	7 %	336 150
Helsinki	628 208	653 835	4 %	745 897
Kauniainen	9 486	9 797	3 %	10 844
Kerava	35 293	36 756	4 %	38 764
Kirkkonummi	38 649	39 586	3 %	41 282
Vantaa	214 605	233 7715	8 %	271 673
HYKS-sairaanhoidoalue	1 196 043	1 263 480	5 %	1 444 610

Taulukko 2. HYKS-alueen väestön ikäjakauma (2019) (Lähde: Tilastokeskus)

Ikäryhmä	% HYKS-alueen väestöstä
0-6 -vuotiaat	7,5
7-15 -vuotiaat	9,7
16-24 -vuotiaat	10,3
25-64 -vuotiaat	56,1
65-74 -vuotiaat	9,6
75-84 -vuotiaat	5,0
85-vuotta täyttäneet	2,8



Kuvio 1. HYKS-alueen väestömäärän kehitys lasten ja nuorten, työkäisten ja ikäihmisten ikäluokissa vuosina 2009-2019. (Lähde: Tilastokeskus).

1.2.2 Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi

Lasten ja nuorten hyvinvointia heikentäviä tekijöitä tiedetään tutkimusten mukaan olevan mm. kumuloi-tuvina tekijöinä vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat, alhainen koulutustaso ja köyhyys. HYKS-alueen perheistä lapsiperheitä vuonna 2018 oli 42 % (koko maa 38,3) ja yksinhuoltajaperheitä 26 % (koko maa 22,5). Alueen lapsiasuntokunnista ahtaasti asuvia oli 33 % (koko maa 29,5) ja 44 % asuntokunnista oli yhden hengen asuntokuntia (koko maa 44). Asunnottomia HYKS-sairaanhoidoalueen väestöstä oli 4 %, mikä on korkeampaa kuin koko maassa (1,2 %).

Koulutustasomittaimella tarkasteltuna HYKS-sairaanhoidoalueen väestö on korkeasti koulutettua (In-deksi 446, kun koko maa 375). Samaan aikaan tutkimustulokset pääkaupunkiseudun eriytymisestä osoit-tavat, että alueelliset erot väestön sosioekonomisissa tekijöissä kuten esimerkiksi tulo- ja koulutusta-sossa, työttömyysasteessa ja etnisyydessä ovat kasvaneet Helsingissä (ks. esim. Vaattovaara & Kortteinen 2012; Viikama 2012; Lönnqvist & Tuominen 2013). Sairastavuuden ja kuolleisuuden osalta muutos on epäselvempi, mutta näyttäisi, että naisten osalta elinajanodotteen alue-erot olisivat kasvaneet (Mäki 2015). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden 18–24-vuotiaiden osuus väestöstä oli HYKS-sairaan-hoidoalueella (3 %) pienempi kuin koko maassa (3,4 %). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden 25–64-vuotiaiden osuus (4 %) on ollut korkeampi kuin koko maassa (2,9 %). Gini-kertoimella tarkasteltuna HYKS-sairaanhoidoalueen tulonjako (kerroin 32) on epätasaisempaa kuin mitä se on koko maassa (ker-roin 28,1).

Kouluterveyskyselyn (2019) mukaan yhä useampi ala- ja yläkoululainen sekä lukiolainen kokee mieliala-ongelmia, yksinäisyyttä sekä uupumusta koulutyössä. Häirinnän ja väkivallan kokemukset ovat myös jon-kin verran yleisimpiä helsinkiläislasten ja -nuorten kohdalla verrattuna muuhun maahan. Koulukiusaami-nen on kokonaisuudessaan vähentynyt, mutta alakoulussa edelleen vajaa kahdeksan prosenttia on ollut kiusattuna vähintään kerran viikossa lukukauden aikana. Viimeisten viiden vuoden (2015 - 2019) aikana

lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kysyntä on kasvanut merkittävästi. Samaan aikaan HUS lastenpsykiatrian kysyntä on kasvanut 29%. Lastensuojelun kodin ulkopuolelle tehtävät sijoitukset ovat myös kasvaneet.

1.2.3 Ikäihmisten hyvinvointi

Väestö ikääntyminen näkyy kasvavana palvelujen tarpeena perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalipalveluissa. Kun vuonna 2018 HYKS-alueen kunnissa oli 75-vuotta täyttäneitä 5,7 - 10,8 %, niin vuonna 2025 heitä arvioidaan olevan jo 8,2 - 13,8 % väestöstä ollen suurimmillaan pienemmissä alueen kunnista.

Ikääntyessä toiminnanrajoitteet lisääntyvät. Vaikka alle 80-vuotiaiden toimintakyky on viime vuosina kohentunut, niin suurimmalla osalla 90-vuotta täyttäneistä on toimintakyvyn rajoitteita. Näihin vaikuttavat myös sosioekonomiset erot, sillä vähemmän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tehneillä ja pienituloisilla iäkkäillä on eniten toimintakyvyn ongelmia. Riskiä toimintakyvyn heikkenemiselle lisäävät myös mm. suuret elämänmuutokset asuin- ja lähiympäristössä ja pitkäaikaissairaudet ja lääkitykset. Toimivilla, laadukkailla ja oikea-aikaisilla palveluilla voidaan mahdollistaa ikääntyneiden osallisuutta ja vähentää myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. (THL Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, STM-julkaisuja 2017:6).

1.2.4 Terveystenhuollon ikävakioidut kustannukset

Terveystenhuollon ikävakioiduissa kustannuksissa on kuntien välillä eroja, joita kuvataan taulukossa 3.

Taulukko 3. Terveystenhuollon kustannukset, ikävakioidut ja tarvevakioidut kustannukset sekä erikoissairaanhoidon ikävakioidut kustannukset euroa/asukas vuodelta 2018 HYKS-alueen kunnissa.

Kunta	Terveystenhuollon kustannukset, euroa/asukas, 2018	Terveystenhuollon ikävakioidut kustannukset, euroa/asukas, 2018	Terveystenhuollon tarvevakioidut kustannukset, euroa/asukas, 2018	Erikoissairaanhoidon ikävakioidut kustannukset euroa/asukas, 2018
Espoo	1 946	2 435	2 487	1 026
Helsinki	2 236	2 542	2 546	1 147
Kauniainen	2 353	2 276	2 737	972
Kerava	2 084	2 333	2 298	1 180
Kirkkonummi	2 013	2 479	2 525	1 088
Vantaa	1 973	2 422	2 386	1 083

Taulukon 3. tiedot sisältävät kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan kustannuksia. (Lähde: Suurten kaupunkien terveystenhuollon kustannukset vuonna 2018 ja Keskisuurten kuntien ja kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen kustannukset 2018, Kuntaliitto).

Kuntien hyvinvointikertomuksen tietoja sekä muita käytettävissä olevia tietoja alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, palvelutarpeesta sekä palvelujen toteutumisesta, laadusta ja toimivuudesta on kuvattu liitteissä.

2 Strategiset painopisteet, niihin liittyvät tavoitteet ja toimenpiteet 2021 – 2025

Yhteiset toimintamallit, tavoitteet ja tavoitteiden mittarit kunnille strategisesti tärkeissä teemoissa on kuvattu tässä osiossa. Kuvatut toimintamallit ovat tavoitetiloja, joiden toteutumiseksi kunnat ja HUS sitoutuvat järjestämissuunnitelmakaudella työskentelemään. Erityisesti perustason ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja nivelvaihe on haastava. Pahimmillaan tehdään päällekkäistä työtä johtuen vastuujon epäselvyyksistä.

Tällä yhteisellä ja mahdollisimman konkreettisella sosiaali- ja terveystalouden järjestämissuunnitelmalla pyritään palvelujen parempaan integraatioon selkeiden prosessien sekä yhteisten toimintamallien määrittämisen avulla.

2.1 Kestävä talous

Kestävän talouden tavoitteet pohjautuvat pääkaupunkiseudun (pks) kaupunginjohtajien vuosittain asettamiin ja pks-rahoitusjohtajien sekä pks-konserniohjauksen valmistelemiin omistajaohjauksen tavoitteisiin.

Omistajaohjauksen tavoitteet ulottavat kuntien taloustavoitteet HUS-kuntayhtymän toimintaan. Omistajaohjauksen tavoitteet huomioidaan HUS:in talousarvioprosessissa sekä talous- ja toimintasuunnitelman valmistelussa.

2.1.1 Yhteistyö talouden tasapainotuksessa

HUS ottaa huomioon jäsenkuntien talouden tasapainotustarpeet siten, että kuntayhtymä tekee myös omat toimenpiteensä talouden tasapainottamiseksi. Pandemian tai muiden poikkeuksellisten tapahtumien takia tarvittavat talouden palautumissuunnitelmat laaditaan ja toimeenpannaan tehokkaasti yhteistyössä jäsenkuntien kanssa. Vaikutukset analysoidaan ja raportoidaan läpinäkyvästi jäsenkunnille.

2.1.2 Strategisten tavoitteiden asettaminen ja tehokas seuranta

Kuntien ja HUS:in yhteisten strategisten tavoitteiden seuranta on tehokasta ja vaadittavat korjaustoimenpiteet toteutetaan riittävän ajoissa. PKS-yhteisten tavoitteiden toteutumisesta, kokonaisinvestoinneista sekä merkittävien hankkeiden toteutumisesta raportoidaan jäsenkunnille vuosittain PKS-raportoinnin yhteydessä. Kunnilla on vahva rooli HUS:in strategisten tavoitteiden ja merkittävien kehittämishankkeiden suunnittelussa ja seurannassa.

2.1.3 Kestävä talous toiminnan lähtökohtana

Toiminnan keskiössä on kestävän talouden esimerkin näyttäminen; kustannukset ovat ennakoitavissa, vuosittaiset omistajakuntien maksusuudet ovat realistiset ja talousarviota noudatetaan. Yhteistyö jäsenkuntien kanssa on tiivistä ja talouden sekä toiminnan suunnittelu toteutetaan useamman vuoden realistisella aikajänteellä. HUSilla ja jäsenkunnilla on yhteinen näkemys maksusuuksien kehittymisestä ja niiden edellyttämistä yhteisistä sekä omista toimenpiteistä. Yksittäisen vuoden mahdollinen talousarvioylitys ei siirry automaattisesti seuraavan vuoden talousarviopohjaan.

Kunnat ja HUS etsivät aktiivisesti parhaita mahdollisia toimintatapoja kestävän talouden rakentamiseen ja hallintaan sekä sisällyttävät ne olemassa olevaan kehitystoimintaan. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen tuottaminen ja yhteiskehittäminen varmistavat yhdyspinnat muihin palveluihin ja tukevat talouden ennakoitavuutta.

Asiakasryhmille kohdistettujen palveluiden oikea-aikaisuus tukee kestävästä taloudellista suunnittelua ja mahdollistaa tehokkaammin talousarviossa pysymisen. Kustannusten kasvun hillintä edellyttää painopisteen siirtämistä entisestään varhaisiin ja ennaltaehkäiseviin peruspalveluihin, joiden painoarvo huomioidaan toiminnan suunnittelussa.

2.1.4 Tiedolla johtaminen tukee kestävästä talouden tavoitteiden toteutumista

Päätöksenteossa ja johtamisessa huomioidaan taloudelliset vaikutukset, mahdollisuudet ja reunaehdot. Johtaminen tukee sitä, että hyväksytyt talousarviot toteutuvat ja ovat sitovia. Talouden ja toiminnan enustamista kehitetään, lähtökohtana on talousarvion pitävyys ja ylityspaineiden hoitaminen talousarvion puitteissa. Ylityspaineisiin reagoidaan välittömästi ja ne hoidetaan kestäväillä toiminnan muutoksilla. Tuottavuus kehittyy vuosittain erikseen määritellyllä tavoitetasolla. Tuottavuusmäärittely ja -laskenta ovat läpinäkyviä.

2.1.5 Kestävät investoinnit

Investointien kokonaistaso mitoitetaan rahoituksellisesti kestävälle tasolle ja investointien suunnittelu perustuu kokonaisvaltaisesti toimintaa parantaviin toimenpiteisiin. Kehittämistarpeissa huomioidaan valtakunnalliset hankkeet ja painopisteet. Investointiohjelman suurimpien hankkeiden osalta selvitetään vaihtoehtoisia toteuttamis- ja rahoitusmuotoja. Hankesuunnitelmiin sisällytetään vaihtoehtoistarkastelut ja arvioidaan mahdollisuuksia toimintatapojen muutokseen (esim. etävastaanotot).

2.2 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

Nykytila:

Nykyinen ohjaus- ja yhteistyömalli ei tue riittävästi yhteisten toimintatapojen ja -mallien suunnittelua ja jalkautusta. Yhtenäistä tietopohjaa ja raportointia ei ole. Ohjaus- ja yhteistyömallin toimimattomuus on johtanut useisiin ongelmiin sekä asiakastyön että palvelujärjestelmän ja -ketjun tasolla: Tiedonkulussa on katkoksia ja katveita eri osapuolten välillä. Systemaattisina toteutuvat lapsi- ja nuorisolähtöiset yhteistyökäytännöt ja palveluketjut puuttuvat. Yhteistyötä toimijoiden kesken tulisi tiivistää. Tämän seurauksena kuntien ja HUS:in toimintakulttuurit eivät ole yhtenäiset. Haasteeksi on tunnistettu mielenterveyspalveluihin pääsy.

Nykyisin tarjolla olevat lastensuojelun palvelut ja erikoissairaanhoidon eivät vastaa Helsingin ja HUS:in yhdessä tunnistaman väliinpuotoaja-asiakasryhmän tarpeisiin. Väliinpuotoajien hoidon tarpeen arviointi tai hoito on keskeytynyt tai vaarassa keskeytyä. Oikeanlaisen tuen ja hoidon jäädessä puuttumaan nämä lapset ja nuoret ohjautuvat kasvavassa määrin pitkäkestoiseen erityis- ja vaativan tason sijaishuoltoon. Väliinpuotoajien asiakasryhmä kasvattaa tuntuvasti lastensuojelun kustannuksia muokkaamalla palvelurakennetta laitospainotteiseksi. Voimakkaasti kasvava satsaus ympärivuorokautiseen palveluun sosiaalihuollossa ja lastensuojelussa ei kuitenkaan ole viimeisimmän tutkimustiedon valossa tuloksetta. Tutkimukseen ja vaikuttavuusnäyttöön perustuvan tuen ja hoidon oikea-aikainen toteuttaminen edellyttää lastensuojelun ja psykiatrian resursseja ja osaamista yhdistävää, uudenlaista ratkaisua.

Tässä osiossa kuvattavilla toimintamalleilla pyritään ehkäisemään lasten ja nuorten syrjäytymistä.

2.2.1 Lapsi- ja nuorilähtöinen, integroitu ja oikea-aikainen tuki ja hoito

Seuraavassa kuvataan kaksi tuen ja hoidon toimintamallia (A ja B).

A. Perustason hoitoa vahvistetaan ja kehitetään yhteistyössä HUS:in kanssa

Toimintamalli:

Kuntien ja erikoissairaanhoidon toimintamallit (työnjako ja hoidon porrastus) yhtenäistetään asiakasläh- töisesti siten, ettei asiakkaan hoitoon pääsy hidastu raskaan arviointiprosessin ja/tai resurssipullonkaulan takia. Perustasolla työskentelevät ammattilaiset hyödyntävät hoidon tarpeen arvioimisessa strukturoituja arviointimenetelmiä ja erikoissairaanhoidon järjestämää konsultaatiota. Perustasolla tarjotaan arviointiin perustuva varhainen interventio aina, kun se on tehtyyn arviointiin perustuen mahdollista. Kehittämis- toimenpiteenä toteutetaan HYKS ERVA:n maakuntien ja HUS Psykiatrian laaja SOTE-yhteishanke. Hank- keessa vahvistetaan edellytyksiä toteuttaa hoitoa perustasolla ja luodaan pysyvä yhtenäinen toiminta- malli tutkimukseen ja näyttöön perustuvien hoitojen ja interventioiden implementointiin.

Tavoitteet:

- Lasten, nuorten ja heidän perheidensä tuen ja hoidon tarve arvioidaan oikea-aikaisesti perus- tasolla
- Arviointikäytännöt perustasolla ovat monialaisia ja koordinoituja: saman lapsen tai nuoren tuen ja hoidon tarvetta ei arvioida useissa palveluissa rinnakkain tai toistuvasti
- Oikea-aikaisen arvioinnin ansiosta perustasolla on saatavissa hoidollista tukea tai hoitoa lasten ja nuorten mielenterveyden lieviin tai keskivaikeisiin häiriöihin sekä neuropsykiatrisiin häiriöi- hin.
- Lasten ja nuorten erikoissairaanhoidotasoinen psykiatrinen hoito kohdentuu vaikeisiin ja vaati- viin häiriöihin ja sen osuus kohdeväestöön suhteutettuna vähenee
- Lasten ja nuorten yleisimpiin mielenterveyden häiriöihin on saatavilla tutkimukseen ja näyttöön perustuvia hoitoja perus- ja erityistasolla

Mittarit:

- Toteutuneiden konsultaatioiden määrä eriteltynä (sisällytetään seurantaan kunnan sisäiset konsultaatiot ja kuntien välinen vertailu ESHn konsultaatioiden osalta)
- Perustasolla toteutuneiden hoidon tarpeen arviointien määrä/ kohdeväestöön suhteutettuna (asiasta sovitaan tarkemmin vastuuparikeskusteluissa: interventioista sopiminen esh- ja pth- tasolla sekä esh:n koulutussuunnittelu)
- Perustasolla toteutuvien tutkimukseen ja näyttöön perustuvien hoitointerventioiden määrä/ kohdeväestöön suhteutettuna
- Läheteet erikoissairaanhoidoon
- x % henkilöstöstä saanut tutkimukseen ja näyttöön perustuvan menetelmäkoulutuksen

B. Jalkautuva intensiivituki ja -hoito lastensuojelun ja lasten- ja nuorisopsykiatrian yhteisille 10-18 vuotiaille väliinpuotoaja-asiakkaille

Toimintamalli:

Toimintamallissa lastensuojelun avohuollon, lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä nuorisotyön resursseja yhdistämällä muodostetaan väliinpuotoaja-asiakkaita palveleva ydintiimi. Valtaosalla väliinpuotoajista ydinoireena on käytöshäiriö, ja sen rinnakkaishäiriöitä: tyypillisimmin puheen ja kielen kehityksen häiri- öitä, oppimisvaikeuksia, ADHD, mielialahäiriöitä ja päihteiden käyttöä. Oireilussa voi olla ylisukupolvi- suutta, perheessä useampi oireileva lapsi tai perheessä kuormittava tilanne. Näistä tai muista syistä ny- kymuotoisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai sen tarpeen arviointi ei toteudu asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Ydintiimin yhteistyö perusopetuksen kanssa on systemaattista. Tiimin lastensuojelun työntekijät (esimerkiksi tehostetun perhetyön sosiaaliohjaaja) sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian työntekijät (esi- merkiksi sairaanhoitaja tai psykologi) työskentelevät lapsen, nuoren, vanhempien ja koko perheen sekä yhteistyöverkoston kanssa työparina ja jalkautuvat lapsen ja nuoren kotiin ja arjen kasvuympäristöön.

Työskentely räätälöidään tutkimukseen perustuvia mallinnettuja toimintaperiaatteita noudattaen vastaamaan lapsen ja nuoren tuen ja hoidon tarpeisiin. Työskentelyllä varmistetaan, että lapsi ja nuori saa tarvitsemansa tuen ja hoidon tarpeen arvion sekä siihen perustuvan vaikuttavan, tietoon perustuvan tuen ja hoidon. Uudenlaisen toimintamallin järjestäminen edellyttää panostusta lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon yhteiseen kehittämiseen. Kehittämisessä tulee edetä vaiheittain toimintamallin pilotoimisesta ja arvioimisesta kohti pysyvää integroitua palvelua. Kohderyhmä ja soveltuvat menetelmät tai toimitatavat voivat tarkentua pilotin aikana.

Tavoitteet:

- Integroituun palveluun ohjautuvien lasten ja nuorten syrjäytymisen kierteen pysähtyminen
- Lastensuojelun vaativan ja erityistason laitoshoidon väheneminen
- Yhdessä tunnistetulle väliinputoaja-asiakasryhmälle kohdentuvan ja soveltuvan hoidon määrän lisääntyminen HYKS nuorisopsykiatriassa
- Perusopetuksessa olevien koulunkäyntiongelmien väheneminen

Mittarit:

- Erityis- ja vaativan tason laitoshoitoon sijoitettavien lasten ja nuorten määrä, joissa sijoituksen taustasyynä lapsen psyykkisen hyvinvoinnin ongelmat ja lapsen diagnosoitu psyykkinen sairaus (Helsingin seurattava indikaattoritieto)
- HYKS nuorisopsykiatriassa hoidon keskeyttäneiden osuus/määrä (seuranta ainoastaan nuorten osalta, koska lapsilla hoidon keskeyttäminen on harvinaisempaa).
- Perusopetuksessa olevien koulupoissaolot

2.3 Kiireellinen vastaanotto toiminta ja yhteispäivystys (YLE)

Nykytila:

Ympäri vuorokautinen päivystys järjestetään lainsäädännön mukaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä. Kokoamalla sosiaali- ja terveydenhuollon kiireellisiä palveluja ja osaamista yhteispäivystykseen parannetaan erilaisiin päivystystilanteisiin vastaamista kokonaisvaltaisesti ja potilasturvallisesti. Lainsäädännön päivittyessä terveysasemien ja sairaanhoitopiirien rooleja sekä toiminnanjakoa arvioidaan uudestaan. Yhteispäivystyksen tavoitteena on parantaa potilaiden ohjautumista suoraan oikeaan hoitoon, edistää sujuvaa päivystyspalvelua sekä henkilöstön osaamisen ja tyytyväisyyden paranemista.

Kiireellisen vastaanotto toiminnan ja yhteispäivystyksen toimintaperiaate:

Yhteispäivystys on kuntien päivystystoiminnan jatkumo, joka täydentää terveysasemien aukioloaikojen puitteissa tarjottuja kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja. Yhteispäivystys on HUSin tuottama osopalvelu, jonka veloitus on käyntiperusteinen.

Toiminnan lähtökohta on, että potilas hoidetaan siellä, minne potilas on hakeutunut hoitoon. Potilas ohjataan yhteispäivystyksestä perusterveydenhuoltoon ainoastaan poikkeustapauksissa perustuen hoitoon ohjauksen ja hoidon porrastuksen/hoitopaikan valinnan ohjeisiin (Kiireellisen hoidon arviointi, koonnut Emil Heinäaho 2020; Hoitoonohjaus Helsingissä – Ohje terveydenhuoltohenkilöstölle 15.8.2018).

Jos potilas ohjataan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, tehdään asiakasohjaus HUSin toimesta saattaen ja varmistaen, että vastaanottava taho löytyy.

2.3.1 Kiireellisen vastaanotto toiminnan ja päivystyshoidon (YLE) yhteiset prosessit (pl. psykiatrisen päivystys)

Seuraavassa kuvataan viisi yhteisiin prosesseihin liittyvää toimintamallia (A, B, C, D ja E).

A. Toimintamallien ja yhteistyörakenteiden luominen sosiaali- ja kriisipäivystysten ja yhteispäivystysten välille

Toimintamalli:

Sosiaali- ja kriisipäivystykset ovat tavoitettavissa 24/7. Jokainen kunta määrittelee itse eri ikäryhmien päivystyksellisten tilanteiden hoitopolut virka-ajalla ja sen ulkopuolella. HYKS-alueella Helsingin sosiaali- ja kriisipäivystys järjestää myös virka-aikaista terveystieteellistä Haartmanin ja Malmin sairaaloiden yhteispäivystykseen ja päivystysvalvontaosastoille. Yhteispäivystykseen luodaan malli, miten yhteydenotot kunkin kunnan sosiaali- ja kriisipäivystykseen käytännössä tehdään. Toimintamallilla pyritään luomaan rakenne konsultaatiokäytännöille ja saamaan palvelujen piiriin kuntalaiset, joilla on kiireellisen tai välttämättömän sosiaalityön tai kriisityön palvelutarve.

Yhteistyön, ilmoituskäytäntöjen ja yhteydenottojen toimintatapoja kehitetään erityisesti seuraavissa tilanteissa, joissa tehdään sosiaalityön tarpeen arviointi ja konsultaatio:

- Huoli lapsesta tai perheen tilanteesta, lastensuojeluilmoitukset / Lastensuojelulain mukainen ilmoitusvelvollisuus 25§ ja 25a§
 - lapsen pahoinpitelyepäilyt, vanhempien päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat, nuorten päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat erityisesti itsetuhoisuus, heitteillejätto ja hoidon laiminlyönti
- Perhe- ja lähisuhdeväkivalta, seksuaalinen väkivalta, henkinen väkivalta
 - myös ikäihmisten sekä ilman lapsia olevien aikuisten ohjaus sosiaalihuoltolain mukaisesti
 - puheeksiottamisen mallin ottaminen käyttöön yhteispäivystyksissä
 - sosiaali- ja kriisipäivystyksillä on vahva yhteistyö poliisin ja poliisin sosiaalityön kanssa. Kunnasta riippuen on mahdollisuus myös MARAK-työskentelyyn tai yhteistyöhön Turvakohtien kanssa.
 - seksuaalisen väkivallan osalta akuutti kriisityö sosiaali- ja kriisipäivystyksestä yhteistyössä Seri-tukikeskuksen kanssa
- Traumaattiset kriisit
 - läheisen äkilliset ja yllättävät kuolemat
 - läheisen itsemurha tai vakava itsemurhayritys
 - oman tai läheisen yllättävä ja äkillinen vakava sairastuminen
 - väkivallan ja seksuaalisen väkivallan uhriksi joutuminen
 - onnettomuudet (esim. tulipalot, liikenneonnettomuudet)
 - vakavan rikoksen uhriksi joutuminen
- Ikääntyneiden kiireellinen sosiaalityön tarpeen arviointi / Ilmoittaminen ikääntyneen henkilön palvelutarpeesta 25§
 - omaishoitajan äkillinen sairastuminen
 - kotona selviytymisen äkillinen muutos
 - väkivallan tai hyväksikäytön uhriksi joutuminen
- Elämänhallinnan ongelmat / Sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitusvelvollisuus sosiaalihuollon tarpeen arvioimiseksi 35§
 - tilapäismajoituksen tarve (SHL 21§)
 - vakavat ja akuutit toimeentulo-ongelmat (ruoka, lääkkeet)
- Yhteistyötä edellyttävät laajat häiriötilanteet psykososiaalisen tuen järjestämiseksi
 - väestön evakuointi, ruokahuollon tarve, suuronnettomuudet

Tavoitteet:

- Yhteistyölle on määritelty selkeät yhtenäiset tavoitteet, toimintatavat sekä mittarit ja yhteistyötä arvioidaan säännöllisesti. Arviointi tehdään kuntien ja HUS:in vastuuparimallin mukaisesti yhdessä.
- Kehittämistyö on jatkuvaa.
- Yhteispäivystysten yhteydenotot sosiaali- ja kriisipäivystyksiin lisääntyvät.

Mittarit:

- Yhteistyörakenteet ja toimintatavat on kuvattu ja otettu käyttöön kattavasti.
- Yhteydenottojen määrät yhteispäivystyksistä sosiaali- ja kriisipäivystyksiin ovat lisääntyneet.
- Kuntakohtaiset mittarit: esim. Helsingin sosiaali- ja kriisipäivystys käyttää laadullisia mittareita yhteistyön arvioimisessa.
- Tähän tarvitaan jatkossa myös talouteen liittyvä mittari.

B. Potilaskuljetusten ohjaus

Toimintamalli:

Potilaskuljetuksissa noudatetaan kuntien ensihoidon hoitoonohjausohjeita, joiden perusteella sairaanhoitopiiri ohjeistaa alueen ensihoidon. Asiakasta ei jätetä potilaskuljetuksesta terveysasemalle ennen kuin terveysaseman lääkäri on tehnyt tilannearvion. Terveysasemalääkäri ohjaa potilaskuljetuksen tarvittaessa siirtämään asiakkaan suoraan erikoissairaanhoidon, jos asiakkaan palvelutarpeeseen ei pystytä vastaamaan terveysasemalla olevilla resursseilla. Siirron perusteena voi esimerkiksi olla tarve kuvantamiselle ja/tai laboratoriopalveluille.

Helsingissä potilaskuljetus ei pääsääntöisesti tuo asiakkaita lainkaan terveysasemille (noudatetaan "Hoitoonohjaus Helsingissä" -ohjetta).

Tavoite:

- Kehitetään hoitoonohjausta niin, että potilasohjaus tehdään suoraan oikeaan paikkaan.

Mittarit:

- Terveysasemille ambulanssilla tuotujen potilaiden määrä.
- Osuus ambulanssilla terveysasemalle tuoduista potilaista, jotka on jouduttu lähettämään edelleen ambulanssilla sairaalapäivystykseen.

C. Päivystysavun prosessi

Toimintamalli:

Kiireellisissä tilanteissa, jotka eivät voi odottaa terveysaseman aukeamista, potilas saa apua soittamalla Päivystysapuun. Toimintamallilla pyritään siihen, että päivystysavussa on 24/7 lääkärituki, joka voi arvioida lähetteen tekemisen tarpeen. Yhteydenottopyyntö, tai jossain tapauksissa ajanvaraus, perustasolle on mahdollista päivystysavusta perustason hoidon porrastuksen mukaisesti (esim. Kivun kera -toimintamalli). OmaOlon tai vastaavan järjestelmän käyttöä laajennetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnassa.

Helsinki tuottaa muista kunnista poiketen päivystysavun omana toimintanaan. Ajanvaraus perustasolle on mahdollista jo nykytilassa.

Tavoitteet:

- Asiakkaiden ongelmatiikan ratkaisu päivystysavussa.
- Vuoden 2021 aikana muodostetaan yhteinen toimintamalli päivystysavun osalta.

Mittari:

- Yhteinen toimintamalli luotu ja kirjataan mihin asiakas siirtyy (kotiin, jatkohoitoon, muualle).

D. Ohjeet yksityisille toimijoille asiakkaan eteenpäin ohjauksessa**Toimintamalli:**

Ohjeet yksityisille toimijoille asiakkaan ohjauksessa jatkohoitoon muodostetaan noudattaen kuntien ja erikoissairaanhoidon työnjakoa. Ohjeista ja niiden päivittämisvastuusta sovitaan kuntien ja HUSin kesken.

Tavoitteet:

- Parempi ja oikeampi asiakkaiden ohjautuminen oikeille toimijoille.
- Vähemmän virheitä ja parempi tietoisuus yksityisellä puolella yksiköistä ja mitä hoitoa missäkin annetaan.

Mittarit:

- Uudelleenohjatut yksityisen toimijan tekemät lähetteet.

E. Päivystyksen prosessit ja resursointi**Toimintamalli:**

Työvälineet resursoinnin osalta nykyaikaistetaan. Resursoinnissa siirrytään hyödyntämään tilastoja käynneistä ja asiakastarpeesta eri ajankohtina. Yhteispäivystyksissä keskitytään hoitamaan yhteispäivystyksen potilaita kuntien hoidon porrastuksen mukaisesti. Päivystyksessä toimivien lääkäreiden osalta vähennetään merkittävästi vaihtuvuutta sekä pyritään vähentämään vuokralääkäreiden määrää ja lisäämään ase-
tuksen mukaisesti yleislääketieteen osaamista. Prosessien uudistamisella ei tarkoiteta tehtävien siirtoja perustasolle.

Tavoite:

- Resursoinnin uudistamisen ja prosessien päivittämisen myötä yhteispäivystyksessä tuotetaan enemmän suoritteita kasvattamatta resurssien määrää tai lisäämättä kuluja.

Mittarit:

- Hoidetut potilaat / resurssit.
- Hyödynnetään päivystysintegraation seurantakokouksissa sovittuja mittareita.

2.4 Ikäihmisten palvelujen yhdyspinnan kehittäminen

Ikääntyneen väestön määrä kasvaa voimakkaasti. HYKS-alueen yli 75-vuotiaan väestön määrän kasvu on kuvattu liitteessä 6 Taustatiedot ikääntyneiden osioon. Huoltosuhteen heikkeneminen on haaste julkisen talouden kestävyydelle. Palvelurakennetta kevennetään siirtäen kunnissa laitoshoidosta vapautuvia resursseja kotona asumista tukeviin palveluihin.

2.4.1 Selkeä toimintamalli ja työnjako kotiutuksissa sekä jatkohoidon järjestyksessä

Seuraavassa kuvataan neljä kotiutuksen ja jatkohoidon toimintamallia (A, B, C, D).

A. Kunnista jalkaudutaan päivystykseen

Toimintamalli:

Perustason työntekijät (esim. palveluohjaaja) käyvät tarpeen mukaan erikoissairaanhoidon päivystyksen toimitiloissa kohdatakseen sinne hakeutuneet ikäihmiset. Helsingin osalta kotiutushoitajat työskentelevät HUS:in palveluksessa. Toiminnalla varmistetaan, että ikääntyneen kotiutuminen päivystyksestä on tuettu erityisasiantuntijan toimesta. Toimintamallin pohjaksi luodaan yhteinen prosessikuvaus perustason kotiutustiimin ja erikoissairaanhoidon yhteistyön vaiheista.

Tavoitteet:

- Sairaalahoitoon päivystyksestä siirrettyjen määrä laskee.
- Sairaalahoitajakosten määrän lasku näkyy yli 75 vuotiaiden sairaalahoidon ja erikoissairaanhoidon kustannusten laskuna.
- Päivystyksestä palataan kotiin välttämättä tarpeettomat ja ylimääräiset sairaalahoitajakostot.
- Päivystyksillä on 24/7 pääsy tietoon kotiin saatavien apujen järjestämismahdollisuuksista.

Mittarit:

Seurattavat tiedot ikäryhmittäin 1) 75-84 vuotta ja 2) yli 85 vuotiaat:

- Asiakaskohtaisten erikoissairaanhoidon kustannusten keskiarvo
- Uloskirjaukset (hoitoluokat)
 - Päivystyksestä osastolle otto %
- Hoidon tarpeen uusiutuminen %
 - Hakeutuminen perus- ja/tai erikoistason terveystalouteen samalla diagnoosiryhmällä (MDC-luokka) 7 vuorokauden kuluessa edellisestä päivystyskäynnistä.

B. Kunnista jalkaudutaan osastoille

Toimintamalli:

Perustason kotiutustiimi käy säännöllisesti erikoissairaanhoidon osastojen toimitiloissa kohdatakseen siellä hoidettavat ikäihmiset. Helsingissä vuorovaikutus erikoissairaanhoidon osastoilta perustasolle toteutuu kotiutushoitajien toimesta. Toiminnan tavoitteena on varmistaa tietoisuus erikoissairaanhoidossa potilaan sosiaalipalveluista ja tukea kotiutuksessa. HUS vastaa kotiutuspäätöksistä.

Tavoitteet:

- Sairaalahoitajaksojen pituudet lyhenevät
- Hoidon tarpeen uusiutumisen % laskee
 - Hakeutuminen perus- ja/tai erikoistason terveystalouteihin samalla diagnoosiryhmällä (MDC-luokka) 7 ja 30 vuorokauden kuluessa hoitajakson päättymisestä.
- Osastoilta kotiin palaavien osuus kasvaa.
- Sairaalahoitajaksojen määrän lasku näkyy yli 75 vuotiaiden erikoissairaanhoidon kustannuksissa.

Mittarit:

Seurattavat tiedot ikäryhmittäin 1) 75-84 vuotta ja 2) yli 85 vuotiaat:

- Asiakaskohtaisten erikoissairaanhoidon kustannusten keskiarvo
- Hoitajakso- ja päivät, mediaani ja keskiarvopituudet
 - Erikoissairaanhoidon (psykiatria eritelty) ja pth-sairaalat
- Osastolta jatkohoitoon lähetettävien määrä
- Uloskirjaukset (hoitoluokat)
- Hoidontarpeen uusiutuminen %
 - Hakeutuminen perus- ja/tai erikoistason terveystalouteihin samalla diagnoosiryhmällä (MDC-luokka) 7 ja 30 vuorokauden kuluessa kotiuttamisesta.

C. Kotiutushoitajien/palveluohjaajien yhteiset työnkuvat ja kotiutuksen tarkistuslistat

Toimintamalli:

Kotiutushoitajien tai vastaavaa työtä tekevien työnkuvat ja kotiutuksen tarkistuslistat vakioidaan niiltä osin kuin se on mahdollista.

Tavoite:

- Kotiutushoitajien, tai vastaavaa työtä tekevien, työnkuvat ja kotiutuksen tarkistuslistat on vakioidettu vuoden 2021 aikana.

Mittarit:

- Lyhyt aikaväli: Yhteiset työnkuvat ja kotiutuksen tarkistuslistat on määritetty ja otettu käyttöön vuoteen 2022 mennessä.
- Pitkä aikaväli:
 - Yhteydenottojen määrä perustasolta kotiutuksen jälkeen.
 - Siirtoviive kotiutus päätöksestä.

D. Kotiin vietävien palvelujen kehittäminen

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen osuus on merkittävä ikääntyneiden kotona pärjäämisessä. Kotihoitolääkäreiden resursoinnin riittävyys turvaa lääkäripalvelut kotiin myös akuuttitilanteissa. Vuonna 2020 Espoossa toimivan liikkuvan sairaalan (LiiSa) tavoitteena on tuottaa potilaalle turvallinen ja osaava hoito ajallaan heidän omassa kodissaan.

Toimintamalli:

LiiSa on liikkuva diagnostiikka- ja hoitoyksikkö, joka toimii 24/7. LiiSa on erikoistunut pitkäaikaishoidossa asuvien ja kotihoidon tukea tarvitsevien asukkaiden päivystyksellisiin tilanteisiin. Käynti korvaa potilaan päivystyspoliklinikkäkäynnin ja mahdollistaa potilaan nopeamman hoidon aloituksen. Liikkuvan sairaalan diagnostisen ja arvioivan käynnin jälkeen tarvittaessa hoito voi jatkua kunnan kotisairaalan käynnin.

Tavoitteet:

- Espoon liikkuvan sairaalan (LiiSa) kaltaisen toimintamallin käyttöönotto kaikissa HYKS-alueen kunnissa.
- Vähentää kotihoidon ja pitkäaikaishoidon asiakkaille raskaita päivystyskäyntejä.
- Potilaat saavat hoitoa oikeassa ja tarkoituksenmukaisessa paikassa turvallisesti, nopeasti ja ilman siirtymisiä ja odotteluja.
- Ensihoidon ja sairaankuljetuksen resurssien tarkoituksenmukainen käyttö.
- läkkäiden kotihoidon potilaiden päivystyspoliikkikäyntien vähentäminen ja nopean diagnostiikan ja hoidon aloituksen turvaaminen LiiSan ja kotisairaalan turvin.

Mittarit:

Seurattavat tiedot ikäryhmittäin 1) 75-84 vuotta ja 2) yli 85 vuotiaat:

- Sairaalan päivystyspoliikkikoille kotihoidosta ja pitkäaikaishoidosta ohjautuvien potilaiden määrät.

2.4.2 Vaikeiden neuropsykiatristen oireiden hoidon osaamisen kehittäminen

Vaikeiden neuropsykiatristen oireiden hoito muistisairailta on pirstaleista selkeän hoitoketjun puuttuessa. Osa potilaista kärsii sekavuustilasta ja tarvitsee somaattista hoitoa. Toisaalta potilaat ovat somaattiselle osastolle haaste. Osa tarvitsee selkeästi psykiatrista erikoissairaanhoidon konsultaatiota. Osittain pirstaleinen järjestelmä altistaa muistisairaita sekavuudelle. Potilasryhmä kasvaa nopeasti, joten uudet toimintamallit vaativat lisäresursointia.

Kunnat ja HUS sitoutuvat yhteiseen kehittämiseen, jonka tavoitteena on asiakasturvallinen hoito ilman potilaan turhaa siirtelyä. Kehittämisen toimenpiteet järjestämisuunnitelmakaudella on kuvattu seuraavassa.

Seuraavassa kuvataan neljä neuropsykiatristen oireiden hoidon toimintamallia (A, B, C, D).

A. Konsultaatiokäytäntöjen yhtenäistäminen

Toimintamalli:

Hybridi- ja konfuusio-osastoilla konsultaatiot toteutetaan kiertoina, joihin somatiikan asiantuntijat osallistuvat. Konsultaatiot voidaan toteuttaa myös etäyhteydellä.

Konsultaatioiden osalta HUS täsmentää akuuttipsykiatrian ja geropsykiatrian roolit ja työnjaon. HUS toimittaa täsmentyneen työnjaon mukaiset toimintaohjeet kuntiin. Kuntien ja HUSin yhteistyö toimii hyvin geropsykiatristen konsultaatioiden osalta. Yhteistyö on kuitenkin osin puutteellista resurssitilanteen takia.

Erikoissairaanhoidon konsultatiivista tukea perustason avohoidolle ja potilaan kotiuttamisen tueksi lisätään. Konsultaatioiden muotona vakiinnutetaan myös psykiatristen sairaanhoitajien konsultaatiot kuntien hybridi- ja konfuusio-osastoille sekä avopalveluihin. Psykiatristen sairaanhoitajien konsultaatioiden määrässä huomioidaan haaste sairaanhoitajaresurssien saatavuudessa.

Konsultaatiokäytännöt yhtenäistetään pohjautuen Vantaan ja HUSin toimintamalliin.

Tavoitteet:

- HYKS-alueen konsultaatiokäytännöt on yhtenäistetty vuoden 2021 aikana.
- Geropsykiatrian konsultaatioissa huomioidaan opetuksellinen näkökulma geriatriaan erikoistuville.
- Kuntien yhteistyö on sujuvaa HUS:in akuuttipsykiatrian kanssa.
- Psykiatrien osaamista geriatriasta ja aivosairauksista lisätään.

Mittarit:

- Psykiatristen sairaanhoitajien ja/tai geropsykiatrian lääkäreiden konsultaatioiden määrä.
- Konsultaatioiden toimivuus vuoden 2022 alussa (kysely/yhteinen keskustelu)

B. Päivystysaikainen potilasohjaus

Toimintamalli:

Kuntien kiireellisen hoidon ja HUS:in yhteispäivystyksen potilasohjauksen perusta on potilaan oireenmukainen tarve, ei mahdollinen aiempi diagnoosi tai sen puute. Jos potilasohjauksessa arvioidaan oireenmukaisen tarpeen vaativan erikoissairaanhoidon, potilasta ei lähtökohtaisesti uudelleen ohjata. Päivystysalueen seurantapaikat mahdollistavat psykiatrisille potilaille siirron odottamisen päivystyksessä virkaajan alkamiseen asti.

HUS tarkentaa akuuttipsykiatrian roolin päivystysenaikaisessa potilasohjauksessa. Järjestämissuunnitelma-kaudella selvitetään etäsairaaloiminnon käyttöönottoa somaattisilla osastoilla. Etäsairaaloiminnon arvioidaan auttavan erityisesti masennus-/ja ahdistuspotilaita.

Tavoitteet:

- Potilaan siirtelyn välttäminen.
- Potilasohjaus tehdään suoraan oikeaan paikkaan.
- Psykiatrien osaamista geriatriasta ja aivosairauksista lisätään.

Mittarit:

- Potilaan uloskirjausten/siirtojen määrä hoitojakson aikana.

C. Selvitys yhteisestä erikoissairaanhoidon yksiköstä aivosairauksien tai -vammojen vuoksi vaikeasti neuropsykiatrisesti oireileville henkilöille

Toimintamalli:

Vaikean aggressiivisesti, itsetuhoisesti tai levottomasti oireilevien potilaiden hoitoon erikoistuvan yksikön perustamista selvitetään. Yksikön perustamista selvitetään osaksi psykiatrista erikoissairaanhoidon. Yksikölle haetaan sijoitusta akuuttisairaalan välittömään läheisyyteen. Potilaiden siirtyminen yksiköstä jatkohoitoon mallinnetaan kuntien ja HUS:in yhteistyönä ennen toiminnan mahdollista käynnistämistä.

Tavoite:

- Selvitys yksikön perustamisesta valmistuu osana kuntien ja HUS:in yhteistä hoidon kehittämistä.

D. Ikääntyneiden päihdeidenkäytöstä johtuvien konfuusiotilojen hoito

Nykytilassa päihdepotilaiden konsultaatiot eivät toimi tarkoituksenmukaisesti, koska konsultaatioiden kohdentaminen moniongelmaisten potilaiden osalta voi olla haastavaa.

Toimintamalli:

Potilasryhmän osalta tehdään kuntien ja HUS:in yhteinen hoidon määrittely. Hoidon määrittelyssä huomioidaan psykiatristen konsultaatioiden tärkeys päihdepotilaiden osalta.

Potilaita hoitavat työparina kokenut (päihde)psykiatri ja kokenut somatiikan asiantuntija. Geriatriaan erikoistuville mahdollistetaan yhteistyö kokeneiden asiantuntijoiden kanssa silloin, kuin resurssitilanne sen sallii.

Tavoitteet:

- Päihdepsykiatrisen konsultaation malli on kehitetty.
- Yhteinen hoidon määrittely on tehty 2022.

2.5 Integroivat digitaaliset ratkaisut

Integroivat digitaaliset ratkaisut nousivat järjestämissuunnitelman valmistelun yhteydessä viidenneksi strategiseksi painopisteeksi.

Nykytila:

Digitalisaatiossa on kyse suuresta kulttuurisesta murroksesta terveydenhuollossa. Digitalisaation myötä tapamme tuottaa ja käyttää terveyspalveluja on muuttumassa olennaisella tavalla. Integroivia digitaalisia ratkaisuja on saatavilla esimerkiksi HUSin Terveyskylä-verkkopalvelussa tai SoteDigi Oy:n Omaolo-palvelussa. Näitä ratkaisuja ovat esimerkiksi digihoitopolut, e-konsultaatiot, etäkuntoutus, etähoito ja erilaiset oirearviot. Terveydenhuollon ammattilaisten työvälineitä ovat muun muassa terveyshyötyarvio ja sähköiset ajanvarauspalvelut.

Integroiviin digitaalisiin ratkaisuihin liittyy kehittämistä tehdään laajalti sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tässä järjestämissuunnitelmassa keskitytään perus- ja erikoistason yhdyspintaan ja potilasryhmäkohtaisiin ratkaisuihin, joissa lähtökohtana ovat asiakastarpeet ja kuntien tarpeet.

Toimintamalli:

Integroituvien palveluiden tukena on konkreettisia potilasryhmäkohtaisia integroivia digitaalisia ratkaisuja kuten digihoitopolkua, joustavia ja toimintavarmoja e-konsultaatioita ja oirearvioita.

Digihoitopolut ovat digitaalisella palvelukanavalla tarjottavaa hoitoa perinteisen sairaanhoidon tukena. Digihoitopolulla potilas voi täyttää hoitoon liittyviä kyselyitä ja saada niistä ohjaavaa palautetta, lukea hoitoon liittyviä potilasohjeita, valmentautua omahoitoon, ottaa käyttöön välineitä oireiden ja terveysarvojen seuraamiseen sekä olla yhteydessä hoitavaan yksikköön viesteillä tai etävastaanotoilla. Mobiiliapplikaatioita käytetään usein osana digihoitopolkua.

e-konsultaatiot ovat etäkonsultaatioita, jossa käytetään tietoteknisiä ratkaisuja perinteisen tekstin tai puhelinoiton sijasta tai niiden lisäksi. Esimerkkeinä e-konsultaatioista ovat puhelin- tai tietokonesovelluksen avulla toteutettavat konsultaatiot tai puhelinkonsultaatiot, joissa kontakti tapahtuu kontaktireititysautomaattien turvin. Reaaliaikainen etäkonsultaatio (REK) on etäkonsultaatio, usein myös e-konsultaatio, jossa konsultoiva ja konsultaatiota antava taho ovat asioimassa keskenään samanaikaisesti. Olennaista REK:issa on potilaan mahdollisuus olla mukana.

Oirearviot ovat yleensä verkossa tehtäviä kyselyitä, jotka voivat olla hoitoa ohjaavia tai neuvovia, ne voivat kerätä tietoa tai ohjata oikeaan hoitopaikkaan.

Järjestämissuunnitelmakaudella otetaan käyttöön työkalu mielenterveyspalvelujen piirissä olevien lasten ja nuorten vanhemmille sekä käynnistetään palliatiivinen 24/7 konsultaatiopalvelu. Palliatiivinen konsultaatiopalvelu sisältää konsultaation sosiaalihuollon palveluihin, joiden piirissä monet palliatiivista hoitoa saavat ovat. Sosiaalipalvelut ovat mukana palliatiivisissa hoidoissa ja palvelutarpeen arvioinnissa hoidon käynnistyessä.

Tavoitteet:

- Potilas saa avun terveysongelmaansa nopeammin.
- Reaaliaikaisen etäkonsultaation (REK) käyttö laajenee.
- Ennakoivan hoidon merkitys kasvaa ja ihmisten mahdollisuudet oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen lisääntyvät.
- Nopeat ja toimintavarmat e-konsultaatiot vähentävät lähetteitä erikoissairaanhoidon.
- Integroivat digitaaliset ratkaisut
 - ovat käyttäjälähtöisiä
 - tarjoavat keskeisiä keinoja strategisten painopisteiden tavoitteiden saavuttamiseksi
 - mahdollistavat uudet pth-esh -yhteistyön mallit, jotka tukevat perusterveydenhuollon ammattilaista potilastyössä
 - kehittävät hoitoprosesseja ja yhdenmukaistavat kuntakohtaisia eroja
 - tehostavat palveluketjuja ja lisäävät potilaiden alueellista tasa-arvoa
- Digihoitopolut
 - tarjoavat tietoa ja tukea tutkimuksiin ja hoitoihin, esimerkiksi leikkaukseen, valmistautumiseen ja toipumiseen
 - tukevat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyvien potilaiden hoitoa ja seuranta
 - tukevat potilaan elämistä pitkäaikaisen sairauden kanssa ja omaseurannan mahdollisuuksia.

Mittarit:

- Palliatiivinen 24/7 konsultaatiopalvelu on otettu käyttöön.
- Työkalu mielenterveyspalvelujen piirissä olevien lasten ja nuorten vanhemmille on otettu käyttöön.
- Erikoissairaanhoidon läheteiden määrä.
- Reaaliaikaisen etäkonsultaation (REK) käytön laajuus.
- Asiakkaan ja omaisen käyttökokemus.

2.6 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon digitaalisten ratkaisujen kehittäminen kokonaisuutena

Toimintamalli:

Perusterveydenhuollon OmaOlon ja erikoissairaanhoidon Terveyskylän hoitopolkuja kehitetään kokonaisuutena. Digitaalisten ratkaisujen asiakasrajapinnassa otetaan käyttöön automatisoitu asiakaspalveluratkaisu (Chatbot). Chatbot ohjaa asiakkaan oikean palvelun piiriin.

Sosiaalihuollon ammattilaisten käyttöön kehitetään digitaalinen tilannearviointityökalu. Digitaalinen tilannearviointityökalu mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteisen arvion asiakkaan tai potilaan tuen ja hoidon tarpeesta. Yhteiseen arvioon perustuen ammattilaiset voivat laatia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarkoituksenmukaisesti hyödyntävän, yhteensovitetun suunnitelman.

Tavoitteet:

- OmaOlo ja Terveyskylä muodostavat asiakkaille saumattoman kokonaisuuden.
- Digitaalisten hoitopolkujen kehittämistä suunnataan erityisesti kansansairauksien hoitoon sekä pudokkaille, joilla ilmenee hoitovajetta.
- Sosiaalihuollon ammattilaisten digitaalinen tilannearviointityökalu vähentää kustannuksia kasvattavaa päällekkäisyyttä ja heikosti koordinoitujen palvelujen haitallisten yhteisvaikutusten riskiä.

Mittarit:

- Asiakkaan ja omaisen käyttökokemuksen seuranta.
- Kansansairauksien hoitoa koskevien erikoissairaanhoidon läheteiden määrä.

3 Järjestämissuunnitelman muut tavoitteet 2021-2025

3.1 Tukipalvelut

Nykytila:

Alla olevassa taulukossa 5. on kuvattu HUS:in tuottamien tukipalvelujen käyttö kunnittain. Merkittävät volyymierot HUS Logistiikan ja Asvian palvelujen hyödyntämisessä johtuvat siitä, että Helsinki on tehnyt ko. palvelujen osalta liikkeenluovutuksen HUS:ille ja Espoo sekä Vantaa ostavat osan palveluista markkinatuottajilta. Taulukko 4. Tukipalvelujen käyttö kunnittain.

Tukipalvelu	Ostojen volyymi (€) kunnittain (2019)
HUS diagnostiikka	
Terveydenhuollon laboratorio- ja kuvantamispalvelut	Espoo: 10 720 975
	Helsinki: 27 236 340
	Kauniainen: 366 428
	Kerava: 1 615 152
	Kirkkonummi: 1 401 659
	Vantaa: 8 289 021
HUS apuvälineet	
Avoterveydenhuollon palvelu, maksusitoumukset, apuvälineiden elinkaarenhallinta (yhteisölainat), vammaispalvelun kodinmuutostyöt.	Espoo: 4 300 000
HUS Apteekki	
Lääkehankintojen kilpailutus, lääkkeiden toimitus ja kliinisen farmasian palvelut	Espoo: 2 115 000
	Helsinki: 7 231 000
	Kauniainen: 32 000
	Kerava: 395 000
	Kirkkonummi: 379 000
	Vantaa: 1 696 000
HUS Logistiikka	
Hoitotarvikehankinnat ja sairaalalogistiikka (täyttöpalvelu ja sisäiset kuljetukset), lääkintätekniset palvelut	Espoo: 1 638 000
Hoito- ja yleistarvikehankinnat, sairaalalogistiikka, lääkintätekniset palvelut	Helsinki: 8 669 000
Hoito- ja yleistarvikehankinnat	Kauniainen: 263 000
	Kerava: 996 000
	Kirkkonummi: 1 241 000
Hoitotarvikehankinnat, sairaalalogistiikka, lääkintätekniset palvelut	Vantaa: 5 997 000
Asvia	
Aulapalvelut, laitoshuolto, ruokapalvelut	Espoo: 5 056 000
Aulapalvelut, tekstinkäsittely, laitoshuolto, ruokapalvelut	Helsinki: 25 641 000
Arkisto	Kerava: 5 000
Tekstinkäsittely	Kirkkonummi: 61 000
Aulapalvelut, arkisto, tekstinkäsittely, laitoshuolto, ruokapalvelut	Vantaa: 982 000

Tukipalvelujen tuottamisen periaate: Tukipalvelut ovat kuntien ydintoiminnan jatkumo, jotka mahdollistavat perusterveydenhuollon- ja sosiaalipalvelujen sujuvuuden. Tukipalvelut ovat HUS:in tuottamia osipalveluja. Hinnoitteluperiaatteet ovat kaikille kunnille samat. HUS:in tukipalveluja tuottavat yksiköt ovat kuntien keskeisiä yhteistyökumppaneita, joihin kuntien sopimusohjaus kohdistuu.

Tässä osiossa on kuvattu yhteisiä toimintamalleja yhteistyöhön pohjautuvan vuorovaikutuksen sujuvoittamiseksi järjestämissuunnitelmakaudella. Kunnat haluavat tiiviillä yhteistyöllä ja sopimusohjauksella varmistaa kustannustehokkaat ja korkealaatuiset tukipalvelut.

3.1.1 Raportoinnin kehittäminen

Toimintamalli:

Järjestämissuunnitelmakaudella HUS kehittää kaikkien tukipalvelujen osalta kunnille tuotettavaa säännöllistä raportointia, jotta raportointi on reaaliaikaista sekä lisää toiminnan ja kustannusten läpinäkyvyyttä. Kuntien on mahdollista seurata tukipalvelutuotannon reaaliaikaista kokonaiskuvaa, joka sisältää vähintään tilausvolyymit sekä säännölliset suorituskyky-, kustannus- ja laaturaportit sekä muut osapuolten erikseen sopimat seurantaraportit. Veloitusperusteet ovat selkeät ja kuntien tiedossa. Lisäksi niiden tukipalvelujen osalta, joiden toimintaan sisältyy tavaralogistiikkaa, kuten HUS Logistiikka, HUS Apuvälinekeskus ja Asvia, raportit tukevat tavaralogistiikan reaaliaikaista seurantaa. HUS kerää tukipalveluista säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa, asiakaspalautetta palvelujen loppukäyttäjiltä ja raportoi tulokset kunnille.

Tavoitteet:

- Kunnilla on reaaliaikainen kokonaiskuva tukipalvelutuotannosta, joka mahdollistaa tilauskannan, palvelutason, suorituskyvyn ja kustannusten hallinnan.
- Tukipalvelujen hinnoittelu on avointa ja läpinäkyvää.

3.1.2 Laitoshuollon työntekijöiden roolin täsmentäminen ikääntyneiden palvelujen henkilöstömitoituksen täyttämiseksi

Toimintamalli:

Hallitus on antanut esityksen henkilöstömitoituksesta iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa (HE 4/2020 vp). Henkilöstömitoitus olisi 0,7 työntekijää asiakasta kohti viimeistään 1.4.2023. Järjestämissuunnitelmakaudella kuntien ja HUSin tukipalvelujen resurssit (kuten esimerkiksi henkilöstö ja alihankkijoilta ostettava työ), ja tarvittaessa henkilöiden työnkuvat, arvioidaan mitoituksensa täyttämiseksi.

Tavoite:

- Henkilöstömitoituksivaatimus täytetään hallituksen esityksen (HE 4/2020) tullessa voimaan.

3.1.3 Leasingpalvelujen asteittainen käyttöönotto

Toimintamalli:

Kunnat ja HUS Logistiikka selvittävät HUSin mahdollisuutta siirtyä leasing-palveluihin tarkoituksenmukaisten laitteiden ja tavaroiden osalta. Vuoden 2021 aikana selvitetään huoltoleasing-palveluun siirtymistä vähintään sairaalasänkyjen osalta. HUS Logistiikka vastaa markkinavuoropuhelusta alan yritysten ja kuntien kanssa. HUS Logistiikka vastaa leasingpalveluiden poikkeusolojen (esim. pandemia) varautumissuunnitelman tekemisestä yhdessä kuntien kanssa.

Tavoitteet:

- Sairaalojen varastotilojen kapasiteetin vapauttaminen, huoltoprosessin sujuvoittaminen ja laitekannanhallinnan kehittäminen.
- Myös poikkeusolosuhteissa tarvittavat leasingpalvelut (hankinnat ja huollot) toimivat hyvin.

Mittarit:

- Huoltoleasingin käytön laajuus.
- Loppukäyttäjien asiakastyytyväisyys.

3.1.4 Laiterekisteri ja laitehuolto

Toimintamalli:

Uusien laitteiden lisäämistä laiterekisteriin sekä laitteiden huoltoa sujuvoitetaan. HUS Logistiikka raportoi säännöllisesti kunnille rekisteristä poistetut laitteet. Eryteisesti isojen laitteiden osalta huolto tehdään ensisijaisesti paikan päällä yksikössä, jossa laite on käytössä.

Tavoitteet:

- Uusien laitteiden lisääminen rekisteriin tai laitteiden huolto ei vie aikaa potilastyöltä.
- Laiterekisteri muistuttaa automaattisesti määräaikaistarkastuksista.
- Kunnan ja HUSin vastuut ja roolit laitekannanhallinnassa selkeytetään.
- Laiterekisteri on ajantasainen, laitteiden inventoinneista ja poistoista huolehditaan säännöllisesti.

Mittarit:

- Paikan päällä yksikössä huollettujen laitteiden määrä.
- HUSiin huollettavaksi siirrettyjen laitteiden määrä.

3.1.5 Tarviketilausten sujuvoittaminen

Toimintamalli:

HUS Logistiikan verkkokauppaa kehitetään tukemaan nykyistä paremmin kuntien tilaajien tarpeita esimerkiksi siten, että verkkokaupan näkymässä on mahdollista suodattaa kuntakohtainen näkymä, jossa tilaaja pääsee tarkastelemaan ainoastaan tilattavissa olevia tuotteita. Hoitotarvikelijakelun osalta HUS selvittää asiakkaille suunnatun verkkokaupan käyttöönnottoa.

Tavoitteet:

- Tarviketilaukset HUS Logistiikalta ovat sujuvia ja selkeitä kunnille sekä asukkaille.
- Tarviketilausten toimitukset ovat ajantasaisia, täsmällisiä eivätkä sisällä tuotepuutoksia.

Mittarit:

- Kuntien tilaajien asiakastyytyväisyys.

3.1.6 Kuntien yhteistyö HUS tukipalveluja koskeissa auditoinneissa

Toimintamalli:

Kunnat käynnistävät yhteisen HUS:in tukipalvelujen prosessien auditoinnin. Kunnat ja HUS kehittävät prosesseja tarvittaessa auditointien perusteella. Helsinki toimii koollekutsujana kuntien yhteyshenkilöiden osalta.

Tavoitteet:

- Tukipalvelujen prosesseja auditoidaan kuntien yhteiseen suunnitelmaan perustuen.
- HUS Logistiikan kautta tehdyt tarviketilaukset ovat jäljitettävissä tilausjärjestelmän kautta ja mahdollistavat loppukäyttäjän tavoittamisen tuotteen takaisinvetotilanteessa.
- Laskut on eritelty siten, että tilausten tarkistaminen on mahdollista.

Mittarit:

- Tukipalveluihin kohdistuneiden auditointien määrä.

3.2 Valinnanvapaus erikoissairaanhoidossa

Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön (terveydenhuoltolaki 48 §). Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

HYKS-sairaanhoidoalueella kunnallista erikoissairaanhoidoa tarjoo lähinnä HUS. Tästä on poikkeuksena muutamat poliklinikat sekä Helsingin kaupungin psykiatria kokonaisuudessaan. Käytännössä HYKS-piirin sisäistä erikoissairaanhoidon valinnanvapautta ei tästä syystä ole.

HYKS-sairaanhoidoalueen kuntalaiset käyttivät mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon hoitopaik- kansa HUS-piirin ulkopuolelta vuonna 2019 yhteensä 10,1 miljoonan euron arvosta (vuonna 2018 10,3 milj €) ja vastaavasti muualta Suomesta HYKS-sairaanhoidoalueella hakeutui potilaita, jotka käyttivät palveluita 11,0 miljoonan euron edestä (vuonna 2018 8,4 milj €). Oletettavasti potilaiden liikkuvuutta säätelee ennen kaikkea hoidon saatavuus, käytännössä jonotusaika, missä keskeisin määrittävä tekijä on erikoissairaanhoidon resursointi suhteessa hoidon tarpeeseen. Kuntaliiton vuoden 2018 tarvevakioidut HUS erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 1245 €/asukas, mikä oli yliopistosairaanhoidopiireistä matalin (Pohjois-Pohjanmaa 1245 €/asukas, Pohjois-Savo 1272 €/asukas, Pirkanmaa 1314 €/asukas, Varsinais-Suomi 1333 €/asukas).

HUS palvelee jatkossakin muun Suomen potilaita, jotka valitsevat HUS:in hoitopaikakseen. Lisäksi HUS:in tavoitteena on huolehtia oman alueensa erikoissairaanhoidon potilaiden hoidosta siten, että tarve hakeutua muualle hoitoon koetaan aiempaa vähäisemmäksi.

Jos järjestämissuunnitelmakaudella erikoissairaanhoidon resurssien lisääminen on välttämätöntä, ovat hallitut ulkoistukset omien resurssien kasvattamisen vaihtoehto.

3.3 Jalkautuvat erikoissairaanhoidon palvelut perustason tukena

Perus- ja erikoistason yhteistä kehittämistyötä tehdään nykyisten organisaatorakenteiden mukaisesti sekä niiden rinnalla sote-uudistuksen erillisratkaisuehdotuksen mukaisten alueiden yhteistyönä ja hankkeiden ohjausryhmissä. Uutena toimintatapana on käynnistetty viiden alueen sote-johtajien säännölliset yhteistyökokoukset osana Uudenmaan alueen sote-valmistelua.

Yhteistyötä tehdään muun muassa hoito- ja palveluketjuihin, asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apottiin, sote-uudistukseen, Terveyskylään ja suuriin rakennushankkeisiin liittyen. HUSin ja kuntien yhteistyönä on parin viime vuoden aikana käynnistetty useita perusterveydenhuoltoa tukevia palveluita sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota edistäviä hankkeita.

Toimintamalli:

Vuonna 2019 nimettiin integraation johtoryhmä, jossa on edustus HUS:in kaikkien sairaanhoidoalueiden lisäksi HUS Perusterveydenhuollon yksiköstä, sosiaalialan osaamiskeskuksista ja alueen kunnista sote-

uudistuksen erillISRatkaisuehdotuksen aluejaon mukaisesti. Johtoryhmä on nimetty kuntien perusterveydenhuollon, ja soveltuvin osin sosiaalihuollon, ja HUS:in välisen integraation edistämiseksi sekä integraatiota tukevan toiminnan koordinaation ja ohjauksen vahvistamiseksi.

Integraation johtoryhmän tehtävänä on tehdä ehdotuksia integraation kehittämisestä ja integraatiorahoituksen käytön periaatteista, seurata ja arvioida integraatiohankkeiden toteutumista ja vaikutuksia ja valmistella ehdotuksia integraatiohankkeiden rahoituksesta ja priorisoinneista sekä toimia HUS:in johtajaylilääkärin apuna perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon integraation kysymyksissä. Integraatioprojekteja toivotaan erityisesti seuraavilta painopistealueilta:

- Konsultaatiot
- Koulutus (uusia toimintatapoja ja esimerkiksi digitaalisia mahdollisuuksia hyödyntämällä)
- Päivystys
- Peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon välimaastoon sijoittuvat palvelut (esim. HUS:in ja perustason organisaatioiden yhteistyössä tuottama integroitu palvelu)

Tämän järjestämissuunnitelman strategiaan painopisteisiin liittyviä hanke-ehdotuksia valmistellaan tuleviin HUSin integraatiorahoitushakuihin.

Tavoite

- Jalkautuvia erikoissairaanhoidon palveluja otetaan käyttöön nopeiden pilottien myötä.

3.4 Tiedolla johtaminen

Tiedolla johtamisen tavoitteena on selkeä ja oikea-aikainen tilannekuva kuntien ja HUS:in sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnasta, niin talouden, toiminnan, hoitoonohjauksen kuin hoitoketjujenkin osalta. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä kuntien ja HUS:in raportointia toiminnan ja talouden tietojen osalta sekä yhdistämällä sairaanhoitopiirin tietoja kuntien toiminnan tietoihin. Tietoja yhdistämällä saadaan laaja tilannekuva koko toimintakentästä, sen muutoksista ja eri toimenpiteiden vaikutuksista.

Toimintamalli:

Toiminnan ja talouden tiedolla johtaminen pohjautuu ilmiöpohjaiseen ja laaja-alaiseen seurantaan, joka ylittää yksittäisten erikoisalojen tai yksiköiden rajat. Säännöllistä seurantaa ja raportointia tehdään toiminnallisella, taktisella ja strategisella tasolla.

Tietojohtamisen tavoitteet saavutetaan tietojärjestelmissä jo olevaa tietoa työstämällä, yhdistelemällä ja jalostamalla sekä lisäämällä osaamista ja kykyä hyödyntää tietoa. Tieto jalostetaan käyttötarkoituksen mukaan, jolloin siitä saadaan tarvittava hyöty päätöksentekoon.

Tiedolla johtamisen periaatteita ovat:

- Raportoinnin nopeus, tarkkuus ja ajantasaisuus
- Tietojen yhdistäminen ja analysointi järkeviksi mittareiksi ja raporteiksi, jotka tukevat johtamista
- Raportoinnin selkeys ja kattavuus.

Seurannassa on toistaiseksi tunnistettu seuraavat kohteet: suoritteet, eurot, lähetteet, lähettävät yksiköt, hoitoketjut, diagnoosit ja jonotusajat. Yhdistelemällä näitä tietoja hoitopaikkatietoihin, päivämääriin ja kellonaikoihin pyritään vastaamaan kohdassa 3.10 mainittujen järjestämissuunnitelman toteutumisen seurannasta vastaavien vastuuparien tietotarpeisiin.

Tiedot esitetään aikasarjamuodossa, silloin kun se on mahdollista ja järkevää. Aikasarjoissa pyritään maksimissaan viiden vuoden sarjoihin silloin kun mahdollista.

Kuntien ja HUS:in yhteinen tietopohja mahdollistaa kuntien ja erikoissairaanhoidon yhteisten toiminnan ja talouden tavoitteiden asettamisen.

Tavoitteet:

Yhteisen tietopohjan rakentamiseksi tehdään seuraavat toimenpiteet järjestämissuunnitelmakaudella (pitkä ja lyhyt aikaväli):

- Tietojohdamisen edellyttämien tietotarpeiden täsmentämistä jatketaan osiossa 2 kuvattuja strategisia painopisteitä laajemmin.
- Tietotarpeisiin pyritään vastaamaan mahdollisimman hyvin yhdistelemällä olemassa olevia tietoja.
- Tarkoituksenmukainen raportointiväli sekä tapa esittää tiedot yksilöidään.
- Tiedonkulku kuntien sekä kuntien ja HUS:in välillä varmistetaan vastuuparimallilla. Vastuuparimalli on kuvattu osiossa 3.10.
- Kuntien ja HUS:in yhteistä tietopohjaa kehitetään, jotta yhdisteltävät ja raportoitavat tiedot olisivat yhteismitallisia tai muuten yhteneväisiä.
- Erityisesti huomiota kiinnitetään kustannusten vertailtavuuden parantamiseen ja tuottavuuden mittaamiseen. Näihin päämääriin pyritään yhdenmukaistamalla tuotteistusta sekä hoitoepi-sodien seurannalla yli organisaatorajojen.

3.5 Koulutusyhteistyö ja osaavan henkilöstön saatavuuden turvaaminen, henkilöstön liikkuminen ja erikoistuminen

Työnantajakuvan houkuttelevuus on keskeinen vetovoimatekijä. Työnantajakuvan merkitys on korostunut entistä enemmän rekrytoinneissa ja resursoinnissa viime vuosina. Osaava ja motivoitunut henkilöstö on organisaation voimavara.

Yhtenä kehittämistoimenpiteenä henkilöstön liikkuvuuden lisäämiseksi on HUS:issa ja kunnissa kehitetty yhteisöllistä ja toimintalähtöistä työvuorosuunnittelua. Tässä toimenpiteiden tavoitteena ovat, että työvuorosuunnittelun laatu ja kustannustehokkuus paranevat. Lisäksi henkilöstön joustava liikkuvuus mahdollistuu huomioiden potilashoidon ja palvelun tarpeet.

Äkillisten poissaolojen ja vuosilomien aikana hoitohenkilökunnan sijaistarve kasvaa. HUS:issa ja kunnissa on erilaisia ratkaisuja sisäisten sijaisjärjestelmien kehittämiseksi. Eri yksiköissä on käytössä päivittäisjohtamisen palaverit, joissa arvioidaan eri yksiköiden henkilöstötarve työvuorokohtaisesti ja sijoitetaan ns. sisäiset sijaiset yksiköihin, joissa heitä eniten tarvitaan. Nämä ns. vakituiset sijaiset helpottavat merkittävästi sijaistarpeita ja eri yksiköiden välistä työkuormitusta.

Osaamisen ja johtamisen kehittäminen on kunnissa ja HUS:issa suunnitelmallista. Suunnitelmallisuudella tähdätään osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen toiminnan kannalta strategisesti tärkeillä osa-alueilla. Riittävällä osaamisella ja erilaisilla urapolkukäytännöillä varmistetaan organisaation kyvykkyyden kehitys ja toiminnan jatkuvuus nopeasti muuttuvissa toimintaympäristöissä. Kunnissa ja HUS:ssa laaditaan vuosittain osaamisen kehittämisen suunnitelmat, joiden avulla osaamista suunnataan strategisesti tärkeisiin painopisteisiin. Yksilön osalta ajan tasalla oleva osaaminen tukee työhyvinvointia ja motivaatiota.

HUS valmistautuu JCI-laatujärjestelmän käyttöönottoon. Kansainvälisesti laaja ja arvostettu terveydenhuollon arviointitaho asettaa laadullisia vaatimuksia myös henkilökunnan opetukselle ja lääkäreiden erikoistumiskoulutuksella. Myös kunnissa on erilaisia laadun varmistamisen ja kehittämisen käytäntöjä.

Kunnat ja HUS kannattavat terveydenhuollon maisterikoulutuksen aloittamista Helsingin yliopistossa.

3.5.1 Henkilöstö perusterveydenhuollossa

Kuntien terveydenhuollon henkilöstörakenteessa on kuntakohtaisia eroja, johon vaikuttaa erityisesti kunnan tuottaman erikoissairaanhoidon osuus.

Rekrytointikäytännöt vaihtelevat kunnittain. Mikäli kunnan oma rekrytointi ei tuota tulosta ja virkaan tai toimeen tarvitaan sijainen, käytetään ensisijaisesti henkilöstöpalveluyhtiön palveluja ja toissijaisesti kilpailutuksen perusteella valittuja muita henkilöstöpalveluyhtiöitä. Helsinki on tiivistänyt kumppanuusyhteistyötä julkisomisteisen henkilöstöpalveluyhtiö Seuren kanssa uusien toimintamallien kehittämiseksi. Kesäsjajaisten hankinta on siirretty Seureen. Lisäksi Helsinki on kehittänyt järjestelmällisesti hoitohenkilöstön ja sosiaalityöntekijöiden rekrytointia erilaisten hankkeiden avulla. Lisäksi lääkäreiden rekrytointiin kehitetään uusia toimintamalleja. Vantaalla vanhus- ja vammaispalveluissa toimii resurssiyksikkö, jossa on niin sanottua sisäistä varahenkilöstöä. Jatkossa resurssiyksikköön tullaan ottamaan myös lähihoitajaksi oppisopimuksella opiskelijoita. Kirkkonummella on vastaava sisäinen järjestely, joka painottuu lähihoitajien resurssiin.

Lääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta on sovittu erillisillä sopimuksilla yliopiston, HUS:in ja kuntien välillä. Hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta on sovittu yliopiston, HUS:in ja kuntien kesken.

Hoitotyön sekä sosiaalialan koulutuksen osalta kunnat ja HUS tarjoavat käytännön harjoittelupaikkoja sosiaali- ja terveystieteiden korkeakouluille, ammattikorkeakouluille ja ammatillisille oppilaitoksille. Kunnat ja HUS solmivat omat sopimukset oppilaitosten kanssa. Oppilaitosten kanssa tehdään monipuolista yhteistyötä organisaatioiden eri foorumeilla, mm oppilaitokset osallistuvat kehittämisprojekteihin ja tuottavat opinnäytetöitä organisaation toimeksiannosta. Opiskelijoiden ohjaus tukee vahvasti rekrytointia.

Valtio tukee lääkäreiden erikoistumiskoulutusta maksamalla kunnille kuukausiperusteista korvausta. Korvaus ei enää riitä korvaamaan koulutukseen liittyviä ylimääräisiä kustannuksia. Valtion koulutuskorvauksen taso tulisi kaksinkertaistaa, että se vastaisi koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Hyvin järjestetty työssä oppimisen tuki koulutuspaikassa on merkittävä lääkärihenkilöstön rekrytointikeino.

Sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön ja yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osaston kanssa tehtävä yhteistyö lääkärikoulutuksessa tukee osaltaan lääkäriyövoiman parempaa saatavuutta tulevaisuudessa. Painopiste on yleislääketieteen erikoislääkäreiden kouluttamisessa. Terveystieteiden keskeisistä lääkäriyövoimista vain noin neljännes on yleislääketieteen erikoislääkäreitä, joiden osaaminen muodostaa perusterveydenhuollon lääketieteellisen perustan. Tavoitteena on, että kaksi kolmannesta perustason lääkäriyksiköiden hoitajista olisi yleislääketieteen erikoislääkäreitä.

Lain mukaan kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden on osallistuttava riittävästi täydennyskoulutukseen. Kunnat ovat velvollisia järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle 3-10 päivää ammatillista täydennyskoulutusta vuodessa. Kunnat järjestävät ja hankkivat täydennyskoulutusta itse ja lisäksi HUS järjestää jäsenkunnilleen terveydenhuollon täydennyskoulutusta.

Ketjulahettitoiminta

Nykytila

HUS:in perusterveydenhuollon yksikkö valmistelee parhaillaan ns. ketjulahettitoiminnan aloittamista. Ketjulahettitoiminta on Pirkanmaalla jo vakiintunutta toimintaa ja kokemukset siitä ovat hyviä.

Toimintamalli:

Ketjulahettitoiminta tarkoittaa alueen sote-ammattilaisille tarjottavien lyhyiden oppimis- tai tutustumisjaksojen järjestämistä alueen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai sosiaalitoimessa. Tyyppillisessä tapauksessa alueen terveyskeskuksessa työskentelevä hoitaja tai lääkäri voi yhden tai kahden päivän tutustumisjaksolla tutustua valitsemansa erikoissairaanhoidon yksikön toimintaan tai yhden tai

kahden viikon oppimisjaksolla valitsemassaan erikoissairaanhoidon yksikössä opetella uusia taitoja. Vastaavasti erikoissairaanhoidossa työskentelevä hoitaja tai lääkäri voi tutustua alueen perusterveydenhuollon toimintaan valitsemassaan terveyskeskuksessa.

Tavoite:

- Ketjulähettilötoiminnan tavoitteena on lisätä sote-ammattilaisten välistä yhteistyötä ja verkostoitumista samalla kun lähetti oppii uutta ja päivittää tietoja ja taitoja.

3.6 Asiakas- ja potilasturvallisuus sekä laadunhallinta

Potilas- ja asiakasturvallisuuden sekä laadun edistäminen on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjän vastuulla. Lainsäädännöllisesti merkittäviä dokumentteja ovat vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja lain nojalla annetut asetukset (341/2011). Sen jälkeen asiakasturvallisuutta ovat vahvistaneet sosiaalihuoltolaki (2014/1301) sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Valtioneuvoston periaatepäätöksen ”Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021” ja sen toimeenpanosuunnitelman tarkoituksena on auttaa kehittämään suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäistä turvallisuuskulttuuria. Sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella (sosiaalihuoltolaki 2014/1301 ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012).

3.6.1 Omavalvonta ja potilas-/asiakassuunnitelmat

HYKS-alueen kunnat ovat laatineet lakisääteisen omavalvonta- ja asiakassuunnitelman. HUS laatii vuosittain Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman, joka toimii samalla sen omavalvontasuunnitelmana. Edellä mainitut suunnitelmat kuvaavat konkreettisesti palvelun järjestäjän laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmän. Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (341/2011) kuvaa, kuinka suunnitelmassa on sovittava laadun ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa tarvittava yhteistyö sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Tätä yhteistyötä voidaan tehdä mm. laadun ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden verkoston kesken.

Omavalvonta on keino parantaa palvelujen ja hoidon laatua ja turvallisuutta sekä asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien toteutumista. Omavalvonta perustuu yksikössä toteutettavaan riskienhallintaan, jossa palveluprosesseja arvioidaan laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Omavalvonnan perusidea on siinä, että toimintayksikölle on laadittu kirjallinen suunnitelma, jonka avulla asiakkaan palveluissa esiintyvät epäkohtien uhat ja epäkohdat sekä riskiä aiheuttavat tilanteet pystytään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan nopeasti. Omavalvontaan sisältyy myös organisaation oman toiminnan seuraaminen avainmittareiden avulla ja niiden seurauksena toimenpiteiden tekeminen.

HUS on hankkimassa kansainvälistä laatujärjestelmää (JCI), jonka laatuvaatimukset käsittävät koko organisaation toiminnat ja kaikki ammattiryhmät. Tämä nostaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön merkityksen esiin. HUS:siin rakennettava laadunhallintajärjestelmä systematisoi laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toimeenpanoa. Keskeisiä asioita tässä laatujärjestelmässä ovat laadun johtaminen, potilaskeskeisyys ja vakiointi eli variaation vähentäminen. Myös kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa kehitetään erilaisia laadun hallinnan, parantamisen ja seurannan toimintamalleja.

3.6.2 Yhteinen laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittäminen

STM:n asetuksen mukaan (341/2011) laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa tarvitaan yhteistyötä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Esimerkkinä hyvästä alueellisesta yhteistyöstä on se, että muutama vuosi sitten alkoi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon rajapinnan ylittävä vaaratapahtumara-portointi HUSin kliinisillä aloilla ja siitä on saatu myönteisiä kokemuksia.

HaiPro-ilmoituksista saadun tiedon hyväksikäyttö lisää asiakas- ja potilasturvallisuutta kehitettäessä perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Raportoinnissa keskitytään ilmoitusten perusteella tunnistettuihin kehittämiskohteisiin, jotka viedään tiedoksi alueelliselle asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausryhmälle. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro on käytössä kaikissa HYKS-alueen kunnissa. Terveysturvallisuudessa on myös muita erilaisia ilmoittamisvelvollisuuksia, jotka liittyvät potilas- ja asiakasturvallisuuteen, ammattihenkilöstön toimintaan ja asiakasta koskeviin uhkiin ja riskeihin.

Sosiaalihuoltolain 48§:n perusteella sosiaalihuollon henkilöstön on ilmoitettava, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoitusmenettelyä varten käytetään SPro-järjestelmää Helsingissä, Vantaalla ja Espoossa.

Syksyllä 2020 järjestetään HUS:in, HUS-alueen kuntien ja ERVAN yhteinen laatu- ja potilasturvalliseminaari, jota on tarkoitus toistaa vuosittain. Laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden aihepiirin ympärille on tarpeen muodostaa tiiviimpää yhteistyötä HUS:in ja kuntien kesken. Alueellinen asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutus järjestetään vuosittain lukuun ottamatta Apotin varsinaista käyttöönottovuotta 2020. Koulutus on osa alueellista potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämistoimintaa, johon osallistuvat HUS, Helsinki, Espoo, Vantaa, Kerava, Kauniainen ja Kirkkonummi. Teemasta sovitaan yhdessä ja koulutuksen pääasiallinen järjestämisvastuu kiertää.

3.7 Tutkimus, kehittäminen ja opetus

3.7.1 Tutkimus ja kehittäminen

Toimijoita tutkimuksen ja kehittämisen kentällä on paljon. Toimijoita ovat kunnat, kolmas sektori, järjestöt, yksityinen sektori, HUS, yliopistot, ammattikorkeakoulut ja sosiaalialan osaamiskeskus. Haasteena on, että toimintaa kehittävää tutkimustyötä, kuten erilaisten interventioiden, työn ja hoitomallien vaikuttavuustutkimusta, on tehty metropolialueella vähän kehittämishankkeiden määrään verrattuna.

Kehittävää tutkimustyötä on tehty yliopistojen, HUS:in, tutkimuslaitosten sekä ammattikorkeakoulujen ja sosiaalialan osaamiskeskuksen toimesta. Perustason tutkimus- ja kehittämistyön kentällä on useita itsenäisiä toimijoita, jotka toimivat omista alueellisista lähtökohdistaan. Kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden (HYTE) kehittäminen ja edistäminen on kaikkien toimialojen yhteinen asia. Kunnat toimivat tiiviissä yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa. Tutkimuksen roolia tulee vahvistaa perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa. Tutkimus tulee liittää tiiviisti mm. HYTE-työhön, palvelujen uudistamiseen ja palvelujärjestelmien kehittämiseen.

Tutkimusmäärärahojen osalta pyritään tulevaisuudessa siihen, että kunnat ja HUS keskustelevat rahoituksen painopisteistä yhdessä. Kunnat ja HUS tukevat eri toimijoiden yhteistyötä, vahvistavat konsensusta ja osaamista keskeisillä painopistealueilla sekä edistävät ohjelmallisten, vahvojen ja pitkäkestoisten hankkeiden koordinaatiota, toiminnan tavoitteellisuutta ja pitkäjänteisyyttä.

Yksi keskeisistä painopisteistä on perusterveydenhuollon tutkimus. Tutkimus liitetään tiiviisti HYTE-työhön ja palvelujen uudistamiseen. Interventioiden vaikuttavuutta mitataan tieteelliset kriteerit täyttävillä

mittareilla, jotta interventioiden vaikuttavuus voidaan todentaa. Toimivat ja vaikuttavat interventiot implementoidaan osaksi toimintaa. Implementoinnin jälkeen tehdään seurantatutkimusta. Tutkimus on moniammatillista, sekä määrällistä että laadullista tutkimusta yhteistyössä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yliopistojen ja muiden toimijoiden kanssa.

Helsingin yliopiston hallinnoima Akateeminen terveyskeskus (AkaTK) edistää tieteellisen tutkimustyön tekemistä perusterveydenhuollossa. AkaTK tukee perusterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten pääsääntöisesti väitöskirjaan tähtäävää tutkimusta. AkaTK:een valitaan uusia väitöskirjatutkijoita syksyisin. Hakijoilta edellytetään akateemista loppututkimusta ja työnantajalla pitää olla yhteistyösopimus Helsingin yliopiston kanssa. Tällä hetkellä sopimus on Espoon, Helsingin, Kymssoten ja Vantaan kanssa.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca on osa HUS:ia. Soccan toimintaa ei ole kuvattu tässä järjestämissuunnitelmassa tarkemmin, sillä Soccan toiminnasta vastaa PKS-kuntien, HUS:in ja Helsingin yliopiston edustajista koostuva neuvottelukunta.

3.7.2 Kehityshankkeita

Socca tekee kehittämistyötä pääosin Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten kanssa. Ikäihmisten palvelujen kehittämisverkosto toimii vakiintuneesti kuntien ja HUS:in kesken. Yhteistyökumppanit sopivat yhteisen kehittämisteeman ja projektoivat sen aina kahdeksi vuodeksi kerrallaan.

Apotti-muutoshankkeessa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja otetaan käyttöön alueellisesti yhtenäinen sote-tietojärjestelmä. Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmä tullaan ottamaan käyttöön HYKS-alueella HUS:issa, Helsingissä, Vantaalla, Kirkkonummella, Keravalla ja Kauniaisissa.

Peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhdyspinnan kehittämistyötä tehdään muun muassa HUS:in integraatiohankkeissa, joita on kuvattu tarkemmin kappaleessa 3.2.

3.7.3 Lääketieteellinen opetus ja tutkimus / yliopistosairaalan näkökulma

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on merkittävä lääketieteen, hammaslääketieteen ja terveystieteen tutkimuksen ja opetuksen keskus, joka soveltaa ja tuottaa uutta tietoa potilaan parhaaksi ja edistää terveysalan yritysyritystyötä ja -toimintaa.

Valtion vuoden 2020 terveyden tutkimuksen määräraha on valtakunnallisesti 21 miljoonaa euroa, josta HYKS-ervan osuus on 41,4 %. Korvaus ei vastaa tutkimuksen aiheuttamia kustannuksia. Jotta HUS:issa tehtävä kliininen tutkimus ylipäätään voisi jatkua, on 2020 talousarvioon sisällytetty 15 miljoonan euron HUS:in oma tutkimusmääräraha. HUS on lisäksi mittava opetuskeskus, joka vastaa myös ruotsinkielisten lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kouluttamisesta. HUS kouluttaa lisäksi merkittävän osan Suomen uusista erikoislääkäreistä ja erikoishammaslääkäreistä. Yleislääketieteen erikoistumiskoulutusta on viime vuosina lisätty osana HUS:in ja perusterveydenhuollon integraation tiivistämistä. HUS:in hoitohenkilökunta ohjaa vuosittain 5000 pääkaupunkiseudun terveysalan opiskelijan harjoittelua. Valtio korvaa HUS:ille kustannuksia (vuonna 2019 17 851 miljoonaa euroa), jotka aiheutuvat lääkäreiden ja hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Tutkimuksen ja opetuksen oikean korvaustason määrittämisessä tulisi ottaa huomioon tutkimus- ja opetustoiminnasta välillisesti aiheutuva prosessien hidastuminen, joka lisää laskennallisesti palveluhintojen kustannuksia 5 %.

HYKS-instituutti Oy on kokonaan HUS:in omistama osakeyhtiö, joka vastaa ulkopuolisella rahoituksella HUS:issa toteutettavista kliinisistä lääke- ja muista tutkimuksista. Pääosan yhtiön liikevaihdosta muodostavat kliinisiä lääketutkimuksia koskevat tutkimussopimukset. Vuonna 2019 uusia tutkimussopimuksia solmittiin 117.

Helsingin Biopankki on biopankkilain määrittelemä tutkimusta tukeva infrastruktuuri, jonka ovat perustaneet HUS, Helsingin yliopisto, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä liittyi mukaan Helsingin Biopankkiin vuonna 2019 siirryttyään osaksi Hyks-erityisvastuualuetta. Biopankkitoiminta oli vuosina 2017–2018 HUS:in läpimurtohanke, jona aikana biopankkikeräystoiminta rakennettiin ja vakiinnutettiin osaksi sairaalan rutiinitoimintaa. Biopankkitoiminnan merkittävä kansallinen virstanpylväs on seitsemän kansainvälisen lääkeyrityksen ja Tekesin rahoittama FinnGen-hanke, jonka tavoitteena on kerätä biopankkitoiminnan kautta 500 000 suomalaisen DNA-näyte.

3.8 Moniammatillisen perusterveydenhuollon yksikön toiminta ja ohjaus

Terveydenhuoltolain 35 § edellyttää, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Lain mukaan perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvien osien sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. Terveydenhuoltolain 37 § mukaan terveyskeskuksien on osallistuttava yhdessä sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Valtioneuvoston asetuksen (337/2011) mukaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on sovittava terveydenhuoltolain 35 §:ssä tarkoitetun moniammatillisen perusterveydenhuollon yksikön toiminnasta, toimintamahdollisuuksista ja ohjauksesta. Suunnitelmassa on sovittava perusterveydenhuollon yksikön vastuut ja tehtävät järjestämissuunnitelman laatimisessa, palvelutarpeen arvioinnissa, palvelutarpeeseen vastaamisen seurannassa, koulutuksessa, kehittämistoiminnassa ja sen tueksi tarvittavassa tutkimustoiminnassa sekä perusterveydenhuollon, työterveyshuoltopalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyön toteuttamisessa.

HUS Perusterveydenhuollon yksikön toiminta on organisoitu kolmeen tiimiin. Yksikköön on sijoitettu lakisääteisten perusterveydenhuollon yksikön tehtävien lisäksi terveydenhuoltolain 36 § mukaisia sairaanhoitopiirin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä ja terveydenhuoltolain 37 § mukaisia sopimusperusteisia lääkärikoulutukseen liittyviä tehtäviä. Vakituksia vakansseja lakisääteisiä tehtäviä varten on 2,5 kappaletta, terveyden ja hyvinvoinnin tehtäviä varten on kaksi vakanssia ja lääkärikoulutukseen liittyviä tehtäviä varten on 4,5 vakanssia.

HUS Perusterveydenhuollon yksiköllä ei ole ollut virallista ohjausryhmää tai toimintaa ohjaavaa neuvottelukuntaa tai vastaavaa rakennetta. Perusterveydenhuollon yksikön rooli on olla perusterveydenhuollon sanansaattaja ja laaja-alainen kehittäjä, yhteistyön edistäjä ja alueellinen koordinaattori. Yksikkö edustaa perusterveydenhuollon näkökulmaa sairaanhoitopiirissä ja työskentelee kiinteässä yhteistyössä HUS-alueen kansanterveystyön johtajien verkoston kanssa. Käytännössä HUS-alueen terveyskeskuksien kansanterveystyön johtajien verkosto toimii yksikön epävirallisena ohjausryhmänä.

Yksikön toiminta perustuu kuntien yhteiseen näkemykseen yksikön tavoitteista ja tehtävistä. Toiminnan perimmäisenä tavoitteena on perusterveydenhuollon vahvistaminen, mikä edellyttää kunnilta tukea, ohjausta ja toimeksiantoja kuten myös kuntien perusterveydenhuollon johdon ja sairaanhoitopiirin johdon sitoutumista yksikön hyödyntämiseen. HUS Perusterveydenhuollon yksikkö voi välittää kunnille HUS:in osaamista perustasolle ulottuvissa hoitoketjuista, mikä voi osaltaan auttaa alueen kuntia kohti parempaa tasa-arvoa myös perustason toiminnassa.

Perusterveydenhuollon yksikön tulee kehittää ja koordinoida sellaista työtä, jota HUS-alueen kuntien kannattaa tehdä yhdessä. Toiminnassa tulee painottaa alueen kuntien yhteisiä kehittämisteemoja. Perusterveydenhuollon yksikkö tekee yhteistyötä alueensa sosiaalialan osaamiskeskusten kanssa.

3.9 Yhteistyö kuntien välillä ja muiden toimijoiden kanssa

HYKS-alueen kunnat tekevät monitasoista yhteistyötä. Vuonna 2020 on käynnistynyt sote-uudistuksen Uudenmaan erilliskäytäntömuutoksen mukaisten alueiden yhteistyö, jota tukevat yhteiset hankkeet. Tu-levaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –hanke ja rakenteellista uudistamista tukeva hanke osana sote-uudistukseen valmistautumista vaikuttavat merkittävästi kunnissa ja kuntayhtymissä tehtävään kehittä-mistyöhön. Rakennehankkeessa on keskeisenä osa-alueena palvelujen järjestämisen osaamisen vahvis-taminen ja tuottajaohjauksen uudistaminen. Yksi osa tätä kehitystyötä on myös erikoissairaanhoidon ohjauksen vahvistaminen. Lisäksi kuntien sote-toimijat vaihtavat kokemuksia muun muassa palvelujen ostamisen käytännöissä, palveluseteleiden kehittämisessä ja palvelustrategisissa linjauksissa.

Järjestämissuunnitelmakaudella yhteistyötä tehdään erityisesti liittyen osiossa 2. kuvattuihin strategiaan painopisteisiin, joilla on yhteys myös sote-uudistuksen tavoitteisiin.

Pääkaupunkiseudun sosiaali- ja terveystoimen johdon (PKS-Soster) kokouksissa käsitellään merkittäviä yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon asioita. Lisäksi HUS-alueen terveyskeskusten kansanterveystyön johtavat lääkärit sekä alueen suun terveydenhuollon johtavat hammaslääkärit ovat verkostoituneet. Syk-syllä 2020 käynnistyi myös viiden alueen mallin mukaisesti alueiden sote-johtajien yhteistyöverkosto. Kaikissa HYKS-alueen kunnissa sosiaali- ja terveystoimi ovat yhdessä organisaatiossa ja yhden lautakun-nan alaisuudessa, mikä tukee terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välistä yhteistyötä.

Terveydenhuollolla ja sosiaalihuollolla on yhteisiä asiakasryhmiä, kuten ikääntyneet, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, lapset ja perheet sekä vammaiset. Kunnissa, ja tarvittaessa myös kuntien kesken, on sovittava terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöstä niin, että erityisesti yhteiset asiakasryhmät saavat tarvitsemansa hoidon, kuntoutuksen ja sosiaalitoimen palvelut. Palvelut voidaan järjestää julkisen terveydenhuollon ja muiden toimijoiden mm. kunnan muiden toimialojen, yritysten ja järjestöjen kanssa.

Kunnat ja HUS tekevät yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta. Lisäksi edistetään hyvinvoin-tia ja terveyttä yhdessä sidosryhmien kanssa. Hyvä kierre on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen projekti Uudellamaalla vuosina 2019 - 2021. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä painotetaan toimenpiteitä, jotka:

- tukevat asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden sekä omahoidon edistämistä
- tukevat hyvinvointi ja terveyserojen kaventumista
- tukevat eri asiakasryhmien huomioimista kattavasti
- tukevat kuntien ja HUS:in yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävissä.

Yksityissektori ja kolmas sektori täydentävät julkisen sektorin palvelutarjontaa. Lisäksi kunnat myöntävät hakemuksesta avustuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoalan järjestöille erikseen päätettyjen kriteerien pe-rusteella.

3.10 Järjestämissuunnitelman seurannan ja päivityksen vastuut

Helsinki seuraa yhdessä HUS:in perusterveydenhuollon yksikön kanssa HYKS-alueen järjestämissuunnitelman toteutumista Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman ESH-ohjauksen hankkeen keston ajan. Jos valmisteilla olevat sote-lait vahvistetaan, rakennehanke muuttuu toimeenpanohankkeeksi ja siinä yhteydessä sovitaan vastuista uudelleen. Tällä hetkellä seurantavastuu on Helsingillä, koska kaupunki vastaa Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman erikoissairaanhoidon ohjauksen Uudenmaan alueen hankekokonaisuuden koordinoinnista vuoden 2021 loppuun saakka. Seurannan pohjalta tunnistetaan mahdolliset toimenpide- ja päivitystarpeet.

Tässä järjestämissuunnitelmassa määritettyjen yhteisten toimintamallien toteutumisen seuranta perustuu HYKS-alueen kuntien ja HUS:in muodostamiin toiminnan ja talouden vastuupareihin. Kuntien ja HUS:in toiminnan ja talouden integraation vastuuparit kokoontuvat kaksi kertaa vuodessa ja valmistelevat kuntien ja HUS:in johdolle katsauksen järjestämissuunnitelmassa sovitun kehittämisen toteutumisesta. Toiminnan ja talouden integraation vastuuparien kokoukset kutsutaan koolle Helsingin toimesta ja valmistellaan Helsingin ja HUS:in perusterveydenhuollon yksikön yhteistyönä. Kokouksissa päätetään asiat, jotka nostetaan käsiteltäväksi Uudenmaan tasoisien erikoissairaanhoidon ohjauksen hankkeen ohjausryhmässä ja strategisessa yhteistyöryhmässä (Strato).

Osiossa 2. kuvattujen tavoitteiden toteutuminen varmistetaan vastuuparimallilla, jonka kehittämiseen ja käyttöönottoon HYKS-alueen kunnat ja HUS sitoutuvat järjestämissuunnitelmakaudella. Vastuuparimallissa kuntien ja HUS:in yhteyshenkilöt nimetään strategiselta, taktiselta ja operatiiviselta tasolta. Yhteyshenkilöille määritetään seurantavastuut tässä järjestämissuunnitelmassa yksilöityjen tavoitteiden osalta. Vastuuparimalli perustuu toiminnan ja talouden seurannan ja suunnittelun yhdistämiseen sekä selkeään toimintarakenteeseen, jossa vastuut ja roolit on jaettu sekä yhteisen tiedon kulku on varmistettu.

Strateginen järjestämissuunnitelma ja sen yhteensovittaminen talousnäkökulmien kanssa on yksi strategisen tason yhteistyöryhmän (Strato) tavoitteista. Uudenmaan alueen yhteisen kehittämisen varmistamiseksi vastuuparimallin kehittäminen ja käyttöönotto käsitellään Stratossa sekä STM:n rahoittaman erikoissairaanhoidon ohjauksen kehittämisen hankkeen ohjausryhmässä.

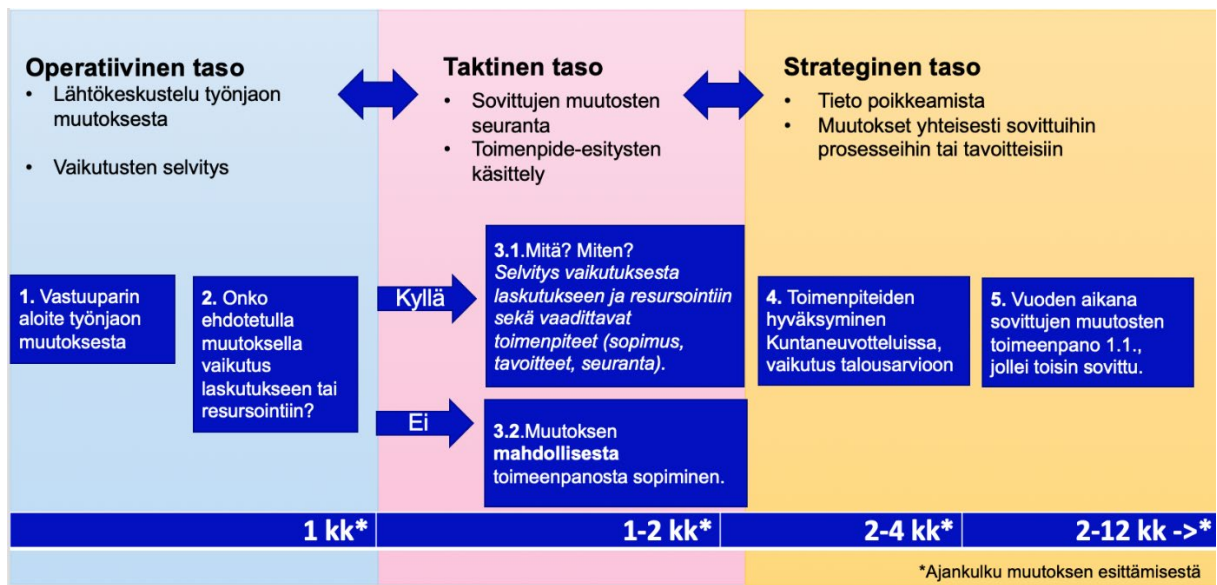
HUS valtuusto on hyväksynyt tässä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämissuunnitelmassa kuvatut kuntien ja HUS:in yhteiset toimintamallit ja niihin liittyvät tavoitteet. Kunnat ja HUS vastaavat toimintamallien toimeenpanosta ja päivittävät tarvittaessa toimintamallien ja/tai tavoitteiden sisältöä.

3.11 Työnjaon muutosten käsittely

Sovittaessa työnjaosta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on otettava huomioon eri HYKS-kuntien palvelurakenteen erot. Merkittävät työnjaon muutokset on sovittava erillisneuvotteluin HUS:in ja kunnan välillä alla kuvatun prosessin mukaisesti (kuvio 2.). Viime vuosina perusterveydenhuoltoon on siirtynyt aiemmin erikoissairaanhoidon kuuluneita tehtäviä samalla kun toisilla erikoisaloilla työnjaon kriittinen tarkastelu on johtanut siihen, että tiettyjä lievempiäkin häiriöitä on ollut järkevää hoitaa erikoissairaanhoidossa. Työnjakoa kehitetään jatkossakin potilaiden kannalta järkevään suuntaan.

Työnjakoa muutettaessa on välttämätöntä, että tämä tapahtuu osana vastuuparimallin mukaista vuorovaikutusta.

Työnjaon muutosten osalta edellytyksenä on hallittu sopiminen sekä resurssien ja osaamisen siirtymisen varmistaminen. Resurssien siirrot vaikuttavat laskutukseen.



Kuvio 2. Työnjaon muutosten käsittely

LIITTEET

1. Väestö sairaanhoitoalueittain ja HYKS-alueen ikäjakauma

Taulukko 5. Väestö sairaanhoitoalueittain

Alue	Väestö (31.12.2019)
HYKS-sairaanhoitoalue	1 263 480
Hyvinkään sairaanhoitoalue	192 494
Lohjan sairaanhoitoalue	89 982
Länsi-uudenmaan sairaanhoitoalue	41 121
Porvoon sairaanhoitoalue	98 906
Sairaanhoitoalue yhteensä	1 596 001
Koko maa	5 525 292

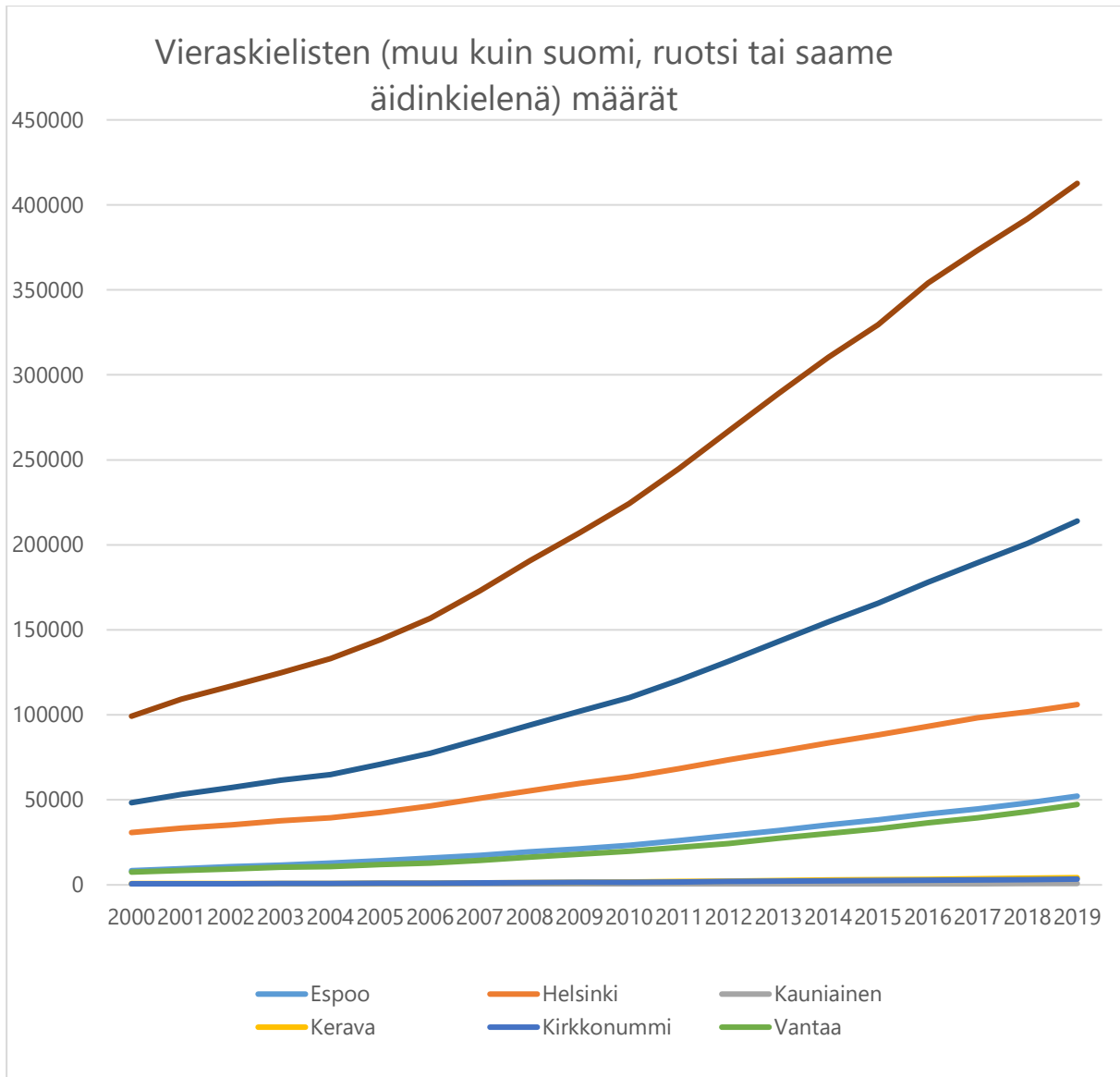
Taulukko 6. HYKS-alueen väestön ikäjakauma v. 2019 (Lähde: Tilastokeskus)

Ikäryhmä	HYKS-alueen väestöstä (%)
0-6 –vuotiaat	7,5
7-15 –vuotiaat	9,7
16-24 –vuotiaat	10,3
25-64 –vuotiaat	56,1
65-74 –vuotiaat	9,6
75-84 –vuotiaat	5,0
85-vuotta täyttäneet	2,8

2. Ruotsinkieliset, muut kuin ruotsin, suomen tai saamen kielisen väestön osuus, vieraskieliset ja ulkomaan kansalaiset

Taulukko 7 Ruotsinkielisen ja muun kuin ruotsin, suomen tai saamen kielisen väestön osuus (Lähde: Tilastokeskus)

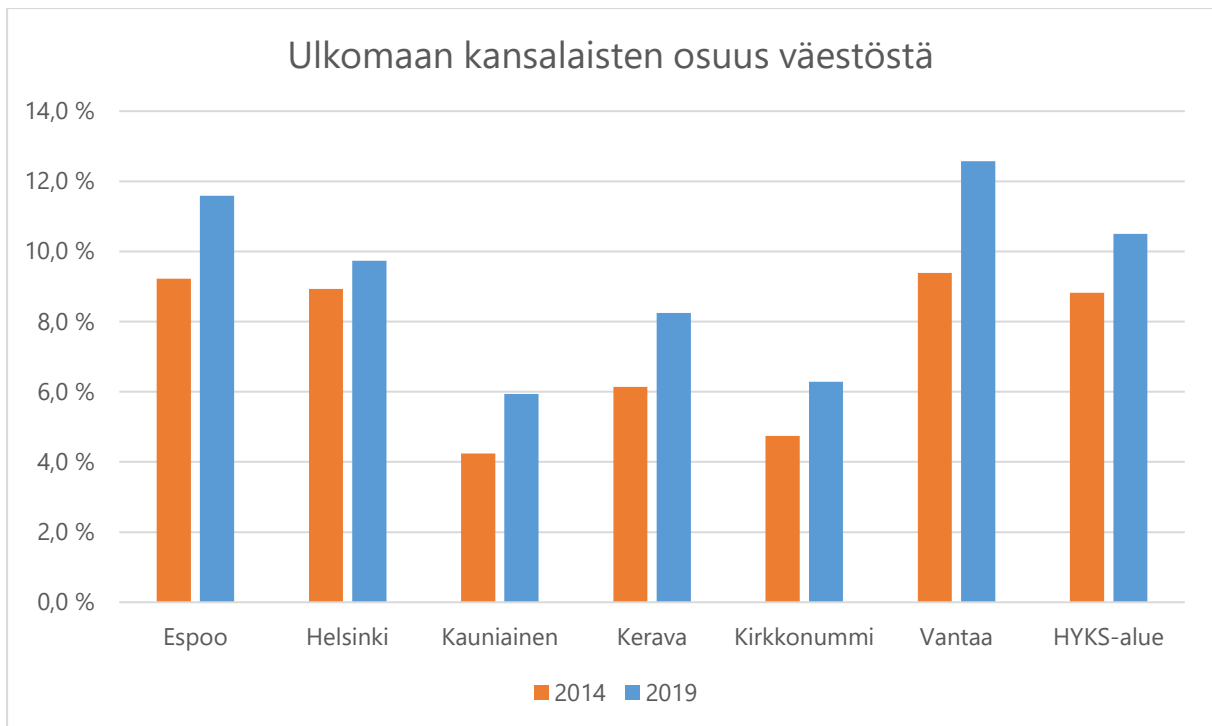
Kunta	Ruotsinkielinen väestö %	% muutos 2015 -2019	Muu kuin suomen-, ruotsin- tai saamenkielinen väestö %	% muutos 2015 - 2019
Espoo	6,9	-0,1	18,0	26,6
Helsinki	5,6	0,1	16,2	16,9
Kauniainen	32,6	-0,7	8,4	29,4
Kerava	1,2	0,0	11,6	28,0
Kirkkonummi	16,3	-0,5	8,6	26,8
Vantaa	2,4	0,0	20,2	30,0
HYKS-sairaanhoitoalue	5,7	-0,1	16,9	22,6



Kuvio 3. Vieraskielisten asukkaiden määrä

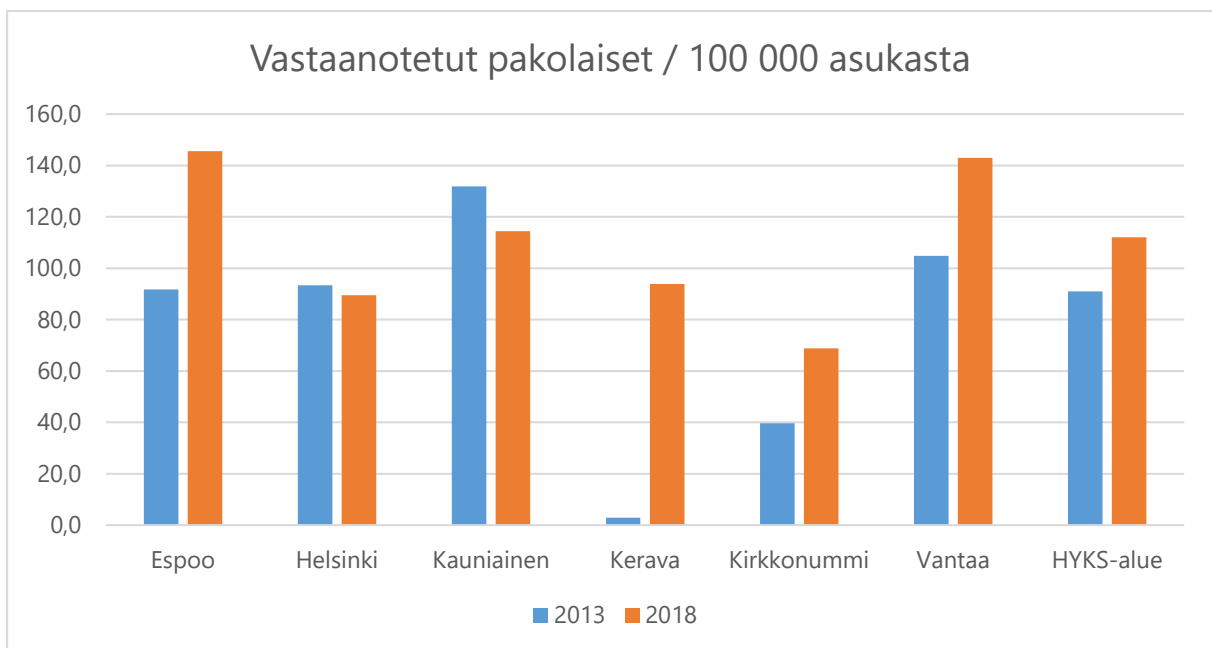
Taulukko 8. Ulkomaan kansalaisten osuus väestöstä (%) vuonna 2019 ja vastaanotetut pakolaiset/100 000 asukasta vuonna 2018. (Lähde: Tilastokeskus)

Kunta	Ulkomaan kansalaiset väestöstä % (2019)	Vastaanotetut pakolaiset / 100 000 asukasta (2018)
Espoo	11,6	145,6
Helsinki	9,7	89,5
Kauniainen	4,9	114,4
Kerava	8,2	93,8
Kirkkonummi	6,3	68,8
Vantaa	12,6	142,9
HYKS-sairaanhoidoalue	10,5	112,0



Kuvio 4. Ulkomaan kansalaisten osuus väestöstä (%) kunnittain ja HYKS-alueella.

(Lähde: Tilastokeskus)



Kuvio 5. Vastanotetut pakolaiset / 100 000 asukasta kunnittain ja HYKS-alueella.

(Lähde: Tilastokeskus)

3. Hyvinvointitavoitteet kunnittain

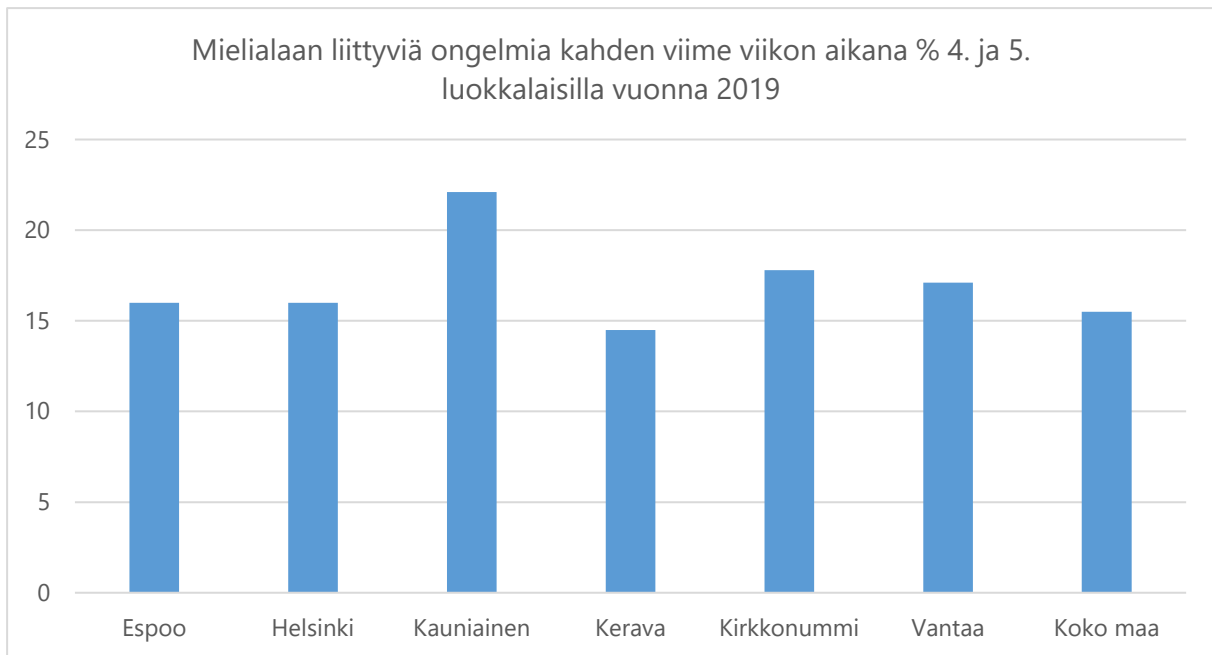
Taulukko 9. Hyvinvointitavoitteet kunnittain

Espoo	Lapset ja nuoret	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikilla lapsilla ja nuorilla on mahdollisuuksia osallistua, vaikuttaa ja harrastaa • Vertaistukea ja yhteisöllisyyttä vahvistetaan • Lapsilla, nuorilla ja perheillä mahdollisuus hyödyntää sähköisiä palveluja oman hyvinvointinsa edistämiseksi • Lasten ja nuorten mielen hyvinvointi lisääntyy ja päihdeiden käyttö sekä päihdehaitat vähenevät
	Työikäiset	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointia tukevat kaupunki- ja paikalliskeskukset • Hyvä toiminta- ja työkyky <ul style="list-style-type: none"> ○ Yhä useammalla espoolaisella on terveyttä edistävät elintavat ○ Heikossa työmarkkina-asemassa olevien työllistymisedellytykset paranevat ○ Työelämän ulkopuolella olevien mahdollisuudet mielekkääseen toimintaan ja osallisuuteen lisääntyvät
	Ikääntyneet	<ul style="list-style-type: none"> • Ikääntyneiden osallisuus vahvistuu ja yksinäisyys vähenee • Ikääntyneiden mielen hyvinvointi ja aivoterveys vahvistuvat • Ikääntyneiden päihteenkäyttö ja päihdehaitat vähenevät
Helsinki (Sote-lautakunta 18.8.2020, ennuste)	Lapset ja nuoret	Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisy: Vahvistetaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämistä jatketaan yhdessä kaupungin muiden toimialojen ja HUS:n kanssa. Uudet toimintamallit otetaan käyttöön vaiheittain vuosien 2020-2021 aikana
	Työikäiset	Eriarvoisuuden vähentäminen: Kehitetään vuosittaista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen raportointitietoa sekä hyödynnetään paremmin väestöryhmien terveys- ja hyvinvointitietoa osana HYTE-työtä. Stadin HYTEbarometri sisältää laajemmin seurantatietoa kuin aiemmin ja on laadittu kaupunkiyhteinen tiedonkeruujärjestelmä toimenpiteiden etenemisen todentamiseksi. Kerättyä terveys ja hyvinvointitietoa on käsitelty eri kehittämisverkostoissa ja HYTEohjausryhmässä.
	Ikääntyneet	Ikääntyneiden toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistaminen: Luodaan toimiva palveluketju ikääntyneiden ja iäkkäiden arkiaktiivisuuden ja liikunnan edistämiseen ja selkeytetään ikääntyneiden ja iäkkäiden liikuntapalveluiden tuottamisen roolit.

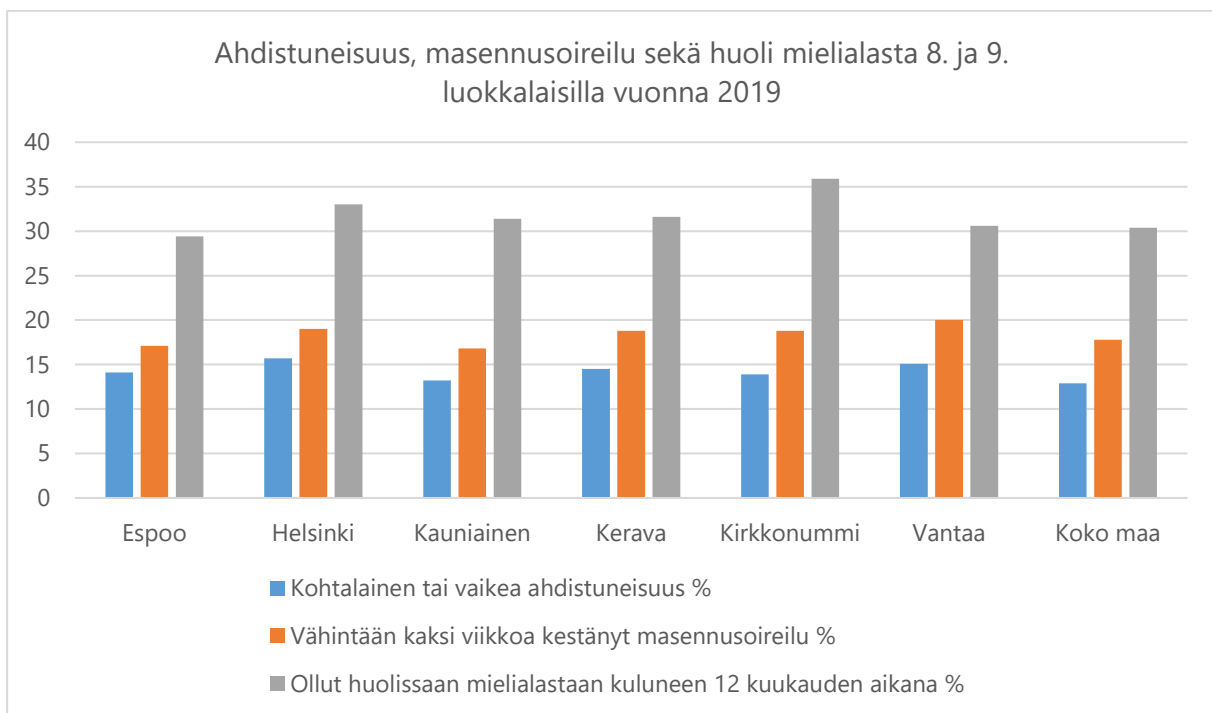
Kauniainen	Lapset ja nuoret	Lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen Nuorten ja nuorten aikuisten elämänhallinnan ja osallisuuden parantaminen
	Työikäiset	Työikäisten hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen
	Ikääntyneet	Ikääntyneiden hyvinvoinnin, osallisuuden ja toimintakyvyn edistäminen
Kerava	Lapset ja nuoret	Keravan kaupunki haluaa, että ... <ul style="list-style-type: none"> - keravalaisille lapsille ja nuorille kehittyy hyvä itsetunto ja rohkeus olla oma itsensä - keravalaiset lapset ja nuoret voivat luottaa tulevaisuuteen ja olla ylpeitä keravalaisuudestaan - keravalaiset lapset ja nuoret kasvavat omasta kaupungistaan välittäviksi ja huolehtiviksi kaupunkilaisiksi Keravan kaupunki panostaa siihen, että ... <ul style="list-style-type: none"> - lapsilla ja nuorilla on oikeus olla lapsia ja nuoria - lasten ja nuorten oma kokemus hyvinvoinnista ja turvallisuudesta otetaan huomioon - aikuisten tehtävänä on ottaa vastuu lasten ja nuorten kasvusta ja kehityksestä - lapsiin ja nuoriin panostamalla rakennetaan kaupungin tulevaisuutta - lapsi- ja nuorisotyössä huomioidaan erilaisten lasten ja nuorten tarpeet (Keravan kaupunki, Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2020)
	Työikäiset	Hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet jakautuvat neljään osa-alueeseen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuemme kuntalaisten hyvinvointia elämänkaaren eri vaiheissa: 2. Toimimme ennaltaehkäisevästi asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi: 3. Otamme asukkaat, järjestöt ja yritykset mukaan kunnan palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen 4. Kehitämme kaupunkiympäristön turvallisuutta, viihtyvyyttä ja esteettömyyttä. Edellä olevat kuvattu yksityiskohtaisesti: Kerava Laaja hyvinvointikertomus 2017 - 2020
	Ikääntyneet	Ikääntyneiden osuus, ks. edellä mainitusta kertomuksesta.

Kirkkonummi	Lapset ja nuoret	<ul style="list-style-type: none"> • Jokaisella lapsella ja nuorella mahdollisuus vähintään yhteen mielekkääseen harrastukseen • Lasten ja nuorten palvelutarpeeseen vastaaminen monitoimijaisena yhteistyönä • Nuorisotyöttömyyden ja syrjäytymisen ehkäiseminen • Nuorten päihdetietoisuuden lisääminen • Kaikkien koulujen päihdekasvatussuunnitelmien päivittäminen ja täsmentäminen sekä välittömän puuttumisen mallin käytön varmistaminen Kirkkonummen kunnan Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma
	Työikäiset	Kirkkonummen kunnan hyvinvointiohjelma
	Ikääntyneet	Kirkkonummen kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma
Vantaa	Lapset ja nuoret	<ul style="list-style-type: none"> • Vantaalaisten terveys ja hyvinvointi vahvistuvat terveellisempien elintapojen myötä <ul style="list-style-type: none"> - Liikunnallinen elämäntapa ja liikunnan harrastaminen lisääntyvät - Tupakointi ja alkoholin käyttö vähenevät • Hyvinvointierot vähenevät <ul style="list-style-type: none"> - Alueiden väliset hyvinvointierot vähenevät - Asukkaiden väliset hyvinvointierot vähenevät Vantaan lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2018-2022
	Työikäiset	<ul style="list-style-type: none"> • Vantaalaisten terveys ja hyvinvointi vahvistuvat terveellisempien elintapojen myötä • Hyvinvointierot vähenevät • Suomen monikulttuurisin kaupunki hoitaa myös kotouttamisen parhaiten <ul style="list-style-type: none"> - Kotouttaminen onnistuu aikaisempaa paremmin Vantaan hyvinvointiohjelma 2018 - 2022
	Ikääntyneet	<ul style="list-style-type: none"> • Vantaalaisten terveys ja hyvinvointi vahvistuvat terveellisempien elintapojen myötä <ul style="list-style-type: none"> - Liikunnallinen elämäntapa ja liikunnan harrastaminen lisääntyvät - Tupakointi ja alkoholin käyttö vähenevät • Hyvinvointierot vähenevät <ul style="list-style-type: none"> - Alueiden väliset hyvinvointierot vähenevät - Asukkaiden väliset hyvinvointierot vähenevät Vantaan ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma 2018 - 2022

4. Taustatiedot lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen osuuteen

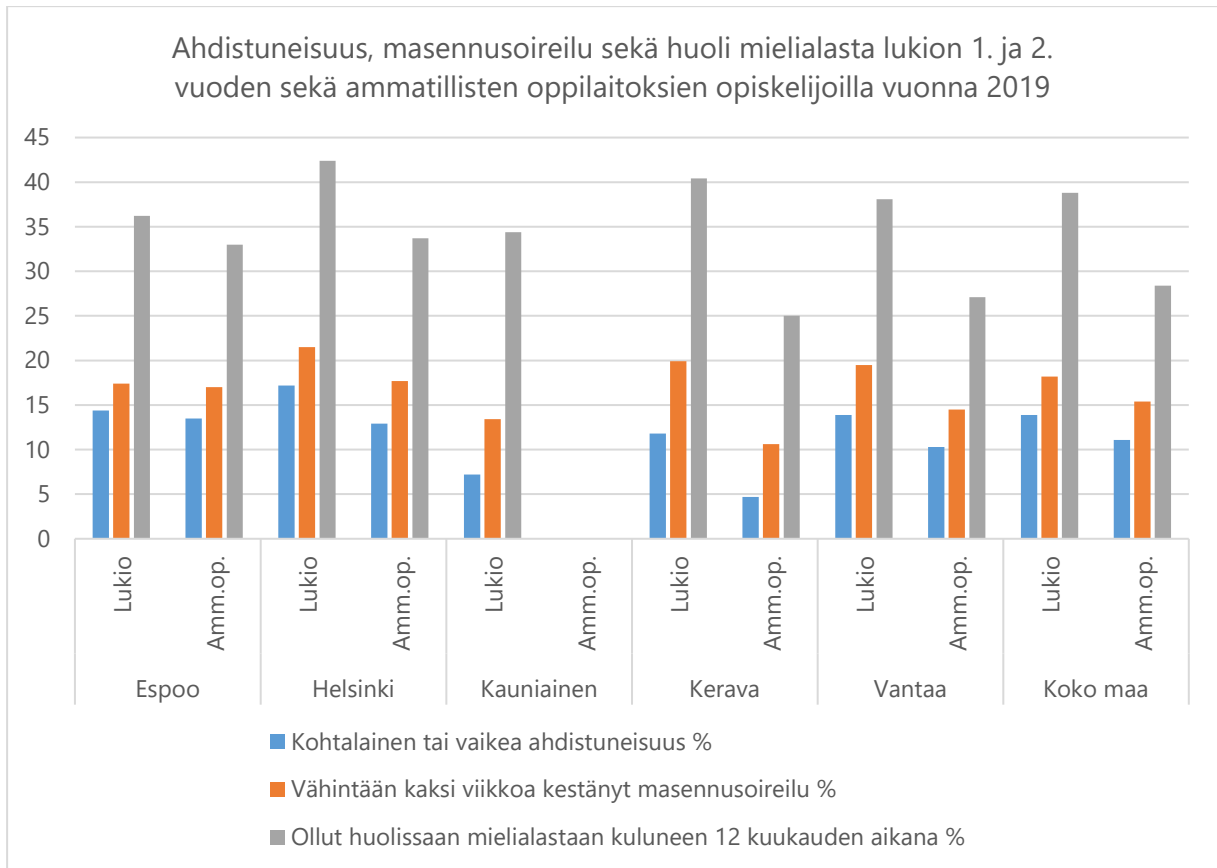


Kuvio 6. Alakouluikäisillä 4. ja 5. luokkalaisilla mielialaan liittyviä ongelmia kahden viime viikon aikana vuonna 2019 (Lähde: THL, kouluterveyskyselyn tulokset 2019).



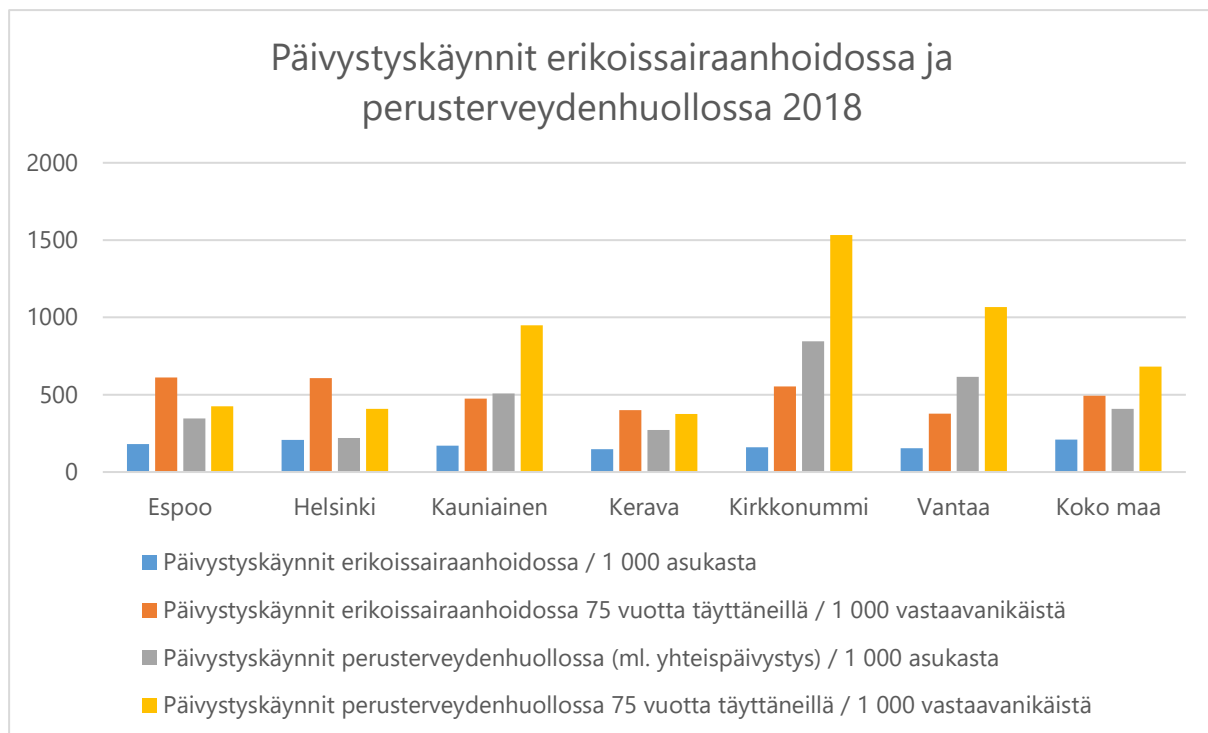
Kuvio 7. Yläkouluikäisillä 8. ja 9. luokkalaisilla vuonna 2019 esiintynyt kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennusoireilu (%) tai ollut huolissaan mielialastaan kuluneen 12 kuukauden aikana %.

(Lähde: THL, kouluterveyskyselyn tulokset 2019)



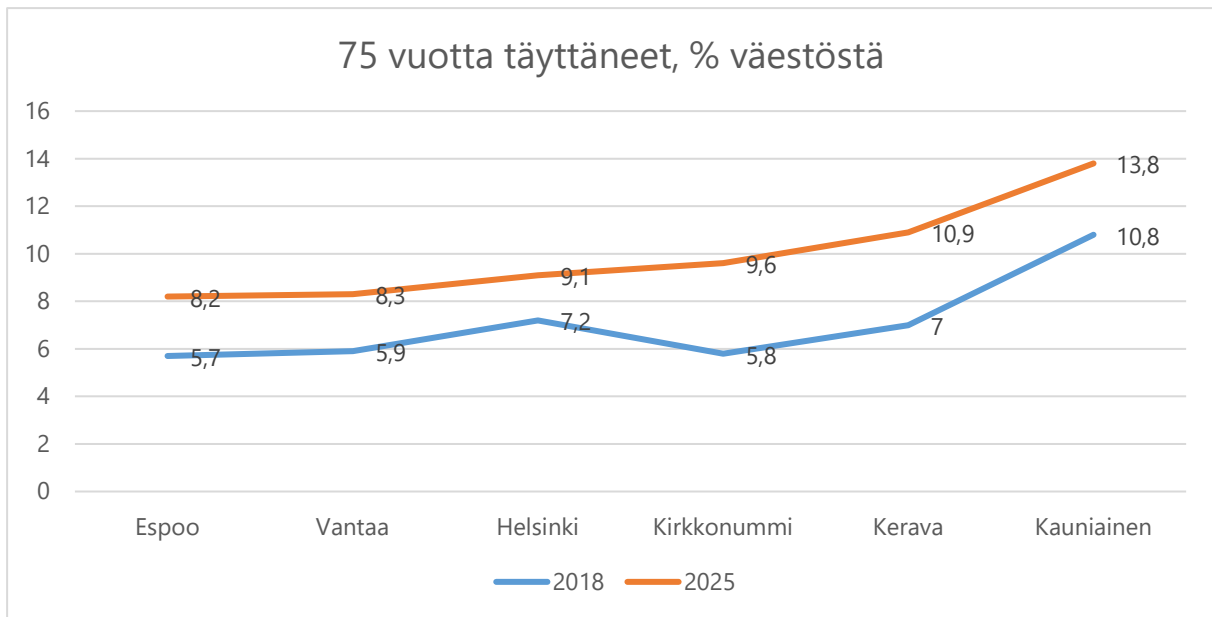
Kuvio 8. Toisen asteen (lukion 1. ja 2. vuoden sekä ammatillisten oppilaitosten) opiskelijoilla vuonna 2019 esiintynyt kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennusoireilu (%) tai ollut huolissaan mielialastaan kuluneen 12 kuukauden aikana % (Lähde: THL, kouluterveyskyselyn tulokset 2019)

5. Taustatiedot kiireellisen hoidon ja päivystyksen osioon

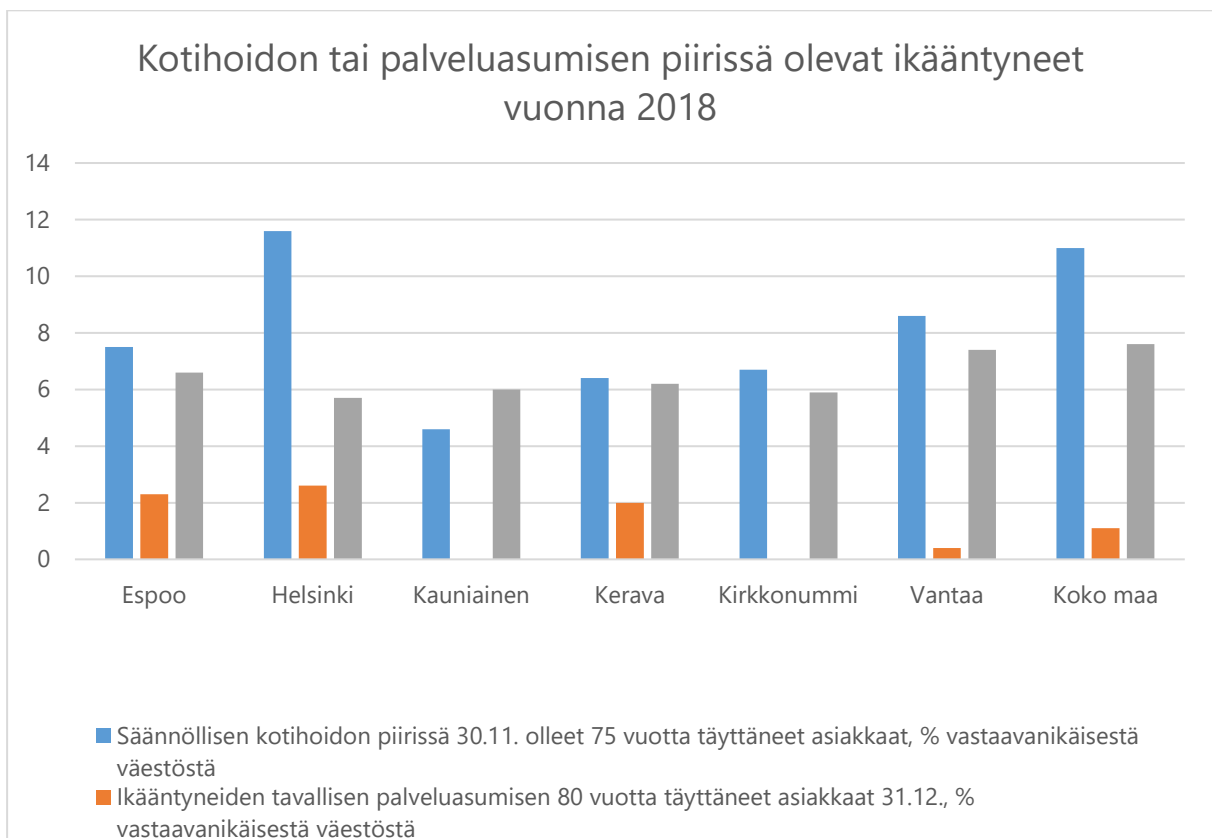


Kuvio 9. Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa 1000 asukasta kohden sekä päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa 75-vuotta täyttäneillä 1000 vastaavan ikäistä kohden. (Lähde: THL, Sotkanet)

6. Taustatiedot ikääntyneiden osioon



Kuvio 10. 75 -vuotta täyttäneiden osuus HYKS -alueen väestöstä 2018-2025



Kuvio 11. Kotihoidon tai palveluasumisen piirissä olevien osuudet ikääntyneistä vuonna 2018. (Lähde: THL, Sotkanet)

7. Valmisteluryhmän kokoonpano

Henkilö	Rooli ja organisaatio	Vastuualue
Juha Jolkkonen	Toimialajohtaja, sosiaali- ja terveystoimiala, Helsinki	
Leena Turpeinen	Terveys- ja päihdepalvelujen johtaja, sosiaali- ja terveystoimiala, Helsinki	
Maarit Sulavuori	Perhe- ja sosiaalipalvelujen johtaja, sosiaali- ja terveystoimiala, Helsinki	
Seija Meripaasi	Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen johtaja, sosiaali- ja terveystoimiala, Helsinki	
Tiina Mäki	Hallintojohtaja, sosiaali- ja terveystoimiala, Helsinki	
Anna-Liisa Arjama	Projektipäällikkö, sosiaali- ja terveystoimiala, hallinto, Helsinki	<i>Erikoissairaanhoidon yhteistyön ja ohjauksen kehittäminen, työskentelyn koordinointi</i>
Sampo Pajari	Talous- ja suunnittelupäällikkö, sosiaali- ja terveystoimiala, hallinto, Helsinki	<i>Kestävä talous</i>
Paula Pallasaho	Ylilääkäri, Espoo	<i>Küireellinen hoito ja yhteispäivystys (YLE)</i>
Maria Jyrkkä	Konserniohjauksen kehittämisjohtaja, Espoo	<i>Kestävä talous</i>
Maritta Hyvärinen	Ylilääkäri, Espoo	<i>Ikäihmisten palvelujen yhdyspinta</i>
Kati Villgren	Palvelupäällikkö, Espoo	<i>Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut</i>
Susanna Laitsaari	Palvelupäällikkö, Espoo	<i>Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut</i>
Arja Liinavuori	Johtava ylihammaslääkäri / terveystalvelujen tulosalueen johtaja, Kirkkonummi	<i>Väestörakenne ja väestön hyvinvoinnin tila</i>
Tapani Hämäläinen	Perusterveydenhuollon yksikön johtaja, HUS	<i>Terveydenhuoltolain 35 § ja 36§ mukainen vastuu.</i>
Atte Meretoja	HYKS sairaanhoitoalueen johtaja, HUS	
Teppo Heikkilä	Hallintoylilääkäri, HUS	
Marianne Juosila	Eriyisiasiantuntija, Vantaa	
Markus Paananen	Terveysspalvelujen johtaja, Kerava	<i>Küireellinen hoito ja yhteispäivystys (YLE)</i>
Suvituulia Taponen	Asiantuntija, Hankkinen Oy	<i>Työskentelyn ja sisällön koordinointi.</i>