

TAVOITE

SPS Painopiste: Vaikuttavien ja tehokkaiden hoito- ja palveluketjujen kehittäminen

KEINOT

(Toimenpiteet)  
Kv 25.8.2014 §  
123

Projekti ja osaprojektit

Turku Uudistamis-  
ohjelman  
U2 hanke tai  
projekti (kv  
25.8.2014 § 123)

Hyto  
organisaation  
uudistamis-  
muutos-  
projektien tulos  
(R.Liuksa pptk:t  
2.7., 7.8 ja  
21.8.2014)

Muu tarve  
kehittämiseen  
(esim. SPS/OPS  
sopimustavoite)

Poikki-  
hallinnollinen  
projekti

Terveyskeskuksen  
tuottavuuden ja  
tehokkuuden nostaminen

Terveysasemien  
asiakasprosessien  
kehittäminen (mm.  
palveluanalyysi, tiiviimpi  
yhteistyö palvelualueiden  
kanssa, terveyshyödyn  
lisääminen,  
potilassegmentointi)  
( Päivi-Leena Honkinen)

**Sähköisten palvelujen  
laajamittainen  
käyttöönotto:**

1. Puhelinpalvelu-  
järjestelmän käyttöönotto  
yli terveysasemaraajojen  
(TeleQ5-päivitys)  
(Timo Nieminen)
2. Potilastietojärjestelmän  
raportointi- ja  
analyysityökalun  
käyttöönotto (ODS)  
(Suvi Vainiomäki ja Kristian  
Kummel)
3. Hoitopisodien  
tuotteistuksen ja  
kustannuslaskennan  
tehostaminen  
(pDRG –luokittelu)  
(Kristian Kummel)
4. Omahoito ja digitaaliset  
arvopalvelut  
(ODA) Määrittelyvaihe)  
(Minna Kaarisalo)

Suun terveydenhuollon  
palveluverkko- ja  
toteuttamistapaselvitys

Selvitys suunth:n  
asemasta Turun  
kaupungissa  
(Minna  
Kinnarinen)

Palveluiden  
keskittäminen ja  
toimipisteiden  
sekä  
aukioloaikojen  
arviointi  
( Minna  
Kinnarinen)

Palvelusetelin  
käyttöönotto  
tutkituille potilaille  
(sähköinen  
palveluseteli- ja  
ostopalvelu-  
ratkaisu (PSOP)  
(Minna  
Kinnarinen)

Sairaalatoimintojen  
uudelleen-  
organisoiminen

Kuntouttavan  
sairaalahoiton  
kehittäminen  
(Hilkka Virtanen)

Saattohoito-  
prosessin  
kehittäminen  
(Tuulia Koponen)

Dementiapotilaan  
hoitoketjun  
kehittäminen

**Tavoitteet:**

1. Varhaisen  
puuttumisen ja  
kuntouttavan  
tukitoiminnan  
parantaminen
2. Vanhuspsykiatrian  
roolin tarkentaminen
3. Laitoshoidon  
kriteereiden ja  
hoidon porrastuksen  
arviointi ja  
kehittäminen
4. Uusien tukitoimien  
luominen avohoitoon  
(Tapio Rajala)

Mielenterveys- ja  
päihdepotilaiden hoito- ja  
palveluprosessien  
uudistaminen

Palveluketjujen ja  
toimintatapojen  
tehostaminen:  
Lastensuojelu-  
perheiden  
vanhemmat  
(Merja Niinimäki)

Mielenterveys- ja  
päihdetyön perus-  
ja erityistason  
yhteensovittaminen,  
moniammatillisten  
tiimien  
perustaminen  
suurien  
terveysasemien  
yhteyteen  
(Jyrki Heikkilä )

Potilas-/asiakas-  
kohtaisen  
tiedonkulun  
varmistaminen  
(Pegasos ja Effica)  
vs. lainsäädännölliset  
muutokset ja  
mahdollisuudet  
(Jyrki Heikkilä)

# TAVOITE

## SPS Painopiste: Vaikuttavien ja tehokkaiden hoito- ja palveluketjujen kehittäminen

### KEINOT (Toimenpiteet)

### SPS MITTARIT

### OPS MITTARIT (Kustannus ja tuottavuus tavoitteet)

### Laatu- ja vaikuttavuus-tavoitteet ja mittarit

**Terveyskeskuksen tuottavuuden ja tehokkuuden nostaminen**

**Kiireettömän lääkrivastaanoton jonotusaika lyhenee terveyskeskuksessa max. 4 vkoa / TAM 2014, TAE 2015 3-4 vkoa / TS 2016**

**Tuottavuuden ja tehokkuuden lisääntyminen terveysasemilla**

- Vuosikustannukset per asiakas
- Hoidetut asiakkaat per lääkäri ja hoitaja
- Sähköinen asiointi

**Tuotannollinen tehokkuus polikliinissä palveluissa**

Lääkinnällinen kuntoutus:

- Asiakkaat
  - Palvelutapahtumat per 45 min: Toiminta-, puhe-, fysioterapia, Fysiatritia, Asiantuntijatyö
- Somaattisen avohoitokäynnit:
- Silmätautien pkl
  - Korva-, nenä- ja kurkkutautien pkl

**Hoitotakuun ja palvelutakuun toteutuminen**

- Kiireettömän lääkrivastaanoton jonotusaika
- Kiireettömään hoitoon pääsy (Suunth)
- Hoidon tarpeen arviointi, hoidon aloitus (Lääkinnällinen kunt./fysiatritia , puheterapia, somaattinen ja psykiatritinen erikoissh)
- Hoidon aloitus alle 23 v:lla (psyk.erikoissh)

**Asiakastytyväisyys: Tyytyväisyyskyselyt Terveyspalveluiden palvelualueen kehittämishankkeet**

**Suun terveydenhuollon palveluverkko- ja toteuttamistapa-selvitys**

**Tuottavuus ja tehokkuus suunth:ssa**

- Asiakkaat
- Käynnit: Ostopalvelu, opetushh, erikoissh, perushh: hl, hh ja suuhyg.
- Kiireellinen hoito
- Hammaslääkäripäivystyksen laajennus: käynnit

**Sairaalatoimintojen uudelleen-organisointi**

**Jatkohoitojonojen lyheneminen shp:sta TAE 2015, TS 2016:**  
Potilaita keskim. /vk <25  
Siirtoviivepäivien määrä / kk 400  
Korotetun maksun osuus siirtoviivepäivistä < 50 %

**Oman sairaalahoidon tehostuminen TAE 2015, TS 2016:**  
Akuuttiosastojen hoitokasojen mediaani ja ka. < 6 vrk  
Kuntouttamisosastojen kotiuttamisprosentti takaisin kotiin >75%

**Sairaalapalvelut tuottaa tehokkaita polikliinisiä ja vuodeosastopalveluita tukemaan kotihoitoa**

Akuutin hoidon osastoryhmä:

- Päätyneet hoitokasot, hoitokasojen pituus ka.: Sisätautivuodeosastot, Akuuttiosastot, GAK-yksikkö
  - Käynnit: Sisätautipoliklinikka , Kotisairaala, Tähyystysyksikkö
  - Käynnit, Omaan asumispaikkaan lähetetyt %-osuus: Geriatritinen poliklinikka
- Palliativisen (sairaalatasoinen pitkäaikaissairaanhoito) hoidon osastoryhmä ja Kuntouttavan hoidon osastoryhmä (Akuutti neurologinen kuntoutusosasto , muut kuntoutusosastot):
- Päätyneet hoitokasot, hoitokasojen pituus ka.

**Varmistetaan oikean tasoinen hoito**

- Sairaalahoidosta valmiiden potilaiden keskimääräinen jono/kk tarpeensa mukaiseen pitkäaikaiseen hoitoon
- Perusterveydenhuolto tuottaa kattavia terveysasema- ja suunterveydenhuollon palveluita**
- Peittävyys (terveysasemat) : Koko väestö ja 65 v. täyttäneet
  - Peittävyys (suunth): Koko väestö ja 75 v. täyttäneet
- Lääkinnällisen kuntoutuksen painopisteenä kotihoito, sairaalahoido ja kotiutumismvaiheen turvaaminen:** Kotihoidon osuus lääkinnällisen kuntoutuksen tapahtumista
- Lääkehuolto toimittaa hyton yksiköihin potilaiden hoidossa tarvittavat lääkkeet tehokkaasti ja laadukkaasti:** Toimitusvarmuus ja -nopeus

**Dementiapotilaan hoitoketjun kehittäminen**

**Tuotetaan oikea-aikaisia ja tehokkaita psykiatritisia palveluita**

- Psykiatritian avohoitokäynnit: Lasten ja nuorten psykiatritia, avohoitopsykiatritia, Psykoosien hoito, Vanhuspsykiatritia
- Päätyneet hoitokasot: Avohoitopsykiatritia, Psykoosien hoito, Vanhuspsykiatritia

**Edistetään mielenterveys-kuntoutujien ja päihdehuollon asiakkaiden kuntoutumista**

- Päihdehuollon ja Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden piirissä olevien asiakkaiden määrä (omat yksiköt / ostopalvelu), poikkileikkaus: tehostettu palveluasuminen/ laitosasuminen, palveluasuminen, tuettu asuminen

**Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito- ja palveluprosessien uudistaminen**

**Mielenterveys- ja päihdepalvelujen välittömien kokonaiskustannusten kasvun taittaminen:**  
45,4 Me/ TAM 2014 →  
44,8 Me/ TAE 2015 →  
44,6Me/ TS 2016

# Jokaisen palvelun pitäisi täyttää edellytykset A ja/tai B:

## A. Input (esim. potilasjono)

### A. Tehdään oikeita asioita

- Hoidon/palvelun tarve on olemassa/todettu
- Yhdenvertaisuus toteutuu
- Asiat tehdään oikeassa paikassa oikeaan aikaan
- Resursseja käytetään oikea määrä suhteessa asiaan / palveluun

## B. Prosessit (esim. palveluketjut)

### B. Tehdään asioita oikein

- Työnjako on optimaalinen
- Työtä ohjaavat tarve, näyttö ja tasapuolisuus
- Työtapoihin ja prosesseihin käytetään pienin mahdollinen energia ja aika (Lean)
- Asioita osataan tehdä

## Jolloin toteutuu C:

## C. Output (esim. terveyshyöty)

### C. Palveluiden kustannukset ovat suhteessa saatuun hyötyyn

- Hyöty on mitattavissa

## Kehittämissalkkuun voi kuulua myös projekti jossa toteutuu D:

### D. Apuvälineet edellisille

## Kehittämissalkku (projekti) 2015

luokiteltuna kehittämiskohteen palveluntuottamisedellytysten mukaan

### Projektit joissa toteutuu A+B Avopalvelut

- Terveysasemien asiakasprosessien kehittäminen

### Mielenterveys- ja päihdepalvelut

- Perus- ja erityistason yhteensovittaminen, moniammatillisten tiimien perustaminen suurien terveysasemien yhteyteen
- Lastensuojeluperheiden vanhemmat: palveluketjun ja toimintatapojen kehittäminen

### Sairaalapalvelut

- Kuntouttavan sairaalahoidon kehittäminen

### Projektit joissa toteutuu C Avopalvelut

- Potilastietojärjestelmän raportointi- ja analysointityökalun käyttöönotto (ODS)
- Hoitoepisodien tuotteistuksen ja kustannuslaskennan kehittäminen (pDRG)

### Projektit joissa toteutuu D Avopalvelut

- Puhelinpalvelujärjestelmän käyttöönotto yli terveysasemaraajojen (TeleQ5)
- Omaha- ja digitaaliset arvopalvelut (ODA)

### Projektit joissa toteutuu A Avopalvelut

- Puhelinpalvelujärjestelmän käyttöönotto yli terveysasemaraajojen (TeleQ5)

### Projektit joissa toteutuu B Avopalvelut

- Omaha- ja digitaaliset arvopalvelut (ODA)

### Mielenterveys- ja päihdepalvelut

- Potilaskohtaisen tiedonkulun varmistaminen

### Suun terveydenhuolto

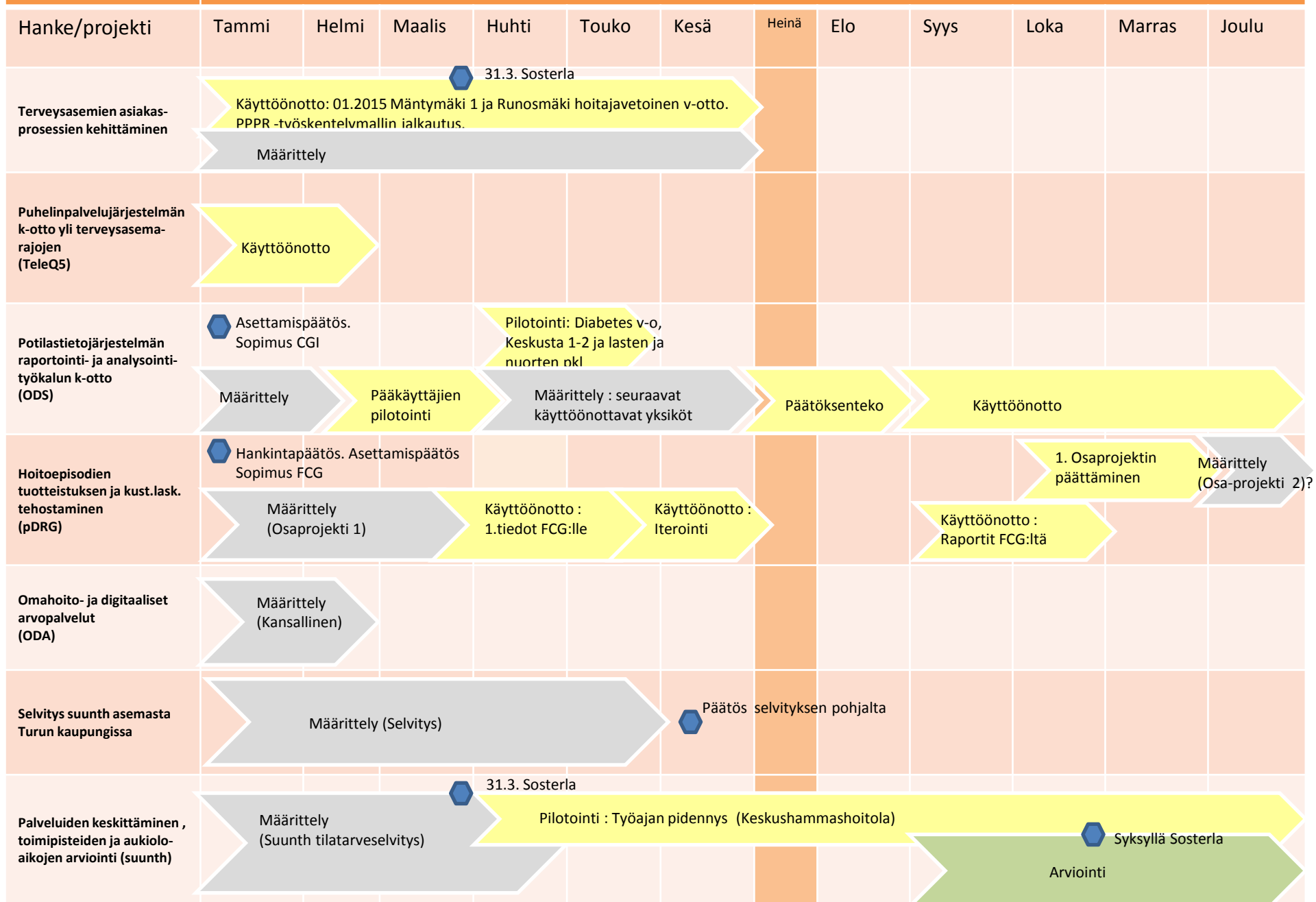
- Toimipiste- ja työaikaselvitys
- Toteuttamistapaselvitys
- Palveluseteliselvitys

### Sairaalapalvelut

- Saattohoitoprosessin kehittäminen
- Muistihäiriöpotilaan hoitoketjun kehittäminen

26.1.2015

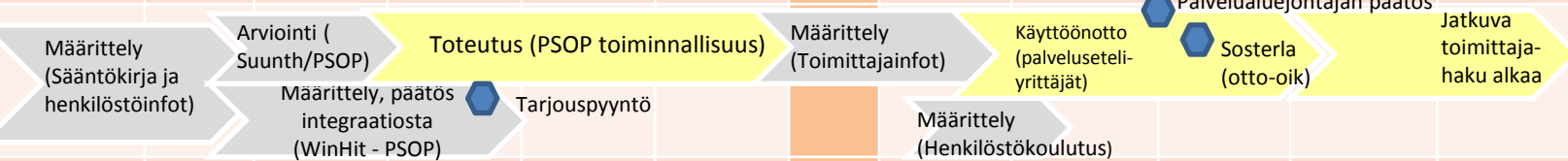
TERVEYSPALVELUT Vuosi 2015



Hanke/projekti

Tammi Helmi Maalis Huhti Touko Kesä Heinä Elo Syys Loka Marras Joul

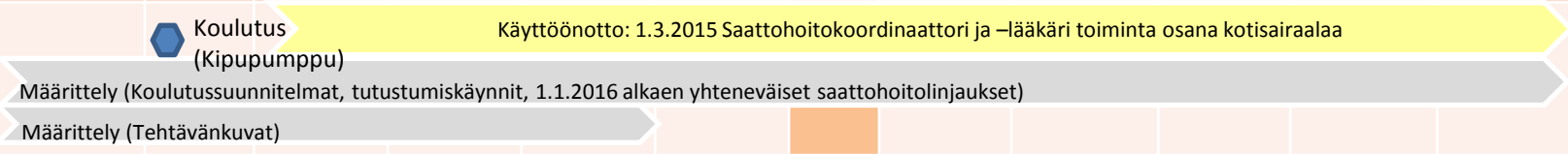
Palvelusetelin k-otto tutkituille potilaille (suunth)



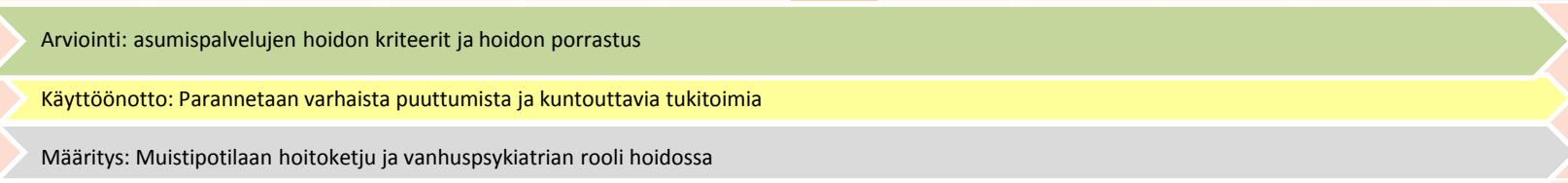
Kuntouttavan sairaalahoidon kehittäminen



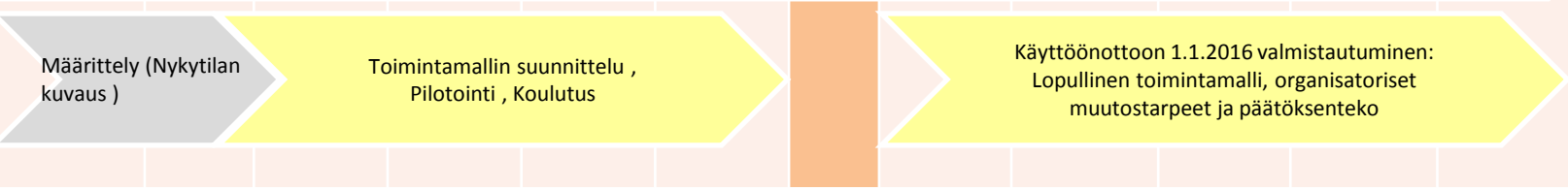
Saattohoitoprosessin kehittäminen



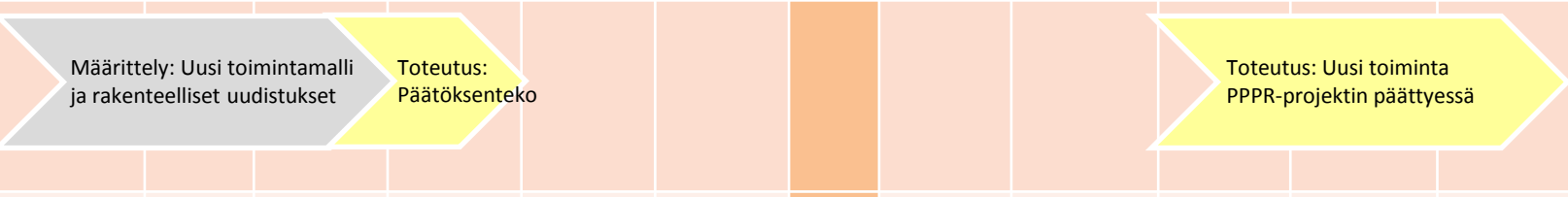
Dementiapotilaan hoitoketjun kehittäminen



MP/Lastensuojeluperheiden vanhempien palveluketjun kehittäminen



MP/Perus- ja erityistason yhteensovittaminen, moniammatilliset tiimit



MP/Potilas-/asiakaskohtaisen tiedonkulun varmistaminen (Pegasos, Effica)



# SELITE

## Valmisteluvaihe = P0 - P2



- Määrittely, Suunnittelu, Nykytilan kuvaus
- Esitys
- Päätöksenteko
- Hankinnat, Sopimukset

## Toteutusvaihe = P3 - P5



- Päätöksenteko
- Koulutus, perehdytys
- Pilotointi
- Käyttöönotto

## Seurantavaihe = P6



- (Väli)Arviointi, hyötyjen mittaaminen



Raportointi- ja/tai seuranta-pvm.  
Päätös, sopimus- ja/tai allekirjoitus-pvm.

**PROJEKTIEHDOTUS =P2**

**Projektin nimi:** Terveysasemien palveluanalyysi, asiakasprosessien kehittäminen ja tiiviimpi yhteistyö muiden tulosalueiden kanssa

Päivämäärä:	15.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Terveyspalvelut
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Avosairaanhoidon ylilääkäri Päivi-Leena Honkinen
Yhteyshenkilö:	Avosairaanhoidon ylilääkäri Päivi-Leena Honkinen

**1. Tausta**

Odotusajat kiireettömälle lääkärin vastaanotolle ovat jo pidempään vaihdelleet terveysasemittain, kuitenkin siten että pääsääntöisesti jonot ovat valtakunnallisesti arvioiden pitkiä. Potilaat eivät saa näiltä osin palveluja tasapuolisesti. Jonotusaikojen aluekohtaisen vaihtelun syytä on selvitetty SOSTERLAlle 14.1.2014 § 8 ja 20.5.2014 § 15 terveysasemien palveluanalyysissa, jonka pohjalta palveluprosessien selvitystyötä on jatkettu PTH:n hallinnon ja terveysasemien lähiesimiesten tiiviinä yhteistyönä.

Selvitystyössä on pureuduttu kiireettömän vastaanoton pitkien ja/tai erimittaisten jonojen problematiikkaan ja selvitetty keinoja, joilla jonoihin voitaisiin vaikuttaa. Mitään yksittäistä keinoa ei ole, jolla nykyisessä taloustilanteessa kiireettömän vastaanoton jonot saisi poistettua, vaan ongelma vaatii lähestymistä ja toimenpiteitä monelta suunnalta. Terveysasematoimintaan liittyviä prosesseja on nyt tarkoitus yhtenäistää ja prosessoida siten, että jonotusaikojen lyhenemisen lisäksi palvelut voitaisiin kohdentaa oikein eli lääketieteellisen tarpeen mukaisin perustein.

Selvitysten myötä on edetty usean toimenpiteen osalta toteuttamisvaiheeseen yhdellä tai useammalla terveysasemalla: hoitajavetoinen akuuttivastaanotto, monisairaalan potilaan hoitomalli, terveydenhoitajien ryhmäohjaus, PPPR -työskentelymallin käyttöönotto, sähköisen asioinnin edistäminen. Edelleen on tarvetta jatkaa kehittämistyötä ja kehittämiskohteiden käytännön toteuttamista mm. seuraavien toimenpiteiden osalta: muun terveydenhuollon tai sosiaalityön ammattilaisen (fysioterapeutti, psykiatrinen hoitaja, päihdetyöntekijä, sosiaalityöntekijä) suora vastaanotto tai yhteisvastaanotto, hoitajalääkäri-työnjaon uudistaminen, iltavastaanottomallin selvittäminen ja suunnittelu, hoidon tarpeen koordinoijaroolin käyttöönotto, tutorlääkäri-/tutorhoitajamalli, palveluverkkouudistuksen arviointi.

**2. Asiaan liittyvät päätökset**

SOSTERLA 14.1.2014 § 8 ja 20.5.2014 § 15, dnro 162–2014

### 3. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123

Palvelut tulisi kohdentaa oikein, palveluprosessien sujuvuutta tulisi parantaa ja terveysasematoimintoja tehostaa. Kehittämiprojektilla pyritään yhtenäistämään terveysasemapalvelujen prosesseja ja prosessoimaan niitä asiakaslähtöisyyden strategisesta näkökulmasta siten, että jonotusajat terveysasemille lyhenevät ja palvelut kohdennetaan oikein, lääketieteellisen tarpeen mukaisin perustein.

### 4. Hyödyt ja sidosryhmät

Resurssit saadaan riittämään paremmin ja työstä saadaan nykyistä suurempi terveyshyöty väestölle. Hyödyt ovat mitattavissa; osa on mitattavissa nopeasti tai keskipitkällä aikavälillä (jonotusajat, palveluiden oikea kohdentaminen), osaa hyödyistä saadaan mitattua vasta useamman vuoden tähtäimellä (terveyshyöty).

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,5Me (sisältää sähköisten palvelujen laajamittaiset käyttöönottoprojektit)

### 5. Projektin tavoite

Projektin tavoitteena on, että avopalveluja tarjotaan väestölle yhdenvertaisesti (tehdään oikeita asioita) siten, että palvelut toteutetaan tarkoituksenmukaisella tavalla (asiat tehdään oikein). Lopputuloksena tavoitellaan palveluita, joista aiheutuvat kustannukset ovat suhteessa saatuun hyötyyn, joka on mitattavissa.

### 6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projektissa tehdään yhteistyötä koko terveystalouden sisällä ja myös muiden palvelualueiden kesken. Osa projektin toteutumisesta riippuu yhteistyön toteutumisesta IT-palveluiden sekä tilojen strategisesta suunnittelusta vastaavien palveluiden kanssa. Projekti on hyvin laaja ja sen tarkoituksena on tuottaa pysyviä toimintamallimuutoksia terveysasemapalveluissa.

### 7. Aikataulu ja vaiheet

v.2014:

- Toimintatapojen muutoksiin liittyvät kokeilut ja uudistukset on aloitettu osittain. Hoitajavetoinen akuuttivastaanotto on pilotoitu Varissuon terveysasemalla ja toimintaa jatketaan.
- Monisairaan potilaan hoitomalli on esitelty ja sen mukainen toiminta on käynnistetty (11.2014)
- Terveystalouden ryhmäohjaus on jo toiminnassa ja sitä lisätään.

v.2015:

- 1.2015: Mäntymäki 1:ssä ja Runosmäessä aloitetaan hoitajavetoinen akuuttivastaanotto.
- 31.3.2015 tilannekatsaus sosterlaan
- kevät: Selvitellään ja käynnistetään muiden ammattilaisten kanssa tehtäviä yhteistyömuotoja sekä koordinointi- ja tutortoimintaa
- kevät: Selvitetään iltavastaanottomallin käyttöönotto
- PPPR -hankkeen työskentelymallia jalkautetaan
- Sähköinen asiointi etenee (ks. myös erilliset osaprojektit: ODA, TeleQ5, pDRG, ODS).
- Tehdään terveysasemaverkoston tarkoituksenmukaisuuden arviointi



## 8. Päätuotokset

Asiakkaiden palvelukokonaisuuden parantuminen ja jonojen vähentyminen.  
Tarpeettomien ja päällekkäisten käyntien vähentyminen, mikä vaikuttaa resurssien oikeaan kohdentumiseen ja kustannusten hallintaan.  
Oikea-aikaisen ja yhtäläisen lääketieteellisesti perustellun hoidon saaminen kaikissa terveyskeskuksen toimipisteissä.

## 9. Tulosten juurruttaminen

Toimintamallimuutos juurrutetaan käytäntöön sitä mukaa kun ne otetaan käyttöön.

## 10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Avopalveluiden ylilääkärit ja ylihoitaja yhdessä eri avainhenkilöiden kanssa (esim. sähköisen asioinnin asiantuntija, osastonhoitajat ja vastaavat lääkärit)

## 11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Selvitystyö ja perustyön kehittäminen oman työn ohessa. Iltavastanottotoiminnan aloittaminen tulee vaatimaan lisäresursointia ja rahaa.

Palveluverkkouudistus tulee vaatimaan rahoitusta, mikäli selvityksessä päädytään esittämään palvelujen keskittämistä nykyistä isompiin yksiköihin.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b>Kulut yhteensä (-)</b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b>Tulot yhteensä (+)</b>						
<b>Kassavirta yhteensä</b>						

## 12. Riskit

- muun terveydenhuoltoalan ammattilaisen, sosiaalityöntekijän, päihdetyöntekijän saaminen terveysasematiimiin ei onnistu
- muutoksen valmistelun varataan riittämätön aika ja resursointi
- muutosvastarinta eri henkilöstö- ja päättäjätasolla
- toimivalta- ja tietosuojaosastot tai niiden tulkinta vähentävät uuden toimintamallin toimivuutta (vrt. sosiaali-Effica)
- iltavastanottomallin osalta VES:iin liittyvät asiat ja resursointi (sekä työntekijä että raha)
- palveluverkkouudistus edellyttää ensin tietoa mahdollisista tilaratkaisuista kaupungissa

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>  
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>  
Projektitoimisto

**PROJEKTIEHDOTUS =P2**

**Projektin nimi:** Puhelinpalvelujärjestelmän käyttöönotto yli terveysasema-rajojen (TeleQ5 päivitys)

Päivämäärä:	15.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Projektipäällikkö Timo Nieminen
Yhteyshenkilö:	Vs. ratkaisupäällikkö Minna Salakoski Terveysasemien yhteyshenkilö ylläkäri Päivi-Leena Honkinen

**13. Tausta**

Tammikuussa (14.1.2014 § 8) sosiaali- ja terveyslautakunnalle esiteltyyn terveysasemien palveluanalyysin mukaista palveluprosessien selvitystyötä on tehty perusterveydenhuollon hallinnon ja terveysasemien vastaavien lääkärien ja osastonhoitajien tiiviinä yhteistyönä. Selvitystyössä on pureuduttu kiireettömän vastaanoton pitkien ja/tai erimittaisten jonojen problematiikkaan ja selvitelty keinoja, joilla jonoihin voitaisiin vaikuttaa. Mitään yksittäistä keinoa ei ole, jolla nykyisessä taloustilanteessa kiireettömän vastaanoton jonot saisi poistettua, vaan ongelma vaatii lähestymistä ja toimenpiteitä monelta suunnalta. Terveysasematoimintaan liittyviä prosesseja on nyt tarkoitus yhtenäistää ja prosessoida siten, että jonotusaikojen lyhenemisen lisäksi palvelut voitaisiin kohdentaa oikein eli lääketieteellisen tarpeen mukaisin perustein.

Yhtenä kehittämiskohteena on tarkasteltu pitkien jonotusaikojen ja sen yhtenä osatekijänä samanaikaisten yhteydenottojen ja puheluihin vastaamisen problematiikkaa. Yhtenä keinona pitkille jonotusajoille on esitetty mahdollisuutta varata aika myös muulle terveysasemalle kuin ns. omalle asemalle. Tähänastinen puhelinpalvelujärjestelmä TeleQ4 ei ole antanut teknisiä valmiuksia puhelujonojen hallintaan optimaalisella tavalla, samoin kuin aikojen antaminen yli terveysasemarajojen on vaatinut manuaalista työtä.

Tämän alaprojektin tarkoituksena on tämänhetkisen puhelinpalvelujärjestelmän päivittäminen TeleQ5-versioon, joka mahdollistaa mm. yhden puhelujonon käytön eri terveysasemien välillä.

**14. Asiaan liittyvät päätökset**

Dno 162-2014 Terveysasemien palveluanalyysi (Sosterla 14.1.2014 ja 20.5.2014)  
Dno 7634-2014 TeleQ5-projektin asettaminen (R.Liuxsa 1.7.2014)

## 15. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123 (osana terveyskeskuksen tuottavuuden nostamista ja sähköisten palvelujen laajamittaista käyttöönottoa).

Sosterla on esittänyt alkuvuodesta 2014, että terveyskeskusten puhelinajanvarausta on tehostettava niin, että akuuttilääkäriajan voi saada muultakin terveysasemalta kuin henkilön omalta, näin kaikki lääkäriajat tulevat tehokäyttöön. Tähän toimintaan ei nykyinen TeleQ4 -versio taivu.

## 16. Hyödyt ja sidosryhmät

Terveysasemien puhelinpalvelujärjestelmän (TeleQ) uuden version (TeleQ5) myötä avautuu nykyistä huomattavasti joustavampi mahdollisuus antaa aikoja yli terveysasemarakojen. Potilaat soittavat edelleen omien terveysasemiensa puhelinnumeroon, jolloin vältetään yhden numeron ruuhkautuminen (TeleQ -puheluita tulee kuukaudessa keskimäärin 28 000 kpl).

Terveysasemien palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta uusi TeleQ5 antaa merkittävän paljon enemmän mahdollisuuksia käytännön työhön, esim. valikkomahdollisuus on paljon laajempi kuin nykyisessä versiossa. Tällä voidaan vastata yhden puhelujonon hallinnan vaatimuksiin nykyisellä tuotantokapasiteetilla.

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,5Me (sisältää terveysasemien palveluanalyysi –projektin ja kaikkien sähköisten palvelujen laajamittaiset käyttöönottoprojektit)

Sidosryhmiä ovat Aurora Innovation (TeleQ5-järjestelmän toimittaja), Tiera (konesalipalvelut) ja Sonera (tieto- ja puhelinliikenneyhteydet), Turun hyvinvointitoimialan kaikki terveysasemat ja suun terveydenhuolto sekä ehkäisevä terveydenhuolto.

## 17. Projektin tavoite

Projektin tavoitteena/tarkoituksena on vastaanottoaikojen antamiseen liittyvän prosessin kehittäminen/tehostaminen ottamalla käyttöön uusittu versio nykyisestä TeleQ -järjestelmästä. Järjestelmä mahdollistaa yhden puhelujonon hallinnan.

## 18. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Projektissa toteutetaan uuden TeleQ -järjestelmän käyttöönottoa varten suunnitelman mukainen tekninen ympäristö, varmistetaan sen toimivuus uuden TeleQ5-järjestelmän alustana sekä päivitetään ja käyttöönotetaan uusittu puhelinpalvelujärjestelmä. Samalla tulee varmistaa, että operatiivinen palvelu-/toimintamalli tehostuu ja työn tuottavuus nousee.

TeleQ:lla on riippuvuutta Turun kaupungin puhe-/puhelinliikennepalveluiden kilpailuttamiseen, joka alkaa vuonna 2015 (TeleQ pitää ottaa yhtenä osana mukaan kilpailutukseen).

## 19. Aikataulu ja vaiheet

- 00.2015 Teknisen ympäristön / laitteiston selvitys
- 00.2015 Teknisen ympäristön hankinta (= Tieran konesalipalveluna) ja toteutus (=Tiera ja Sonera)
- 00.2015Järjestelmän tekninen asennus ja testaus (=Aurora Innovation)
- 00.2015Järjestelmän käyttöönottokoulutus ja käyttöönotto (=Aurora Innovation)
- 02.2015 Aurora Innovationilta saadun tiedon mukaan uusi järjestelmä/palvelu arvioidaan käyttöönotettavaksi kokonaisuutena (käyttöönotto vaiheistetaan alkuvuodesta alkaen)
  - 00.2015 käyttöönotto xx yksikössä
  - 00.2015 käyttöönotto xx yksikössä
- 00.2015 xxxxx

## 20. Päätuotokset

- Uuden teknisen ympäristön päälle onnistuneesti asennettu toimiva TeleQ –järjestelmän versio 5. Uusi versio sisältää seuraavat sopimuksen mukaiset tärkeimmät ominaisuudet:
  - Parempi TeleQ jonojen välinen yhteistyö
  - Puhelupuu
  - Kategoriapankki
  - TeleQ aikataulu
  - Viestipankki
  - Layout
  - Kielimoduuli
  - Parempi ja uudistunut käyttäjähallinta
  - Uusi TeleQ ääni ja uusia fraasejaMikäli TeleQ5:een tulee nykyisen sopimuksen ulkopuolisia uusia ominaisuuksia (esim. videot), pitää niiden tarpeista ja hinnoista sopia erikseen.
- Käyttäjät koulutettuina ja uusi järjestelmän versio onnistuneesti käyttöönotettuna Turun terveystieteiden keskuksissa.
- Tulevat puhelut jaotellaan ja ohjataan tarkoituksenmukaisesti esim. kiireellisyyden ja tiettyjen volyymituotteiden mukaisesti

## 21. Tulosten juurruttaminen

Uusi toimintamalli tulee käyttöön välittömästi versiopäivityksen jälkeen.

## 22. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektin ohjausryhmä:

Katariina Korkeila (pj)  
Rami Kokkala (IT)  
Päivi-Leena Honkinen  
Timo Nieminen (sihteeri)

Projektipäällikkö:

Timo Nieminen

Koordinointiryhmä:

Kari Rajanaro (IT)

Jaana Piispanen (avosairaanhoido)  
 Päivi-Leena Honkinen (avosairaanhoido)  
 Minna Salakoski  
 Maisa Lindström (suun terveydenhuolto)

Ulkopuoliset toimittajat:  
 Aurora Innovation (TeleQ)  
 Tiera (konesalipalvelut)  
 Sonera (tieto- ja puhelinliikenneyhteydet)

## 23. Projektin kustannukset ja rahoitus

Riitta Liuksa asettamispäätös 1.7.2014:

"Käyttöönoton investointiluonteiset kustannukset muodostuvat loppuvuodesta 2014.

TeleQ-järjestelmän vuosittaiset ylläpitokulut (=Aurora Innovation palvelumaksu) tulevat olemaan noin 75.000 euroa/vuosi hyvinvointitoimialalla (vastaavan suuruiset kuin kulut tällä hetkelläkin). Investointiluonteiset menot on huomioitu vuoden 2014 hyvinvointitoimialan budjettien valmistelussa samoin kuin käyttömenot vuodelle 2014.

Kuvaus tosin perustuu siihen, että palvelu toteutettaisiin ns. SIP -pohjaisena, eikä kuten nykyisin ISDN-liikenteenä, joka edellyttää erillisten linjakorttien käyttämistä linjapalvelimissa.

SIP -pohjainen ratkaisu mahdollistaisi pienemmillä kustannuksilla nykyisten 180 puhelinlinjan sijaan lähes 1000 samanaikaista puhelua. Näin mahdollinen TeleQ:n käytön laajennus myöhemmin ei aiheuttaisi uusia hankintakustannuksia Turun kaupungille.

IT-palvelut puolestaan on vastannut aikataulu- ja hintatiedusteluihin 25.4., että esitetyt kysymykset vaativat esiselvittelyä ja resurssia.

Yllä olevan perusteella todetaan, että kustannuksia ei pystytä arvioimaan aloittamatta projektia vaan ne on tarkennettava myöhemmin, kun selviää mm. onko virtuaalilaitteisto saatavilla."

Arviot kustannuksista T.Nieminen 12.2014:

Aurora Innovation

- TeleQ5 ympäristön asennus ja testaus: ~5000 €
- Koulutus: ~800 €/päivä -> yht. koko koulutus ~8000 € (sisältää 10 kpl yht. 10 hh koulutusta)
- Palvelumaksu (arviolta sama kuin tällä hetkellä eli 75.000€/v.
- Kustannukset sisältävät uudet toiminnallisuudet mainittu kohdassa 8. Mikäli käyttöön tulee nykyisen sopimuksen ulkopuolisia uusia ominaisuuksia (esim. videot), pitää niiden tarpeista ja hinnoista sopia erikseen.

Tieran palveluna laitehankinnat

- 2 fyysistä ja 10 virtuaalista serveriä: yhteensä 1.772 €/kk (= 21.264€/v.). Sisältää arkipäivän mukaisen palvelutason (klo 8-16) mukaisen hinnan. Mikäli palvelutasoa halutaan nostaa, tulee hinta sopia erikseen.

Soneralta ei lisäkustannuksia

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
Projektirahoitettu henkilöstö	0	0				
Vakinainen henkilöstö		?				

<i>Ulkoiset palvelut</i>		110.000				
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b>Kulut yhteensä (-)</b>		110.000				
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b>Tulot yhteensä (+)</b>						
<b>Kassavirta yhteensä</b>		110.000				

## 24. Riskit

1. Kokonaisaikataulun pitävyys useiden toimijoiden verkostossa (tekninen toteutus ja käyttöönotto sekä henkilöstön koulutus)
2. Laitteiston ja teknisen ympäristön toimitusajat (Aurora Innovation, Sonera ja Tiera)
3. Käyttöönoton tuki ja koulutusten järjestäminen – koulutettavien aikataulujen sovittaminen tiukkaan aikatauluun
4. Kustannushallinta

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**PROJEKTIEHDOTUS =P2**

**Projektin nimi:** Pegasos potilastietojärjestelmän raportointi- ja analyysityökalun käyttöönotto (ODS/Tietovarasto)

Päivämäärä:	14.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Kristian Kummel (Kaupungin IT-Palvelut / Cerion Oy)
Yhteyshenkilö:	Suvi Vainiomäki (HyTo toiminnan asiantuntijuus)

**25. Tausta**

Nykyinen Pegasos raportointityökalu (Discoverer) on tullut elinkaarensa loppuun ja työkalun käyttö on rajoitettu (ainoastaan Pegasos pääkäyttäjät voivat käyttää).

Hytossa tehdyssä raportoinnin esiselvityksessä (2013) on kuvattu korvaavat vaihtoehdot, ml. Pegasos ODS.

Pegasos ODS mahdollistaa toimintamallien muutokset, esim. työkalua voidaan ottaa käyttöön yksiköissä kaikkien Pegasos - käyttäjien käyttöön, säilyttäen henkilötietosuojavaatimukset.

Pegasos ODS hankinnasta on tehty päätös; Sosiaali- ja terveyslautakunta, Diaarinro: 4632-2014. Hankintapäätös perustuu toimintamallien muutoksiin.

- Käyttöönottoprojektin valmistelu on lähtenyt käyntiin syksyllä 2014
  - o Luonnos projektin asettamispäätöksestä ja projektisuunnitelmasta
  - o Neuvottelut toimittajan (CGI) kanssa ovat alkaneet
  - o Pilottiyksiköiden nimeäminen ovat tehty (Keskustan terveysasema ml. diabetes -vastaanotto sekä lasten ja nuorten poliklinikka.

**26. Asiaan liittyvät päätökset**

Sosiaali- ja terveyslautakunta 29.4.2014: Pegasos Operational Data Storage raportointi- ja analyysityökalun hankinta, Diaarinro 4632-2014.

CGI:n tarjous 21.2.2014 nro 55965



## 27. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123 (osana terveyskeskuksen tuottavuuden nostamista ja sähköisten palvelujen laajamittaista käyttöönottoa).

Ratkaisun käyttöönoton tavoitteeseen liittyy myös toiminnan laadun kehittäminen ja tehostaminen; uusi ratkaisu tarjoaa mahdollisuuden käyttää sitä laajemmin verrattuna nykyiseen välineeseen:

- Ratkaisun käyttöönotto yksiköissä tarjoaa edellytykset yksiköille kehittää oman toimintaansa; ratkaisu tukee ja edistää kliinistä työtä, työn suunnittelu ja raportointi tehokkaan tiedonsaannin avulla ja palvelee yksikön johtaminen.
- Ratkaisu ei ole enää vain pääkäyttäjien työkalu ja heidän työtaakka raportoinnissa voidaan vähentää.
- Yksikön raportit tuettaakseen kliinistä työtä voidaan toteuttaa omassa yksikössä. Tämä lyhentää raportointitarpeen prosessia ja vähentää aikaa.

## 28. Hyödyt ja sidosryhmät

Sidosryhmiä ovat kaikki Pegasosta käyttävät yksiköt ja Pegasos potilastietojärjestelmän pääkäyttäjät. Ensimmäisessä osaprojektissa muutama yksikkö pilotoi ratkaisun käyttöönottoa (ehdotus: Diabetesvastaanotto ja Terveysasemat Keskusta 1 ja 2).

Kun yksiköt saavat läpinäkyvyyttä tietoon omia raportointivälineitä käyttämällä, heillä on myös paremmat edellytykset kehittää omaa operatiivista toimintaansa. Toiminnassa voidaan nopeammin kohdentaa resursseja sinne, missä niitä tarvitaan ja tulosityksikköjohtajat saavat nopeammin ja luotettavammin operatiivisesta toiminnasta tarvitsemansa raportit. Tiedon laatu operatiivisessa järjestelmässä kehittyy paremmaksi, kun saadaan nopeammin kiinni virheitä ja operatiivisen toiminnan prosessien vastaista toimintaa, jne.

Operatiivisen raportoinnin työtaakkaa voidaan vähitellen vähentää Pegasos pääkäyttäjiltä ja heidän asiantuntijuuttaan voidaan kohdentaa myös muualle.

Käyttöön otettava raportointijärjestelmä tukee potilastietojärjestelmän tietosuojaa.

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,5Me (sisältää terveysasemien palveluanalyysi –projektin ja kaikkien sähköisten palvelujen laajamittaiset käyttöönottoprojektit)

## 29. Projektin tavoite

- **Ensimmäisen osaprojektin aikana** neuvotellaan toimittajan (CGIn) kanssa toimitussopimuksesta, pääkäyttäjät ja valitut pilottiyksiköt ottavat Pegasos ODS ratkaisun käyttöönsä, ratkaisun hallintamalli laaditaan ja otetaan käyttöön ja tehdään suunnitelma seuraavista vaiheista.
- Projektissa huomioidaan ja hyödynnetään Turussa kehityksessä oleva kehittämismalli ja testausmenetelmien formalisointia
- **Seuraavien osaprojektien aikana** (tai jatkoprojekteissa) ratkaisu levitetään muihin yksikköihin.

## 30. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Ensimmäisessä osaprojektissa ei toteuteta yksiköiden kaikki raportointitarpeet, vaan:

1. Selvitellään merkittävät tarpeet pilotoinnin kannalta.
2. Otetaan käyttöön ratkaisun tarjoamat valmisraportit yksiköiden tarpeiden mukaisesti.
3. Luodaan edellytykset pääkäyttäjille toteuttamaan omia raportteja.
4. Luodaan edellytykset yksiköille toteuttamaan omia raportteja. Tämä vaatii että yksiköt nimeävät henkilöt, jotka ovat vastuussa yksikön omien raporttien toteuttamiselle.
5. Pääkäyttäjät ja yksiköt toteuttavat pilotoinnin kannalta merkittävät raportointitarpeet.
6. Luodaan ja pilotoidaan ratkaisun hallintamalli, esim. Pegasos pääkäyttäjien, pilottiyksiköiden raportointivastuullisten ja pilottiyksiköiden loppukäyttäjien roolit.
7. Ensimmäisessä osaprojektissa suunnitellaan tulevien osaprojektien/jatkoprojektien sisältö ja aikataulu.

## 31. Aikataulu ja vaiheet

Pegasos ODS käyttöönottoa siirrettiin keväällä 2014 tehdyn hankintapäätöksen jälkeen. Pääkäyttäjät pyysivät siirtoa koska olivat tosi työllistettyjä uuden Pegasos-version käyttöönoton puitteissa.

Ensimmäisen osaprojektin suunnitteluvaiheiden alustava aikataulu:

- 10-12/2014: Valmistelut (Preproject-vaihe).
- 01/2015: Sopimus toimittajan kanssa laadittu
- 01/2015: Projektin suunnittelu ja käynnistäminen (Projektin suunnitteluvaihe)

Ensimmäisen osaprojektin toteutusvaiheiden alustava aikataulu:

- 01-02/2015: Ratkaisun (järjestelmän) asennustyöt.
- 02-03/2015: Pääkäyttäjien pilottivaihe ja hallintamallin suunnittelun aloitus.
- 04-05/2015: Pilottiyksiköiden pilottivaihe ja hallintamallin työstäminen. Ehdotus ensimmäiseen vaiheeseen pilottiyksiköiksi ovat: Diabetesvastaanotto ja Terveysasemat Keskusta 1 ja 2
- Erikoissairaanhoidon palveluista (Lasten ja nuorten poliklinikka)
- 
- 05-06/2015: Seuraavien osaprojektien suunnittelu ja ensimmäisen osaprojektin lopetus.
- 06-08.2015: Päätös seuraavista käyttöönottavista yksiköistä

08.2015: Muiden käyttöönottovaiheiden käynnistäminen

Vuoden 2016 aikana suunnitelman mukainen käyttöönotto valmis ja projekti päättyy

## 32. Päätuotokset

- Sopimus toimittajan kanssa (CGI)
- Projektin hallinnalliset tuotokset
- Pegasos Tietovaraston (ODS:n) ja SAP BO –raportointivälineen koulutus ja käyttöönotto: pääkäyttäjät ja Pegasosta käyttävät yksiköt

- Järjestelmän hallintamalli
- Suunnitelmat osaprojekteista / jatkoprojekteista

### 33. Tulosten juurruttaminen

Yksiköillä on edustajia projektiryhmässä, joiden kautta projektin tuotokset otetaan käyttöön yksiköissä.

Yksikön nimeämä raporttivastuullinen on keskeisessä roolissa, koska uudet raportit ja käyttäjätuki tapahtuu hänen kautta.

### 34. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Ensimmäisen osaprojektin alustava ohjausryhmä

Päivi-Leena Honkinen, ohjausryhmän puheenjohtaja	Avosairaanhoidon ylilääkäri, Perusterveydenhuollon hallinto, Hyvinvointitoimiala
Suvi Vainiomäki, esittelijä ja sihteeri	Asiantuntijalääkäri
Minna Aromaa	Lastentautien ylilääkäri, Lasten ja nuorten poliklinikka, Hyvinvointitoimiala
Kirsi Kiviniemi	Ympäri vuorokautisen hoidon vs. johtaja, Hyvinvointitoimiala
Päivi Sannola	Tutkimus- ja kehitysjohtaja, Hyvinvointitoimiala
Minna Salakoski	Vs. ratkaisupäällikkö, Hyvinvointitoimiala
Marjaana Siirala	Erytisasiantuntija, Hyvinvointitoimiala
Jari Nevalainen	IT-palvelujohtaja, IT-palvelut
Tarja Helenius	Kumppanuuspäällikkö, IT-palvelut
Elisa Vuorinen	Terveyspalvelut -salkkupäällikkö

Projektipäällikön tehtävät ja vastuut esitetään jaettavaksi ensimmäiselle osaprojektille:

- Suvi Vainiomäki, yleislääketieteen erikoislääkäri ja Pegasos-tiimin asiantuntijalääkäri, esitetään toiminnasta vastaavaksi projektipäälliköksi.
- Kristian Kummel, IT-palveluiden IT-projektipäällikkö, esitetään IT-tehtävistä vastaavaksi projektipäälliköksi. Kristian vastaa myös projektin hallinnoimisesta.

Projektin projektiryhmäksi ensimmäiselle osaprojektille koostuu:

- Pegasos pääkäyttäjien edustajista
- Pilottiyksiköiden edustajista
- Toimittajan edustajista

Projektiryhmä vastaa projektin operatiivisesta toiminnasta ohjausryhmälle.

Ohjausryhmän edustajat Minna Salakoski ja Tarja Helenius osallistuvat tarvittaessa projektiryhmätyöskentelyyn.

Projektissa käytetään tarpeen mukaan asiantuntijapalveluita mm. IT-palveluista ja toimittajan edustajia.

### 35. Projektin kustannukset ja rahoitus

Sosterla 29.4.2014 §138 päätöksen mukaisesti:

*" Sovelluksen hankinnan laskennallinen kokonaisarvio kolmen vuoden ajalle on 204.300 euroa (alv 0%). Tämän lisäksi käyttöön otton kustannukset 7.350 euroa (alv 0%) ja*

koulutuskustannukset 3.150 euroa (alv 0%).

Hankintaan on varauduttu vuoden 2014 investointimäärärahoissa.

ODS-raportointiratkaisun hankintakustannukset ja käyttöönottoprojektin kustannukset vuodelta 2014 kirjataan hankintaan varatuista investointimäärärahoista. Vuodesta 2015 alkaen kustannukset kirjataan Pegasos -käyttökustannusten jaon mukaisesti tulosalueille."

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
Projektirahoitettu henkilöstö						
Vakinainen henkilöstö						
Ulkoiset palvelut (konsultointi, vuokra, palvelinmaksu)	25 000	180 000*	100 000**	120 000**	***	400 000
Investoinnit						
Ylläpitokulut						
<b>Kulut yhteensä (-)</b>	<b>-25 000</b>	<b>-180 000</b>	<b>-100 000</b>	<b>-120 000</b>		
Ulkopuolinen rahoitus						
Säästöt						
<b>Tulot yhteensä (+)</b>						
<b>Kassavirta yhteensä</b>	<b>-25 000</b>	<b>-180 000</b>	<b>-100 000</b>	<b>-120 000</b>		

\*Pegasos ODS vuokra (sis. lisenssit) 68 100 euro / vuosi (CGI)  
palvelinmaksut 8 580 euro/ vuosi (Sonera)  
projektipäällikkö 65.000 euro / tammi – kesäkuu 2015 (IT-palvelut/Cerion Solutions)  
toimittajien käyttöönoton asennustyökustannukset 8 500 euroa  
koulutukset 10 000 euroa (toimittaja?)  
toimittajan tuki raporttien toteutuksissa 20 000 euroa (arvio, riskibudjetti).

\*\* Pegasos ODS -vuokra, palvelinmaksut, käyttöönoton uusien yksiköiden aiheuttamat kustannukset (lisälisenssit, lisäkoulutukset ja toimittajan työt)

\*\*\* Pegasos ODS -vuokra ja palvelinmaksut kolmelle vuodelle

Kustannukset ovat arvioita (sopimus vielä allekirjoittamatta CGI:n kanssa) ja sisältävät riskin (alibudjetointimahdollisuus).

## 36. Riskit

1. Sopimusneuvottelut toimittajan kanssa vaatii enemmän aikaa => Projektin aikataulu viivästyy.
2. Ohjausryhmä ei ohjaa ja tue projektin tavoitteiden toteutumista
3. Järjestelmän käyttöönotto osoittautuu vaikeaksi.
  - Tiedot siirretään Pegasos potilastietojärjestelmästä 1-1 tietovarastoon ja jos siirrettävissä tiedossa on organisaatiokohtaisia poikkeuksia, tämä aiheuttaa ongelma tiedon laadun kanssa => Uusi järjestelmä ei pystytä ottamaan käyttöön tavoitteen mukaisesti tai aiheuttaa lisätöitä.
  - Pegasos tietovarasto on vielä kehityksen alla ja ei sisällä kaikkia meidän tarpeisiin tarvittavia tietoja => Emme pysty siirtämään toiminnan kannalta tärkeitä

raportteja nykyisestä raportointivälineestä uuteen järjestelmään.

- Yksiköissä ei löydetä sopiva henkilö raporttivastuulliseen rooliin => Riski nro. 4 toteutuu.
- 4. Projektin tuotokset eivät ole tarpeeksi laadukkaita (Tarpeellisia raportteja ei pystytä toteuttamaan yksiköille projektin aikana) => Projektin aikataulu viivästyy tai riski nro. 4 toteutuu.
- 5. Käyttöönotto yksiköissä epäonnistuu => Projektin tavoitteet toimintamallin muutoksesta jää toteuttamatta (ml. muutosjohtaminen)
- 6. Avainhenkilöt yksiköissä eivät pysty allokoimaan tarpeeksi aikaa projektille => Projektin aikataulu viivästyy.
- 7. Toimittajan resurssit eivät ole riittävät => Projektin aikataulu viivästyy.
- 8. Kustannukset ylittyvät tavoitteesta

#### Riskihallinta

1. Pyydetään lupaa salkunhallinnalta aloittamaan projektin toteutusvaihetta ennen kuin lopulliset sopimukset ovat allekirjoitettuja tai pyydetään lupaa ohjausryhmältä projektin suunnitteluvaiheen jatkamista.
2. Salkkupäällikkö osallistuu ohjausryhmätyöskentelyyn.
3. Pyritään asennusvaiheessa huomioida riskin, niin että voimme huomioida mahdolliset lisätyöt seuraavien vaiheiden suunnittelussa. Ohjausryhmä päättää seuraavan vaiheen laajuudesta ja aikataulusta. Riskibudjetin käyttö.
4. Jatkamme nykyisen ratkaisun käyttöä niin kauan kun on tarpeellista / Haemme projektin suunnitteluvaiheessa toimittajan kanssa rinnakkaisvaihtoehtoja, joita esitetään ohjausryhmälle.
5. Haetaan ohjausryhmältä lupa vaiheiden jatkamisesta ja pyydetään apua toimittajalta. Riskibudjetin käyttö.
6. Suunnitellaan ja esitetään ohjausryhmälle vaihtoehtoja, joita tarpeen mukaisesti eskaloidaan myös salkunhallinnalle.
7. Vahvaa ohjausryhmätyöskentelyä yhdessä yksikköjohdon kanssa
8. Vahvaa ohjausryhmä- ja projektiryhmätyöskentelyä

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Hoitoepisodioiden tuotteistuksen ja kustannuslaskennan tehostaminen  
(Primary Care Diagnosis Related Groups / pDRG -luokittelu)

Päivämäärä:	15.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Projektipäällikkö Kristian Kummel (Kaupungin It-palvelut)
Yhteyshenkilö:	Erytisasiantuntija Marjaana Siirala

### 37. Tausta

Perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmä pDRG antaa tarkempaa tietoa terveystalouden johdolle hoitoepisodeista ja niiden kustannuksista. pDRG -järjestelmä on kehitetty perusterveydenhuollon tuotteistuksen standardointihankkeen (2008–2010) ja perusterveydenhuollon tuotteistuksen käyttöönottohankkeen (2011–2013) aikana. Suomen Kuntaliitto omistaa, ohjaa ja vastaa pDRG -järjestelmän kehittämisestä. Kuntaliitto on siirtänyt pDRG -lisenssien hallinnoinnin FCG Konsultointi Oy:lle. FCG:llä on määräaikainen yksinomainen käyttöoikeus pDRG -järjestelmään vuosina 2012–2019.

pDRG-järjestelmän käyttöönotto terveydenhuollon toimijoilla tilanne- ja rakenneriippumattomasti on ollut mahdollista vuoden 2014 alusta alkaen. Järjestelmä on käytössä mm. Haminassa, Heinolassa, Hämeenlinnassa, Lahdessa, Porvoossa ja Vantaassa.

pDRG-järjestelmän ensimmäinen tuotantovaihe on keskittynyt ensisijaisesti

- kaupunkikohtaiseen tiedon ja kirjausten laadun parantamiseen
- potilasmateriaalin analysointiin
- potilaiden kustannuksiin
- episodeihin.

Vaihe on poikinnut myös yhteistyötä yhtenäisten toimintatapojen hakemisessa, mm. kustannusten laskemisen ja merkitsemisen osalta.

pDRG-luokittelujärjestelmä tulee tuottamaan lisäarvoa erityisesti episodikohtaisten kustannusten kautta mutta myös resurssikohtaisten kustannusten ja toiminnan kustannusten läpinäkyvyyden lisääntymisen myötä.

### 38. Asiaan liittyvät päätökset

Saatu FCG:n 5.11.2014 tarjous pDRG-lisenssin hankinnasta, voimassaolo 30.12.2014 asti.

## 39. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123 (osana terveyskeskuksen tuottavuuden nostamista ja sähköisten palvelujen laajamittaista käyttöönottoa).

Suomen Kuntaliitto ry:n ja FCG Konsultoinnin yhteisenä tavoitteena on, että pDRG otetaan kunnissa laajasti käyttöön, jotta terveydenhuollon tuotteistaminen yhdenmukaistuisi ja tietojen vertailukelpoisuus kasvaisi. Palvelujärjestelmän rakenteiden muutoksissa ja toimintakäytäntöjen kehittyessä on tärkeää, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasluokittelujärjestelmät ovat yhteensopivia ja niitä kehitetään jatkuvasti vastaamaan terveydenhuollon tarpeita.

pDRG:n avulla tuotetaan tietoa palveluiden käytön syistä ja resurssien käytöstä. pDRG-järjestelmää voidaan käyttää

- toiminnan ohjauksen ja tietoon perustuvan johtamisen tukena
- laskutuksen ja budjetoinnin perustana sekä hinnoittelun apuna
- hoitopisodikohtaisen tarkastelun välineenä kattaen sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon laadun ja saavutetun terveystyöhyödyn mittaamiseen
- työnjaon ja toiminnan tuottavuuden tarkasteluun sekä
- käyttäjien väliseen vertailuun (benchmarking) yhteiseen tietokantaan tallennettujen tietojen pohjalta. Vertailutiedot eivät sisällä henkilön tunnistetietoja, joten yksittäistä asiakasta ei voida tunnistaa.

Perusteluna käyttöönotolle:

- Saada kustannuslaskentaa siitä, mitä jonkun tietyn potilaan hoitopisodi on tullut maksamaan. Myös käyntikohtainen tarkastelu on mahdollista.
- Antaa vertailumateriaalia: Uusien toimintamallien vertaaminen vanhoihin, ja pidemmällä aikavälillä myös kaupunkien välisten kustannusten parempi vertailtavuus.

## 40. Hyödyt ja sidosryhmät

Käyttöön otettavan tuotteistusohjelman (pDRG) avulla saadaan todelliset sairaus- ja hoitopisodikohtaiset menot sidottua potilaskohtaisesti, jolloin kustannusvertailu ja –tietoisuus tulevat läpinäkyviksi. Eri terveysasematoimipisteiden kustannukset saadaan eriteltä ja näkyviksi potilasryhmäkohtaisten todellisten (ei pelkästään laskennallisten) kustannusten muodossa.

Hyödyntäminen toistaiseksi pDRG:n käyttöönottamissa kaupungeissa on keskittynyt lähinnä kaupunkikohtaiseen tiedon ja kirjausten laadun parantamiseen, potilasmateriaalin analysointiin, potilaiden kustannuksiin ja episodeihin. On poikunut myös yhteistyötä yhtenäisten toimintatapojen hakemisessa, mm. kustannusten laskemisen ja merkitsemisen jne. osalta. Kaupunkien välinen vertailtavuus ei vielä ollut kovin hyvällä tasolla, mutta kehittyy yhtenäisten toimintatapojen yhteistyön merkeissä. Episodimäärittely sinänsä on olennainen lisä, verrattuna siihen mitä meillä tällä hetkellä on.

FCG:n listaus mahdollisuuksista on laaja, esimerkiksi erikoissairaanhoidon poltit ja lääkinnällinen kuntoutus ovat ns. rajatapauksia joiden mukaan ottamista tulisi meillä miettiä. Olennaista, että kustannukset ja toiminnan tiedot olisivat mahdollisimman vertailukelpoisia.

pDRG:n käyttöönoton kautta saadaan lisättyä toiminnan kustannustietoisuutta esim. episodikustannusten muodossa. Tuottaa myös monipuolisesti tietoa mm. kirjaamisen laadusta. Mikäli kehittämistyöhön lähdetään mukaan, hyötyjä voidaan saada myös kaupunkien välisen vertailtavuuden parantumisen kautta jne.

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,5Me (sisältää terveysasemien palveluanalyysi -projektin ja kaikkien sähköisten palvelujen laajamittaiset käyttöönottoprojektit)

Sidosryhmät: VSSHP-SAPA.

Loppuhyödyntäjät: Terveyspalvelut –palvelualueen esimiehet, hyvinvointitoimialan ylin johto, suunnittelijat/erityisasiantuntijat ja controllerit

Järjestelmät: HytoDW -tietovarasto, Pegasos ODS -raportointijärjestelmä, taloustietojärjestelmä SAP

#### 41. Projektin tavoite

Hoitoepisodien tuotteistuksen ja kustannuslaskennan tehostamisen käyttöönottoprojekti jaetaan osaprojekteihin.

Osaprojekti 1:

- Sopimus FCG:n kanssa
- Määrittelytyöt
- Tarvittavien muutosten tilaaminen ja toteuttaminen olemassa oleviin järjestelmiin (Pegasos ODS, SoteDW, ...).
- Prosessin käyttöönotto = tietojen lähettäminen FCG:lle (Pegasos ODS + SoteDW + Kustannuslaskenta Excelit + VSSHP:ltä röntgen ja labra Excelit)
- FCG:n kanssa iterointia (tietojen viimeistelyä pDRG-laskennalle)
- FCG toimittaa pDRG-raportit ja lähetetään loppuhyödyntäjille sähköpostilla.
- Kehitysideoiden kerääminen.

Jatkoprojekti:

- Tietojen mahdollinen tallentaminen takaisin SoteDW:hen

#### 42. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Ennen sopimusta FCG:n kanssa meillä ei ole käytössä tarvittavia tietomalleja tiedon tuottamiselle, nämä tietomallit kuuluvat pDRG lisenssiin. Tämä käytännössä tarkoittaa, että tiedon tuottamisen vaatima työpanos on epäselvä. Tästä johtuen tarkemmat suunnitelmat toteutukselle voidaan tehdä vasta sopimuksen solmimisen jälkeen.

Kun siirtotiedostokuvaukset on saatu, voidaan päättää, kannattaako lähdejärjestelmänä käyttää Pegasos ODS:aa vai SoteDW:tä.

- Pegasos ODS:n käyttöönotto on myös vuodelle 2015 suunniteltu projekti ja jos pDRG Tuotteistuksen ja kustannuslaskennan käyttöönotto on riippuvainen tästä Pegasos ODS projektista, Pegasos ODS projektin eteneminen tulee huomioida.

Edellytys pDRG Tuotteistuksen ja kustannuslaskennan käyttöönotolle on asiakastason tiedon saanti myös VSSHP:ltä/SAPAlta (rtg ja lab).

#### 43. Aikataulu ja vaiheet

Projekti, kuten kohdassa 5 on mainittu, tullaan jakamaan osiin, josta ensimmäinen osa tulee tuottamaan ensimmäiset raportit toiminnan yksiköille sähköpostin liitteinä. Esim. raportointiprosessien optimointi ja pDRG-tiedon laajempi hyödyntäminen on jatkokehitystä. Edellytys pDRG Tuotteistuksen ja kustannuslaskennan käyttöönotolle on asiakastason



tiedon saanti myös VSSHP: lta/SAPAlta (rtg ja lab).

Vuoden 2014 aikana on tehty valmistautumistehtäviä projektin käynnistämiseksi: käyty keskusteluita toimittajan (FCG:n) kanssa ja alustavia selvitystehtäviä.

## **Osaprojekti 1**

Suunnittelu ja käynnistämisen-vaihe:

01.2015 Hankintapäätös

01.2015 Projektin ja ohjausryhmän asettamispäätös

01-02/2015 Projektin suunnittelu, sopimus FCG:n kanssa ja toteutusvaiheiden suunnittelu ja käynnistäminen.

Toteutusvaiheet:

02-03/2015 Määrittely

04-05/2015 Toteutus => ensimmäiset tiedot FCG:lle.

05-06/2015 Iterointi FCG:n kanssa.

09-10/2015 Raportit FCG:ltä.

10-11/2015 Osaprojektin päättäminen

2016: Jatkokehittäminen (muut osaprojektit). Tietojen mahdollinen tallentaminen takaisin SoteDW:hen on jatko projekti.

### 44. Päätuotokset

Hyton avohoidon käynnit saadaan tuotteistettua (sis. kustannuslaskennan ja sen osana mm. episodikustannukset).

### 45. Tulosten juurruttaminen

Tuotteistustiedon hyödyntäminen osana perusraportteja.

### 46. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

*Ehdotus:*

#### **Projektin ohjausryhmä**

*Omistaja ja toiminnasta vastaava: Katariina Korkeila*

*Toiminnasta vastaavat: Päivi-Leena Honkinen*

*Esittelijä ja sihteeri: Marjaana Siirala*

*Projektin toteutuksesta vastaavat:*

- *Marjaana Siirala (SoteDW)*
- *Minna Salakoski (Pegasos ODS)*
- *Joonas Vällilä (Kustannuslaskenta)*
- *Hilkka Virtanen (VSSHP suhde)*
- *Kaupungin IT-Palveluiden edustaja*

**Projektipäällikkö:** *Kristian Kummel (Turun it-palvelut)*

**Projektiryhmä:** *Projektiryhmä nimetään projektisuunnittelun aikana, mutta lähtökohtaisesti koostuu Pegasos pääkäyttäjien edustajista, toiminnan edustajista, VSSHP edustajista ja toimittajien edustajista.*

## 47. Projektin kustannukset ja rahoitus

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>	2 000*	46 710**	27 000***	27 000***		
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b>Kulut yhteensä (-)</b>	<b>-2 000</b>	<b>-46 710</b>	<b>-27 000</b>	<b>-27 000</b>		
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b>Tulot yhteensä (+)</b>						
<b>Kassavirta yhteensä</b>						

\*Projektipäällikön työt, projektin valmistelu

\*\*pDRG lisenssi on vuosikohtainen. Perusmaksu on jokaiselle pDRG-lisenssin hankkineelle organisaatiolle 9.375 euroa. Väestöpohjainen osuus on 375 euroa 10.000 asukasta kohti. Väestöpohjainen maksuosuus kattaa 25 prosenttia asiakkailta laskutettavista kokonaiskuluista. Vuonna 2014 lisenssi olisi maksanut Turulle noin 16 210 euroa (alv 0%).

pDRG koulutus (2 pv/20 hlöä) 3 000 euroa

SoteDW lisäykset 2 500 euroa

Projektipäällikkö 15 000 euro / tammi – kesäkuu 2015

Jatkokehittäminen, hyödyntäminen ja riskibudjetti (arvio) 10 000 euroa.

\*\*\* pDRG lisenssi (arvio) 17 000 euroa

Jatkokehittäminen, hyödyntäminen ja riskibudjetti (arvio) 10 000 euroa.

## 48. Riskit

- Tulosten hyödyntäminen jää kesken, jolloin tavoiteltua kustannushyötyä ei saavuteta.
- Osaprojektin 1 tuotokset ei voida hyödyntää ilman mittavaa jatkokehittämistä.
  - Onko lähdejärjestelmien tiedon laatu tarpeeksi hyvä pDRG:n mittarien kannalta => joudummeko tekemään muutoksia miten tietoja kirjataan perusjärjestelmiin, ennen kuin pDRG mittarit voidaan ottaa laajemmin käyttöön?
  - Soveltuuko meidän kustannuslaskenta hyödynnettäväksi sellaisenaan => joudummeko tekemään muutoksia?
  - pDRG järjestelmä on kehityksen alla; projektin tavoitteiden kannalta, tuottaako pDRG-järjestelmä jo tarpeelliset tiedot, vai vasta tulevaisuudessa?
- Tiedon tuottaminen pDRG:lle on vaikea ja vaatii lisää aikaa.
  - Tarvittava tietomalli saadaan vasta kun sopimus FCG:n kanssa on solmittu.
  - Tietolähteet (esim. Pegasos ODS tai SoteDW) ovat epäselvät.
  - Ulkopuoliset tiedon tuottajat (VSSHP/SAPA) voivat vaikuttaa aikatauluun.
- Riski 1 ja 2 johtuen, projektin alustava arvio kustannuksista on aliarvioitu.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut –  
projekti (ODA)

Päivämäärä:	15.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Ylilääkäri Minna Kaarisalo
Yhteyshenkilö:	Erityisasiantuntija Antti Saarinen

49. Tausta

Tavoitteet kansallisen yhteisprojektin toteutusprojektille ovat (päivitetty 17.12.2014):

”Toteuttaa ja pilotoida yhteinen kansallinen itse- ja omahoitoa tukeva sähköisten palvelujen kokonaisuus. Palvelukokonaisuus mahdollistaa kansalaisen kasvavan roolin ja vastuunoton omasta hyvinvoinnistaan, itsepalvelun merkittävän lisääntymisen, ajasta ja paikasta riippumattoman palvelukanavan rakentamisen sekä osittain tai kokonaan automatisoidut palveluketjut. Palvelukokonaisuuden vaikutuksesta

- vastaanottokäynnit vähenevät xx% ja valittujen vastaanottokäyntien aikaa voidaan lyhentää xx %
- puhelinkontaktit vähenevät xx% ja hoidontarpeen arvioon käytetty aika lyhenee xx %
- T3 paranee
- kansalais- ja ammattilaiskäyttäjien tyytyväisyys hyvä
- sähköisten palvelujen käyttäjien osuus kasvaa x %
- valitut palveluprosessit nopeutuvat xx%
- valittujen sairauksien seuranta tehostuu xx%
- itsepalvelun osuus kasvaa xx
- kustannushyödyt xx euroa
- Luoda pohja toiminnalliselle muutokselle yhteisen valmennuskonseptin suunnittelun ja pilotoinnin kautta.
- Tehdä vaikuttavuusarviointi käyttöönotettavasta kokonaisuudesta ja muutosvaikutuksesta palvelujärjestelmään ja todentaa alustavat positiiviset vaikutukset saatavuuteen, kustannustehokkuuteen sekä hoitotulosten paranemiseen

- Varmistaa palvelukokonaisuuden jalansija sote-alueilla ja sen laajempi levittäminen kansallisesti
  - Varmistaa palvelukokonaisuuden edelleen kehittäminen
  - Mahdollistaa uusien innovatiivisten tuotteiden ja palvelujen kehittyminen hyvinvoinnin ekosysteemiin tarjoamalla avoimet rajapinnat sekä kehitysalustoja sovelluskehitykselle"
- **"Kansalainen asioi sähköisesti ja tuottaa tietoja omaan ja ammattilaisten käyttöön.** Kansalaisilla on asuinpaikasta riippumaton mahdollisuus palveluiden antajien kanssa tapahtuvaan sähköiseen asiointiin. Kansalaisen itse tuottamaa ja ylläpitämää tietoa hyödynnetään hoidon ja palvelun suunnittelussa ja toteuttamisessa kansalaisen sallimassa laajuudessa.
  - **Luotettava hyvinvointitieto ja sen hyödyntämistä tukevat palvelut ovat saatavilla** ja auttavat kansalaista elämänhallinnassa ja oman tai lähiomaisen hyvinvoinnin edistämisessä. Sähköisillä omahoitopalveluilla sekä näihin kytketyllä omien tietojen hallinnalla voidaan tukea terveysongelmien ennaltaehkäisyä, palvelun tarpeen itsearviointia ja itsenäistä selviytymistä.
  - **Palveluiden laatu- ja saatavuustieto ovat valtakunnanlaajuisesti saatavilla** ja auttaa palveluntarjoajan valinnassa. Luotettava ja vertailukelpoinen tieto eri vaihtoehtoista ja palveluiden tarjoajista tukee lisääntyvää valinnanvapautta."

## 50. Asiaan liittyvät päätökset

Määrittelyvaiheeseen liittyvät päätökset (osana terveyskeskuksen tuottavuuden nostamista ja sähköisten palvelujen laajamittaista käyttöönottoa).

- Sosterla 14.1.2014 §8 terveysasemien palveluanalyysi
- Sosterla 20.5.2014 § 151 ajanvarausprosessin väliraportti kohta 3
- Yhteistyöhankkeen määrittelyvaiheen yhteistyösopimus 4.9.2014 allekirjoitettu (Riitta Liuksa ja Antti Perälä), Dnro 11769-2014.

## 51. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123 (osana terveyskeskuksen tuottavuuden nostamista ja sähköisten palvelujen laajamittaista käyttöönottoa).

Paikallinen (Turun) taso:

Sähköisen asioinnin kansalliseen kehittämiseen osallistuminen ja kehittämisen tuotosten hyödyntäminen Turun kaupungin terveystietopalvelutarjonnan kehittämisessä. Päätökset Turussa tehty ainoastaan määrittelyvaiheen osalta.

Kansallinen taso:

ODA-projekti on sidoksissa kansalliseen Sote-tietostrategiaan (STM 2014):

"Kansallisessa sote-tietostrategiassa periaatteeksi on linjattu että kansalaisen omien hyvinvointi- ja terveystietojen hallinta-alusta ("=terveystaltio") toteutetaan STM:n vastuulla tukeutuen Kanta-palveluihin.

Omahoidon ja sähköisen asioinnin palvelut toteutetaan tukeutuen kansalliseen alustaan, yhteisiin kansallisiin tukipalveluihin (kuten tunnistaminen, kansallinen palveluväylä), mutta varsinainen palveluiden toteuttaminen ja niiden rahoittaminen on muodostuvien Sote-alueiden vastuulla. Lisäksi on linjattu että keskeisimmät palvelut toteutetaan kansallisessa sote-alueiden välisessä yhteistyössä. ODA-palvelut ovat osajoukko kansallisesti toteutettavista yhteisistä palveluista"

## 52. Hyödyt ja sidosryhmät

Turun hyvinvointitoimialalla on määrittelyvaiheessa mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa projektissa syntyvien sähköisten asiointipalvelujen kehittämiseen.

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,5Me (sisältää terveysasemien palveluanalyysi –projektin ja kaikkien sähköisten palvelujen laajamittaiset käyttöönottoprojektit)

Sidosryhmät:

- Espoo, Eksote, Joensuu, Hämeenlinna, Oulu, Tampere,
- Sitra
- Kuntaliitto; Akusti (= Alueiden ja kuntien tietohallintoyhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa)

## 53. Projektin tavoite

- ”Määritellä yhteinen toiminnallinen ja tietotekninen tahtotila omahoitoa tukevien sähköisten palvelujen kansallisesta kokonaisuudesta
- Tuottaa ehdotus kansallisesta toteuttamistavasta sekä vastuunjaosta ja hallintamallista
- Valmistella toteutusprojekti ja varmistaa rahoitus”

## 54. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Paikalliset, seudulliset ja valtakunnalliset toiminnan vaatimukset sekä sote -järjestämislaki ja kokonaisarkkitehtuurilinjat.

## 55. Aikataulu ja vaiheet

Määrittelyvaihe 1.6.2014 – 28.2.2015.

Päätökset toteutusprojektiin osallistumisesta tehdään valtakunnallisen projektin aikataulun mukaisesti.

## 56. Päätuotokset

Määrittelyvaihe:

1. ”Yhteisen kansallisen toiminnallisen ja tietoteknisen tahtotilan kuvaus
2. Hankinnan mahdollistavat määrittelydokumentit
3. Ehdotus toteutustavasta, vastuunjaosta ja hallintamallista
4. Kustannushyötyanalyysi
5. Toteutusvaiheen projektisuunnitelma ja rahoitushakemus”

Toteutusvaihe:

Sähköinen omahoitoportaali ja terveysvalmennuksen väline, joka on jokaisen suomalaisen käytettävissä ja joka vähentää terveydenhuollon palvelujen tarvetta ja siten mm. mahdollistaa henkilöstöressurssien optimoinnin.

## 57. Tulosten juurruttaminen

Tässä vaihteessa Turku on päätöksillään mukana ainoastaan määrittelyvaiheen osalta.

Juuruttaminen tapahtuu myöhemmin erikseen suunniteltavan ja toteutettavan käyttöönottoprojektin mukaan.

## 58. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Turun hyvinvointitoimialan edustus mukana kansallisessa määrittelyvaiheen organisaatiossa projektin ohjausryhmässä ja projektiryhmän vastuualueissa (1 ja 2):

- Vastuualue 1: Sähköinen terveystarkastus ja –valmennus sekä älykkäät hoitoonohjauslomakkeet
- Vastuualue 2: Terveys- ja hoitosuunnitelman kytkeminen omahoitoon ja ammattilaisen tukeman omahoidon liittäminen terveystalioratkaisuun

## 59. Projektin kustannukset ja rahoitus

### Määrittelyvaihe

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>	30 000					
<i>Ulkoiset palvelut</i>	13 733					
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>	<b>43 733</b>					
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>	<b>13 733</b>					

## 60. Riskit

Määrittelyvaiheessa ei ole varsinaisia riskejä. Ainoastaan kansalliseksi riskiksi voidaan tunnistaa mm. resursointi ja osaaminen tarvemäärittelyssä (= määritelläänkö oikeita asioita tulevaisuuden tarpeiden kannalta).

### Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Selvitys suunth:n asemasta Turun kaupungissa

Päivämäärä:	22.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala/Terveyspalvelujen palvelualue/Suun terveydenhuolto
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Johtava ylihammaslääkäri Minna Kinnarinen
Yhteyshenkilö:	Johtava ylihammaslääkäri Minna Kinnarinen

**Tiina oranssilla**

1. Tausta
<p>Kaupunginvaltuuston 25.8.2014 § 123 kaupungin uudistamisohjelman hyväksymisen yhteydessä perusteluna mainittu, että <i>"Vantaan kaupungin kokemusten perusteella yhtiömuotoinen toiminta on tehostanut ja joustavoittanut toimintaa. Keskitetyt palvelut ovat kustannustehokkaita mm. välinehuollon ja tukitoimintojen osalta."</i></p> <p>Vantaan kaupungin suun terveydenhuollon liikelaitoksen toimitusjohtaja Jorma Suni on pitänyt Turun kaupungin edustajille esityksen 14.11.2012. Tuolloin kuitenkin päädyttiin siihen, että edellytyksiä liikelaitosmalliin siirtymiseksi Turussa ei ollut.</p> <p>Vantaan prosessin yhteydessä eri henkilöstöryhmien tehtäviä selkeytettiin ja johtamiseen kiinnitettiin enemmän huomiota. Erityisesti seurattiin hoidon vaikuttavuutta. Vantaan johtavan ylihammaslääkäriin mukaan myös <i>"budjettiin perustuva ajattelu muuttuu tuotantotalousajatteluksi"</i>.</p> <p>Hyvinvointitoimialan organisaation muuttaminen 1.1.2015, Terveyspalvelut/ suun terveydenhuolto: <i>"Suun terveydenhuollon organisatorista asemaa tulee arvioida osana terveyspalveluiden uudistusta. Tavoitteena tulee olla joustavampi toimintaympäristö ja selkeästi ketterämpi yksikkö, jolla voidaan vastata alati kasvavaan palvelutarpeeseen."</i></p>
2. Asiaan liittyvät päätökset
<p>Kaupunginhallitus 18.8.2014 § 317 (Uudistamisohjelma)          Kaupunginvaltuusto 25.8.2014 § 123 (Uudistamisohjelma)</p>
3. Perustelu ja strategiakytkös
<p>Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123 ja tarkentava lisäys (Liite 1, kohta 9 toimenpide): Suun terveydenhuollon palveluverkko- ja toteuttamistapaselvitys. Samalla selvitetään suun</p>



terveydenhuollon asemaa Turun kaupungissa.

Turun kaupunki on vahvistanut suun terveydenhuoltoa lisäämällä sen henkilöstöresursseja merkittävällä tavalla (vuonna 2012). Oman toiminnan kehittämiseen ovat kuuluneet viime vuosina mm. ajanvaraustoiminnan kehittäminen sekä vuoden 2014 aikana toteutettu Hyvä Potku – hanke hoitoprosessien kehittämiseksi. Hoitoon pääsy ja resurssien käyttö ovat tehostuneet, mikä näkyy mm. jonojen merkittävänä lyhentymisenä sekä suoritteiden ja asiakasmaksujen lisääntymisenä. **Tämän voisi siirtää: Tausta**

Asiakas- ja käyntimäärien lisäyksestä huolimatta suun terveydenhuollon tulee selvittää vuoden 2015 aikana, mikä on tehokkain tapa järjestää suun terveydenhuollon palvelu sote -uudistusta v. 2017 silmälläpitäen. Suun terveydenhuollon tulee olla kestäväällä tavalla kilpailukykyinen ja sen organisaatorakenteen ja toimintatavan tulee täyttää kaupungin strategian mukaisesti ketteryuden ja joustavuuden tunnusmerkit.

#### 4. Hyödyt ja sidosryhmät

Osakeyhtiö:

”Yhtiöittäminen tarkoittaa kunnallisen toiminnan uudelleenorganisointia osakeyhtiömuotoon, jolloin kunnan tai kuntien keskinäinen määräävä asema yhtiöön säilyy (Jalkanen 1996, 9). Yhtiöittämistä perustellaan usein joustavuudella ja tehokkuudella. Osakeyhtiön oletetaan olevan joustavampi toimija kuin liikelaitos ja ja sen ulkoiset asiakkaat muodostavat laajemman markkinoilla toimivan asiakaskannan kuin mitä liikelaitoksella voisi olla (Kanerva 2008, 33). Kunnan syyt yhtiöittämiselle eivät näin ollen yleensä ole osakeyhtiölle tyypilliseen tapaan voiton tuottaminen omistajille ja omistajien taloudellisen vastuun rajoittaminen sijoitettuun pääomaan nähden (Jalkanen 1996,23).” Julkisesta suun terveydenhuollosta ei ole kokemusperäistä tietoa saatavissa osakeyhtiön osalta.

Liikelaitos:

”Organisoitua kuntalain mukaista liiketoimintaa harjoittava kunnan toimintayksikkö on nimitykseltään liikelaitos. Kuten kunnallinen virasto, niin myös liikelaitos on osa kuntaorganisaatiota. Näin ollen kunta vastaa liikelaitoksen toiminnasta (Jalkanen 1996, 9-12). Kunnallisella liikelaitoksella on johtokunta, joka ohjaa ja valvoo liikelaitoksen toimintaa. Johtokunta vastaa liikelaitoksen hallinnon ja toiminnan sekä sisäisen valvonnan asianmukaisesta järjestämisestä. Liikelaitostamisella tavoitellaan tyypillisesti taloudellista tehokkuutta ja läpinäkyvyyttä (Kunnat.net). Liikelaitosten tulisi harjoittaa toimintaansa niin, etteivät ne toimi yksityisillä markkinoilla ja ettei kunta vaaranna kilpailuneutraliteettia.”

Hyödyistä ja haitoista on jonkin verran tietoa saatavissa mm. tutkimuksesta Liiketalous-tiede, johtamisen ja organisoinnin pro gradu-tutkielma 9.5.2012, Turun Kauppakorkeakoulu, ”Yhtiöittäminen kuntaorganisaatiossa: kohti tehokkaampaa tulevaisuutta? Nina Nurmi”

<<http://info.tse.fi/julkaisut/Thesis2012/414376.pdf> > ss. 5-7, haettu 5.1.2015).

Vantaan kaupungin suun terveydenhuolto on organisoitu liikelaitokseksi ja tältä osin on saatavissa kokemusperäistä tietoa. Turun kaupungin suun terveydenhuolto eroaa kuitenkin Vantaan kaupungin toiminnasta huomattavasti laajemman erikoishammaslääkäritoiminnan ja Opetushammashoitolan osalta, mitkä seikat tulee ottaa huomioon kokemuksi arvioitaessa. Vantaan suun terveydenhuollon liikelaitoksen toiminta- ja taloustiedot ovat luettavissa: [www.vantaa.fi](http://www.vantaa.fi) > päätöksenteko > esityslistat ja pöytäkirjat > toimielin > Vantaan Suun terveydenhuollon liikelaitoksen johtokunta – sivuilla. Palvelusopimus ja toimenpiteiden hinnasto löytyvät kokonaisuudessaan johtokunnan pöytäkirjoista.

Turussa on käytössä sopimusohjausmalli ja suun terveydenhuoltoa sitoo operatiivinen palvelutuotosopimus. Tässä mielessä siirtyminen liikelaitokseksi ei olisi kovinkaan suuri.

Opetushammashoitolan osalta muutos olisi suuri. Sen toiminta tulee harkita kussakin vaihtoehdossa erikseen.

Toiminnassa on varmistettava, että suun terveydenhuollon liikelaitoksen tuottamien palvelujen tulee täyttää viranomaisten toiminnalle asettamat vaatimukset. Liikelaitos- selvityksen yhteydessä on huomioitava, että liikelaitoksen on noudatettava asiakasmaksulakia, joten sen asiakkaat eivät siten ole oikeutettuja saamaan sairausvakuutuskorvausta. Palvelujen saatavuuteen liikelaitostamisella ei vaikuttaisi olevan suurta merkitystä.

Hyötyinä lienee helppo yhtyä Vantaan kaupungin kokemuksiin yhtiömuotoisen toiminnan tuoneen tehokkuutta ja joustavuutta toimintaan sekä parannusta henkilöstöryhmien tehtäviin ja toiminnan ohjaukseen. Selvää on myös, että kustannustietoisuus lisääntyi.

**Voisi lisätä miten potilas on muutoksesta hyötynyt Vantaalla.**

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,3Me (sisältää suunth:n palveluiden keskittämisen ja toimipisteiden arviointi -projektin)

## 5. Projektin tavoite

Tavoitteena on selvittää mahdollisuudet (hyödyt, haitat, mahdollisuudet ja riskit) suun terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi liikelaitos- tai osakeyhtiömallilla.

## 6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Liikelaitostamisselvitys liittyy sote – uudistukseen ja on vahvasti sidoksissa sen etenemiseen. Selvityksen liittymistä meneillään olevaan kuntauudistukseen on mahdotonta tässä vaiheessa arvioida.

Turun kaupungin suun terveydenhuollon osana toimii Opetushammashoitola, joka vastaa hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutus eivät nykyisellään sovellu liikelaitokseen. Sen osalta täytyisi miettiä koulutuksen kokonaan uudelleen organisointia tai koulutuksen siirtämistä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Kuopion mallin mukaan.

## 7. Aikataulu ja vaiheet

Selvitys (toiminnalliset hyödyt ja haasteet) on valmis 05.2015.

Mikäli selvitys osoittaa tarpeen liikelaitostamiseen tai osakeyhtiöittämiseen, laaditaan taloudellisia vaihtoehtolaskelmia ja muita toiminnan aloittamiseen liittyviä valmisteluja, ml. konsernipäätös.

## 8. Päätuotokset

Selvitys.

## 9. Tulosten juurruttaminen

## 10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Selvitystyöhön osallistuvat mm.:  
Ylihammaslääkärit Varpuleena Kirstilä ja Marina Merne-Grafström  
Hammaslääkäri Juha Valtakoski  
Ylihoitaja Tiina Tommola  
Hallinto- ja talousjohtaja Max Lönnqvist  
Controller Joonas Välilä  
Lakimies

## 11. Projektin kustannukset ja rahoitus

Toiminnallinen selvitystyö tehdään omana työnä.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>						

## 12. Riskit

Mahdollisina riskeinä voidaan nähdä selvityksen lopputuloksen epäonnistuminen ?  
**Lopputulos onnistuu, on selvityksen tulos millainen vain.**

- kokemusperäisen tiedon vähyden,
- rohkeuden ja innovatiivisuuden puutteen tai
- periaatteellisen, yksipuolisen vaikuttaminen tai
- työajan riittävyyden takia.

Selvitys voi myös viivästyä SOTE – uudistuksen käännteiden takia.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>  
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>  
Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Suun terveydenhuolto; Palveluiden keskittäminen, toimipisteiden arviointi ja työajan laajentaminen arkisin klo 20.00 asti

**LTS**=lyhyen tähtäimen suunnitelma

**PTS**= pitkän tähtäimen suunnitelma

Päivämäärä:	22.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala/Terveyspalvelujen palvelualue/Suun terveydenhuolto
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	PTS: Johtava ylihampaslääkäri Minna Kinnarinen LTS: Ylihampaslääkäri Marina Merne-Grafström
Yhteyshenkilö:	LTS: Ylihampaslääkäri Marina Merne-Grafström ja shg Suvi Perälä PTS: Johtava ylihampaslääkäri Minna Kinnarinen

**Suvin ehdotukset/korjaukset vihreällä☺**

**Tiinan oranssilla**

1. Tausta
<p><b>LTS:</b> Kaupunginvaltuuston 17.11.2014 hyväksymän toimintasuunnitelman mukaan sosiaali- ja terveyslautakunnan tulee valmistella "terveyskeskus- ja hammashoidon palvelun tarjoamisen mahdollisuus ja kustannukset yhdessä tai useammassa toimipisteessä arkisin klo 20 asti, turkulaisten palvelun saatavuuden parantamiseksi. Kiireettömissä tapauksissa tulee olla valinnanvapaus terveysaseman suhteen."</p> <p><b>PTS:</b> Hyvinvointitoimiala on esittänyt Strateginen tilojen ohjaus -vastuualueelle suun terveydenhuollon osalta tarveselvityksen käynnistämistä.</p> <p>Suun terveydenhuollolla on tällä hetkellä isoja keskittymiä mm. Pääterveysaseman, Kirkkotien ja Runosmäen terveysasemien yhteydessä. Lisäksi suun terveydenhuollolla on useampia pienempiä toimipisteitä mm. koulujen yhteydessä, joiden ylläpito on kallista. Tästä syystä Hyvinvointitoimiala on esittänyt pienten yksiköiden yhdistämistä ja toimintojen keskittämistä isommaksi kokonaisuudeksi. Tarveselvityksessä selvitetään hankkeen alustavat kustannukset ja siitä aiheutuvat vuokraikutukset.</p> <p>Suun terveydenhuollolla on useampi pieni, alle 3 unitia käsittävää hoitolaa, jotka ovat kalliita ylläpitää, eivätkä ole tarkoituksenmukaisia. Kohteissa pitää olla kaikki samat toiminnot esim. välinehuolto ja muut taustatilat kuin isoissakin kohteissa. Vastaanottojen määrää tulee tiivistää siten, että jäljelle jäävät vain isohkot hammashoitolat.</p>

Suun terveydenhuollon 14 hoitolasta 12:ssa välinehuolto toteutetaan omana toimintana. AMKn tiloissa välinehuolto on ulkoistettu samoin kuin Dentaliassa välinehuolto on ulkoistettu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Sapa-liikelaitokselle.

Edellä mainituista syistä johtuen tuli perustaa työryhmä Suun terveydenhuollon tarveselvityksen laatimiseksi, jonka tavoitteena on laatia tarveselvitys ja saada se päätöksentekoon huhtikuun 2015 aikana.

## 2. Asiaan liittyvät päätökset

Kaupunginvaltuusto 25.8.2014 § 123 (Uudistamisohjelma)

## 3. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123.

LTS:

**(POIS, ON JO TAUSTASSA** *Kaupunginvaltuuston 17.11.2014 hyväksymän toimintasuunnitelman mukaan sosiaali- ja terveyslautakunnan tulee valmistella "terveyskeskus- ja hammashoidon palvelun tarjoamisen mahdollisuus ja kustannukset yhdessä tai useammassa toimipisteessä arkisin klo 20 asti, turkulaisten palvelun saatavuuden parantamiseksi. Kiireettömissä tapauksissa tulee olla valinnanvapaus terveysaseman suhteen."*)

Tätä vaihtoehtoa on Hyvinvointitoimiala miettinyt ensimmäisiä kertoja jo noin kymmenen vuotta sitten, sitten loppuvuodesta 2011 ja viimeksi nyt keväällä 2014, johon Suomen Hammaslääkäriliitto on antanut lausuntonsa.

PTS:

Turun kaupungin uudistamisohjelma 2:ssa hyväksyttiin (kv 25.8.2014 § 123) yhtenä toimenpiteenä "Suun terveydenhuollon palveluverkko- ja toteuttamistapaselvitys". Toimenpiteen tarkempi kuvaus oli "Suun terveydenhuollon palveluiden keskittäminen ja toimipisteiden arviointi (yhdessä terveysasemaverkoston kanssa). Samalla selvitetään suun terveydenhuollon asemaa Turun kaupungissa". Perusteluosiossa on "Vantaan kaupungin kokemusten perusteella yhtiömuotoinen toiminta on tehostanut ja joustavoittanut toimintaa. Keskitettyt palvelut ovat kustannustehokkaita mm. välinehuollon ja tukitoimintojen osalta."

## 4. Hyödyt ja sidosryhmät

Suun terveydenhuollon palveluiden keskittämisen tavoitteena on asiakaspalvelun parantaminen, kustannusten hallitseminen ja tuotannon tehostaminen. Toimipisteitä keskittämällä saadaan suurimmat säästöt vuokratilakustannuksista ja välinehuoltoon liittyvistä kuluista. Hyötynä tavoitellaan parantuneen asiakaspalvelun lisäksi myös työntekijöiden työturvallisuuden lisäämistä. Tällöin on enemmän työntekijöitä/ hammashoitola ja vartijapalveluitakin on helpommin järjestettävissä isoihin yksiköihin.

**Työturvallisuus lisääntyy siis keskittämällä, ei työaikoja pidentämällä...Tulisiko se siirtää tuonne PTS:n alle?**

**Potilaan saama hyöty/hoitoon pääsyn parantuminen(tavoitteissa) tulisi saada tekstiin.**

Vaikutus koskee kaikkia suun th asiakkaita (vuositasolla yli 50 000) ja kaikkia suun th työntekijöitä (vakansseja 250) joko välittömästi tai välillisesti.

LTS:

xxxxx

Hammashoitoloden aukioloaikojen pidennys mahdollistaisi viikolla tapahtuvasta lisätyöstä luopumisen vuoden 2016 alusta lukien, joka toisi kustannussäästöjä. Työtilojen käyttöastetta voidaan lisätä tekemällä lauantailisätöitä jatkossakin. Tähänastisen kokemuksen perusteella myös henkilökunta on ollut lauantaiden lisätyön tekemiseen erittäin motivoitunutta - puhumattakaan potilaiden tyytyväisyydestä saada hammaslääkärin tekemä hampaiden tutkimus ja tarvittava hoito tai suuhygienistin tekemä terveystarkastus potilaiden omalle vapaa-ajalle.

PTS:

Hyötyinä tavoitellaan kustannusten hallitseminen ja tuotannon tehostamista tilaratkaisulla. Turun yliopiston ja Ammattikorkeakoulun tilaratkaisut vaikuttavat Hyvinvointitoimialaan.

## 5. Projektin tavoite

Projektilla tavoitteena on tehdä suunnitelma ja kustannusarvio toimitilojen käytön tehostamisesta uudella työajan suunnittelulla. Tavoitteena on potilaiden hoitopääsyn parantaminen ja nopeuttaminen tilojen käyttöastetta lisäämällä.

LTS: Toimitilojen käytön tehostaminen

**TAUSTAAN:** (Nykyisten työtilojen käyttöä on jo tehostettu merkittävässä määrin vuoden 2012 vakanssilisäysten jälkeen. Vuonna 2012 tehdyn resurssilisäyksen jälkeen nykyiset vastaanottohuoneet on jaettu osa- ja kokopäivätoimisten työntekijöiden kesken niissä hammashoitoloissa, joissa työn tekeminen on ollut mahdollista työturvallisuustekijät huomioiden klo 7.30–18.00. Lisäksi osa työstä (lähinnä suuhygienisteillä) tapahtuu laitoksissa ja kouluissa.

Suuhygienistien ammattiryhmä hyötyisi toimitilojen keskittämisestä ja työajan laajentamisesta ensi vaiheessa eniten. Kaikkia suuhygienisten vakansseja ja sijaisuuksia ei ole voitu täyttää vuoden 2014 aikana, koska työtiloja ei ole ollut. Kliinisten työmahdollisuuksien lisäksi myös terveyden edistämistyö tulisi tehokkaammaksi välittömästi, koska suuhygienisten vastaanottoaika hammashoitoloissa voitaisiin lisätä.)

Muulla pidennetyt työajan käytöstä tulleet suun th kustannushyödyt, esim. Vantaa? (yritän vielä selvittää tätä ensi viikon aikana)

PTS: Toimitilojen keskittäminen

Turussa on 14 hammashoitolaa eri puolilla Turku. (P2n liitteeksi laitetaan taulukko?). Hoitolat sijaitsevat koulujen tai terveysasemien yhteydessä. Kaikki hammashoitolat palvelevat koko kaupungin väestöä, sillä asukkaan on mahdollisuus valita itse, mitä hammashoitolaa käyttää.

## 6. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

**LTS:** Projektissa selvitetään yhden hammashoitolan (KHH??) tilojen nykyinen käyttöaste. Lisäksi lasketaan vapautuvan tilan määrä, jos hoitolassa työskenneltäisiin kahdessa vuorossa tässä ehdotuksessa esitetyinä kellonaikoina. Esitetään myös kustannukset työaikojen muuttamisesta.

Työaikojen ja tilojen käyttöasteen tarkasteluun ja suunnitteluun on hankittu Innet Oy:n toimittama toiminnanohjausjärjestelmä. Lisäksi sen avulla pystytään suunnittelemaan

tietyllä tavalla varusteltujen hoituhuoneiden käyttöä. Näin tavoitteena on saada myös kalliiden laitteiden käyttöastetta seurattua ja tehostettua. Järjestelmä on tällä hetkellä testauksessa ja sen on tarkoitus tulla asteittain käyttöön vuoden 2015 aikana.

*PTS:*

Yliopiston ja Ammattikorkeakoulun ratkaisut vaikuttavat oleellisesti Hyton ratkaisuihin.

Lopulliset tilatarpeet määrittyvät myös ostopalvelu/palvelusetelin käytön laajuudesta ja aikataulullisesti asiaa voidaan arvioida vasta tilojen hankesuunnitelmavaiheessa.

Tulevan Sote -järjestämislain vaikutuksia on tässä vaiheessa vielä mahdotonta arvioida.

## 7. Aikataulu ja vaiheet

*LTS:*

Hammashoitoloiden aukioloaikojen pidentämisen mahdollisuuksien ja kustannusten arviointi kevään 2015 aikana

syksyllä 2015 selvitys raportoidaan sosiaali- ja terveyslautakunnalle

1.1.2016 alkaen mahdollinen työajan laajennuksen käyttö

*PTS:*

01.-04.2015 Työryhmän "Suun terveydenhuollon tarveselvitys" laatii tilatarveselvityksen

Vuoden 2015 aikana selvityksen pohjalta tehdään tarvittavat päätökset ja ratkaisut

## 8. Päätuotokset

*LTS:*

Arviointityö sisältää laajennetun aukioloajan mahdollisuudet ja siitä aiheutuneet kustannukset

*PTS:*

Raportti: Suun terveydenhuolto, Tilatarveselvitys

## 9. Tulosten juurruttaminen

*LTS:*

Jos nykyisten tilojen käyttöä tehostettaisiin siten, että suun terveydenhuollon hammashoitoloiden aukioloaikoja pidennettäisiin nykyisestä maanantai-torstai 7.00–18.00 ja perjantai 7.00–16.00 esimerkiksi seuraavasti: maanantai–torstai klo 7.00–20.00 ja perjantaisin 7.00–18.00, henkilökunta pitää osallistaa suunnitteluun.

**Siirrä muualle:**

**Näin kahden lähes tavanomaisen pituisen työvuoron sijoittaminen nykyisen puolentoista työvuoron sijaan samaan päivään mahdollistuisi.**

## 10. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

*LTS:*

Suun terveydenhuollon asiantuntijat ylihml Marina Merne-Grafström, yh Tiina Tommola, shg Suvi Perälä ja ylihml Varpuleena Kirstilä

*PTS:*

Tilacontroller Johanna Aarnio, projektipäällikkö Kaisa Simula, hallintoylihoitaja Taina Soini, Minna Kinnarinen

## 11. Projektin kustannukset ja rahoitus

*LTS:* Työajan pidentämisen taloudelliset vaikutukset:

Säännöllisen työajan pidentäminen klo 18.00 jälkeen aiheuttaisi seuraavat Lääkärisopimuksen (LS) ja Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen (KVTES) mukaiset korvauslisäykset: 20 § 1.mom: Iltatyöllä tarkoitetaan kello 18.00–22.00 tehtyä työtä. Iltatyöstä maksetaan rahakorvauksena 15 % korottamattomasta tuntipalkasta tai annetaan vastaava vapaa-aika.

LS s. 49: "Työvuoroluettelosta ilmenevät työajan alkamis- ja päättymisajat sekä riittävän yksilöitynä työajan käyttö viranhaltijalle määrättyjen tehtävien osalta... Päivittäistä säännöllistä työaika ei ole sopimuksessa määritelty. Eri yksiköiden toiminnan luonteesta (mm. potilaiden määrä, laatu ja hoidolliset näkökohdat) riippuen voivat lääkäreiden työpäivien pituudet ja tekemisajankohdat vaihdella. Säännöllinen työaika pyritään yleensä sijoittamaan mahdollisimman tasaisesti työviikon ja – aikajakson eri työpäiville.

LS s. 74: Toimenpidepalkkiot 1.3.2014 lukien säännölliseltä työajalta yli 30 t/vk tai keskimäärin yli 30 t/vk tai arki-iltoina klo 18.00 jälkeen maksetaan liitteen 2 mukaan **Hoito- ja avustavan henkilökunnan työaikamuoto on muodollinen jaksotyö, joka mahdollistaa iltatyön tekemisen.**

Säännöllisen työajan pidennys mahdollistaisi arkisin tapahtuvan lisätyön poistamisen ja lisätyöt jatkuisivat vain lauantaisin. Vuonna 2013 hammaslääkäreiden, hammashoitajien ja suuhygienistien ja välinehuoltajien tekemän lisätyön palkkakustannukset olivat yhteensä 394 193,00 €; luku sisältää 22,53 % työnantajamaksuja. Maksetuista lisätyökorvauksista hammaslääkäreiden osuus on ollut 144 227,95 € ja muun henkilökunnan osalta 177 483,47 €; nämä summat ovat ilman työnantajamaksuja. Muun henkilökunnan osalta välinehuoltajille maksettu osuus on ollut 3882,10 €. Näissä palkkasummissa ei ole eriteltyä viikolla ja lauantaisin tapahtunut lisätyö.

Lisääntyneet henkilöstön palkkakustannukset lasketaan alustavasti selvitystä varten.

*PTS:*

Tulokset vuokra vaikutuksista saadaan tarveselvityksen avulla alustavasti, mutta vasta varsinainen hankesuunnitelma tarkentaa tilakustannukset.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
Projektirahoitettu henkilöstö						
Vakinainen henkilöstö						
Ulkoiset palvelut						
Investoinnit	20 000	40 000				
Ylläpitokulut						
Kulut yhteensä (-)						



Ulkopuolinen rahoitus							
Säästöt							
Tulot yhteensä (+)							
Kassavirta yhteensä							

## 12. Riskit

### *LTS: Välittömät riskit*

Tulossa on 3/2015 suurten kaupunkien palvelusuhdepäälliköiden ja henkilöstöpäälliköiden välinen kokous. Riskinä on, ettei yhteisymmärrystä saavuteta kuntien välillä työajan muutosasian eteenpäin viemisessä.

### *PTS:*

Suurten tilajärjestelyjen riskinä on aina useiden toimijoiden irtisanoutuminen mikäli työolosuhteet muuttuvat kovasti eikä heillekin koituvia hyötyjä pystytä tarpeeksi hyvin perustelemaan.

Tilajärjestelyt ja keskittäminen onnistuessaan tukee asiakaspalvelun parantamisen tavoitteita. Muutoksen epäonnistuessa henkilökunta voi kokea tilanteen rasittavana, mutta tilamuutokset sinällään eivät voi olla riskinä irtisanoutumisille.

### Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Suun terveydenhuolto; Palvelusetelin käytön laajentaminen

Päivämäärä:	26.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala, Terveyspalvelujen palvelualue, Suun terveydenhuolto
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Johtava ylihammaslääkäri Minna Kinnarinen
Yhteyshenkilö:	Toiminta: Ylihoitaja Tiina Tommola PSOP: Taina Kaila WinHit-PSOP integraatio: Timo Nieminen, Turun IT-palvelut

13. Tausta

Kaupunginvaltuuston 25.8.2014 § 123 kaupungin uudistamisohjelman hyväksymisen yhteydessä täsmennyksenä perustelutekstiin mainitaan, että " *selvitetään uudenlaisen suun terveydenhuollon palvelusetelin luomista, jolla mahdollistetaan osittainen korvaus.*"

Palveluseteli on vaihtoehto kunnan itse tuottamalle palvelulle tai kunnan ostamille palveluille. Palveluseteli ei ole konkreettinen "seteli", vaan se voi olla esimerkiksi viranhaltijapäätös (palvelupäätös). Palvelusetelin arvo on osuus, jonka kunta maksaa asiakkaan palvelusta. Arvo voi olla tulosidonnainen tai tasasuuruinen. Asiakkaan maksama omavastuuosuus palvelustaan on palveluntuottajan hinnan ja palvelusetelin arvon välinen erotus.

Palvelusetelipäätöksen saatuaan asiakas (tai hänen edustajansa) ottaa yhteyttä haluamaansa palveluntuottajaan. Palveluntuottajista on kunnan ylläpitämä lista, johon on merkitty kaikki palveluseteliyrittäjäksi hyväksytyt palveluntuottajat. Listalle hyväksytään palveluntuottajat, jotka täyttävät kunnan hakukriteerit ja sitoutuvat palveluseteliin liittyvään sääntökirjaan.

Asiakas ja palveluntuottaja tekevät keskenään sopimuksen palveluun liittyvistä yksityiskohdista, esimerkiksi palvelun saamisen ajasta. Palvelun sisältö on määritelty palvelupäätöksen yhteydessä tai palvelu- ja hoitosuunnitelmassa. Muilta osin sopimukseen on hyvä kirjata kummankin osapuolen oikeudet ja velvollisuudet.

Palvelusetelilain mukaan setelin arvo tulee määräytyä siten, että se on asiakkaalle kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa otetaan huomioon kustannukset, jotka aiheutuvat kunnan vastaavan palvelun tuottamisesta omana tuotantona tai ostopalveluna. Toimenpiteiden omakustannushintojen selvittämisessä voidaan hyödyntää Hammaslääkäriliiton kertoimilla tehtyä hinnoittelua. Tällöin lasketaan SFA10 -hintaa kirjanpidon ja toimenpidetilastojen avulla.

Palvelusetelilaki:

12 § Suhde sairausvakuutuskorvaukseen

*Asiakkaalla ei ole oikeutta saada sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaista korvausta omavastuusuuteen. Matkakustannuksista voi kuitenkin saada korvausta siten kuin sairausvakuutuslaissa säädetään.*

Palveluseteliasiakkaalla on oltava mahdollisuus verrata eri palveluntuottajien hintoja. Esimerkiksi Helsingissä Suun terveydenhuollon palvelusetelin nettisivulla on laskuri, jossa syöttämällä hoitosuunnitelman mukaiset toimenpiteet laskuriin saa tiedon asiakasmaksun suuruudesta (kaupungin omana toimintana) tai asiakkaan palvelusetelin omavastuusuutena. Asiakas pystyy vertaamaan saatuja hintoja eri palveluntuottajien välillä.

Palvelusetelin arvo:

Vantaalla sekä liikelaitoksen että palvelusetelin laskelmissa arvotettiin kaikki toimenpiteet laskennallisesti, Hammaslääkäriliiton kertoimien avulla. Kertoimet kuvaavat kunkin toimenpiteen vaativuutta verrattuna perustoimenpiteeseen (SFA10= yhden pinnan paikka, jota on käytetty Turussa ostopalvelun hinnoittelussa alusta asti). Vantaan palvelusetelin arvo on lähes identtinen Helsingin kanssa, jossa kaikki toimenpiteet saatiin toimintolaskennan avulla. Myös Jyväskylän palvelusetelissä on käytetty pelkästään Hammaslääkäriliiton kertoimia.

Asiakkaan saamaa palvelua voidaan seurata palveluraportilla, jota palveluntuottaja täyttää, ja jonka asiakas kuittaa palvelun tapahduttua. Palveluntuottaja laskuttaa kuntaa kuukausittain palvelusetelien arvon osalta ja asiakkaalta asiakkaan omavastuusuuden.

Asiakas voi ostaa lisäpalveluita. Nämä palvelut asiakas maksaa kokonaisuudessaan itse palveluntuottajalle.

Turku on ottanut käyttöön sähköisen palveluseteli- ja ostopalvelujärjestelmän (PSOP). Järjestelmän käyttöönoton vuoksi palveluntuottajaksi Turkuun hakeutuminen tapahtuu vain sähköisesti osoitteessa [parastapalvelua.fi](http://parastapalvelua.fi).

Palveluseteli sopii suun terveydenhuollon palveluissa selkeisiin kokonaisuuksiin, joissa on etukäteen määritelty tuleva hoito. Tällaisia ovat esimerkiksi päivystyksen jatkohoito (yksittäisen hampaan lohkeama, juurihoito, poisto tai leikkauksellinen poisto) sekä suukirurgiset toimenpiteet.

Vuonna 2013 ostopalvelukäyntejä on ollut 5364, jotka jakautuivat seuraavasti; 2361 kokonaishoidon käyntiä, 652 keinoivelleikkaukseen menossa olevien potilaiden fokussaneerauskäyntejä ja 2351 päivystyksen jatkohoitokäyntejä.

Palveluseteli suunnattaisiin ensi vaiheessa päivystyksen jatkohoitoa tarvitseville potilaille; heidän määränsä arvioituna v. 2015 on n. 2500. (Ostopalveluna näiden käyntien kustannus olisi n. 285 000 €).

#### 14. Asiaan liittyvät päätökset

Peruspalvelulautakunta v. 2010 ja 14.12.2011.  
Kaupunginvaltuusto 25.8.2014 § 123 (Uudistamisohjelma)

PSOP:

- Kj 7.1.2013 §1 PSOP -projektin asettamispäätös
- Toimialajohtaja Riitta Liuksa 22.2.2013 §7 / muutos 20.11.2013 §36; hankkeen Turun ohjausryhmän nimeäminen

## 15. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123 ja lisäys (Liite 1, kohta 6 toimenpide): *Suun terveydenhuollon palvelusetelin käyttöönotto, jossa tutkituille potilaille tarjotaan mahdollisuutta saada ennalta määritelty hoito joko omana toimintana tai samanarvoisella palvelusetelillä. Perustelu: Vaihtoehtojen lisääminen ja oman tuotannon tuotantokapeikkojen vähentäminen"*

Valmistelussa ja päätöksenteossa tulee arvioida, mitä tarkoitetaan "samanarvoisella palvelusetelillä". Palvelusetelin arvoa määriteltäessä tulee kullekin toimenpiteelle määritellä asiakkaan tuloista riippumaton kiinteä arvo.

## 16. Hyödyt ja sidosryhmät

Palveluseteli antaa potilaalle mahdollisuuden itse valita hoitavan hammaslääkärin palvelusetelituottajaksi hyväksytyistä hammaslääkäreistä. Potilaan hoitoon pääsy palvelusetelillä nopeutuu. Esimerkiksi Helsingissä hoitoon pääsee 1-2 viikon kuluessa.

Palveluseteli antaa kaiken kokoisille vastaanotoille mahdollisuuden toimia palveluntuottajina, kun perinteisessä ostopalvelussa vaaditaan suurta volyymiä, johon yltyä vain muutama iso ryhmävastaanotto. Palveluseteli parantaa siten pienten paikallisten palveluntuottajien toimintaedellytyksiä.

Suun terveydenhuollon palvelusetelin kustannukset on arvioitu karkealla tasolla olevan noin 18 % edullisemmat verrattuna ostopalveluihin. Hyödyt tarkentuvat tarkempien laskelmien myötä.

Asiakashyötynä on valinnan vapauden kasvaminen; asiakas saa palvelun haluamaltaan tuottajalta, joka sijaitsee esim. lähempänä omaa työpaikkaa.

Palvelusetelin hyödyn saajat ovat lähinnä ne ostopalveluasiakkaat, jotka pääsisivät nopeammin hoitoon palvelusetelituottajalle kuin omaan tuotantoon. Tämä tulisi kyseeseen silloin jos ja kun oman tuotannon jonot ovat vaarassa ylittyä yli hoitotakuu-aikojen. Palveluseteli toisi yhden lisävaihtoehdon nykyisiin tuotantotapoihin (oma toiminta, ostopalvelu ennalta määritellyltä palveluntuottajalta). Vuositasolla kyse on n. 6000 ostopalveluasiakasta + muista jonopotilaista arvioituna yhteensä n. 10 000 asiakkaasta.

Palvelusetelihanketta varten tarvitaan suun terveydenhuollon toimenpiteiden omakustannushinnat. Toimenpiteiden omakustannushintojen laskennasta on hyötyä myös talouden seurannan, palvelutarjonnan, asiakassegmentoinnin ja henkilöstön kokonaistilanteen hallitsemisen helpottamiseksi.

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,3Me (sisältää käytön laajentamisen vanhus- ja vammaispalveluissa)

Sidosryhmät : PSOP-hanke (Taina Kaila ja Pekka Malo), IT-palvelut Timo Nieminen, palvelusetelitoimittajat, Digia Suomi Oyj (PSOP-ratkaisun toimittaja), In Net Oy, Riitta Nieminen (POSP:n integraatorajapinta WinHit:iin)

## 17. Projektin tavoite

Palveluseteli on tarkoitettu päivystysten jatkohoitopotilaille ja lääkärin läheteellä tuleville leikkauspotilaille. Tavoitteena on, että potilas saa oikea-aikaisen palvelun suun

terveydenhuollossa.

On tarkoituksenmukaista pyrkiä vähentämään ostopalveluita niissä palveluissa, joissa palveluseteli on käytettävissä, kuten tehostetussa palveluasumisessa ja suun terveydenhuollossa

Palvelusetelien käytön laajentaminen myöhemmin kokonaishoitopotilaisiin on tarpeen, jotta pystytään vastaamaan palvelujen kysyntään ja toisaalta asiakkaiden valinnanvapaus kasvaa. Mikäli jonotilanne uhkaa ylittää hoitotakuun rajat, niin silloin oman tuotannon henkilöstön työpanosta pystytään kohdentamaan asiakkaille, jotka eivät pysty tai halua käyttää palveluseteliä tai heidän toimintakykynsä huomioon ottaen heille ei voida sitä myöntää.

## 18. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Sähköisen ratkaisun saaminen tuotantoon on käytännössä palvelusetelin edellytys. Manuaalinen ratkaisu vaatii merkittävästi enemmän henkilöresurssia, jota suun terveydenhuollossa ei ole osoittaa.

PSOP -ratkaisussa suun terveydenhuollon määrittely on alkanut, osuus valmistunee kesään 2015 mennessä.

PSOP:n käytön yhteydessä tulee potilastietojärjestelmien KanTa -yhteensopivuus.

Röntgenkuvien siirto/katseluoikeus täytyy ratkaista erikseen. Röntgenkuvien tallennusta Kanta-järjestelmään ei ole vielä ajoitettu, vain lähete/lausunto tulee olla 1.1.2017 mennessä. Eli röntgenkuville täytyy luoda oma välitysmenetelmä, esim. Plandentin pilvipalvelu.

Sote -järjestämislain vaikutuksia on toistaiseksi vaikea arvioida.

## 19. Aikataulu ja vaiheet

Suun terveydenhuollon palvelusetelin käyttöönotto edellyttää sähköistä järjestelmää (PSOP). Suun terveydenhuollon palvelusetelin alustava aikataulusuunnitelma:

- 01-02.2015 suun terveydenhuolto päivittää Sitran sääntökirjan version 01.2012 suunniteltuihin Turun suun terveydenhuollon palvelukokonaisuuksiin. Samalla järjestetään henkilöstöinfot yhdessä PSOP:n henkilökunnan kanssa.
- 02.-05.2015 tarjouspyyntö WinHit - PSOP -integraatiosta (Tiera/Turku valmistelevat)
- 03.2015 arvioidaan PSOP:n toiminnallisuuksien ja sääntökirjan palvelukokonaisuuksien keskinäinen toimivuus
- 03-05.2015 tekninen toteutus WinHit-PSOP
- 05.2015 yritystapaamiset ja –infot
- 06.2015 PSOP:n suun terveydenhuollon tekninen sovellus valmis
- 1.7. - 20.8.2015 palveluntuottajat hakeutuvat palveluseteliyrittäjiksi
- 08.2015 henkilöstökoulutus palvelusetelin käyttöönotosta
- 1.9.2015 alkaen palvelualuejohtaja hyväksyy palvelusetelituottajat, josta alkaen myös palveluseteleitä voidaan myöntää. Käyttöönotto voi alkaa.
- päätös palveluntuottajista viedään lautakuntaan otto-oikeutta varten
- 1.12.2015 alkaen palveluseteliyrittäjiksi voi hakeutua jatkuvasti

## 20. Päätuotokset

Päätuotoksena on palvelusetelin käyttöönotto suun terveydenhuollossa. Toiminta aloitetaan päivystyksen jatkohoitopotilaista ja lääkärin läheteellä tulevista potilaista ja sitä laajennetaan käyttökokemuksen perusteella kokonaishoitopotilaisiin.

Suunterveydenhuollon palvelusetelin sääntökirja, jossa määritellään mm.: soveltamisala, asiakkaan asema ja oikeusturvakeinot, palveluntuottajaa ja kuntaa koskevat velvoitteet, palvelun laatuvaatimukset, palvelun tavoite ja sisältö, palvelusetelijärjestelmän asiakkaat, palvelusetelin arvo ja myöntäminen, asiakkaan ostamat lisäpalvelut, sopimusehdot palveluntuottajan ja asiakkaan väliseen sopimukseen, palveluiden laskutus, laadun hallinta ja valvonta, rekisterinpito ja sallassapito, muut erityiset määräykset, verotus, sääntökirjan muuttaminen, hyväksymisen peruutus, palvelusetelin myöntäjän riippumattomuus, sitoumuksen voimassaoloaika ja noudatettava sovellettava lainsäädäntö

Tehdään sähköinen hintalaskuri potilaiden käyttöön.

## 21. Tulosten juurruttaminen

i-avuste: Alustava suunnitelma siitä, miten projektin tulokset otetaan käyttöön organisaatiossa ja/tai miten ne ovat siirrettävissä muualle

## 22. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

PSOP -hankkeen henkilökunta (ks. kohta 4).

Suun terveydenhuolto: yllhml Marina Merne-Grafström, yh Tiina Tommola, WinHIT pääkäyttäjä Cisela Westerinen, kanslisti Sauli Röyskö ja mahdollisuuksien mukaan hml Juha Valtakoski.

## 23. Projektin kustannukset ja rahoitus

PSOP:n Turun kustannukset ovat

- jatkuvan palvelun kokonaiskäyttökustannukset 16.995e/v.
- palvelun hallinnointikustannukset 23.798 e/v

joita ei ole toistaiseksi kohdistettu eri palvelukokonaisuuksille vaan ovat osa PSOP -hankkeen kokonaiskustannuksia.

PSOP:n ja WinHitin toimiminen yhdessä vaatii integraatorajapinnan.

Integraatorajapinnoille on budjetoitu määräraha kaupungin vuoden 2015 It -budjettiin (alustava arvio 40.000e).

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						

Säästöt							
<b>Tulot yhteensä (+)</b>							
<b>Kassavirta yhteensä</b>							

## 24. Riskit

PSOP -sähköisen palvelusetelijärjestelmän käyttöönoton riskinä on useiden toimijoiden verkostossa aikataulujen pitävyys ja henkilöstöressurssien riittävyys.

Integraation osalta ei ole aloitettu neuvotteluja toimittajan kanssa, joten riskien määrittämistä ei voi toistaiseksi tehdä.

Palvelusetelijärjestelmä ei oteta käyttöön, esim. informointi asiakkaalle (potilaalle) tai markkinointi palveluntuottajille epäonnistuu.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>  
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>  
Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Sairaaloimintojen keskittäminen /  
Kuntouttavan sairaalahoidon kehittäminen

Päivämäärä:	19.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Asiantuntijalääkäri Hilikka Virtanen
Yhteyshenkilö:	Ylihoitaja Tuulia Koponen

## 25. Tausta

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 § 13 mukaan palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palveluntarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. Myös laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013) korostaa kuntoutuksen toteuttamista oikea-aikaisesti osana kaikkea palvelua.

Ikäihmisten arvioivilla kotikäynneillä (ennakoivilla tarkastuksilla ja niiden pohjalta tehdyillä kuntouttavilla toimilla) on voitu osoittaa merkittävää toimintakyvyn paranemista ja kustannussäästöjä. Esimerkiksi ikäihmisten lihaskuntoharjoittelun on havaittu useissa tutkimuksissa olevan vaikuttavaa ja tuloksellista. Sairaalahoitoon päättymisen jälkeen jokainen hoitopäivä, jonka aikana ei toteuteta kuntouttavaa työtä, heikentää ikäihmisen kotiutumisen edellytyksiä (esimerkiksi odoteltaessa akuuttiosastolla hoitoon pääsyä kuntouttavalle osastolle). Tällä on hyvinvointitoimialan kustannusten kertymisen kannalta huomattavan suuri merkitys. Kuntouttavaan työhön ja sen osaamiseen voimallisesti panostamalla odotettavissa on vähimmilläänkin kustannuskasvun taittumista, todennäköisesti säästöjä, mutta voittoja myös inhimillisestä näkökulmasta toimintakyvyn paranemisen ja kotona pärjäämisen edellytysten lisääntymisen myötä.

Visio: Kuntoutus kuuluu kaikille. Kuntoutus on potilaan arjen sujumista ja kotona toimintakykyisenä pysymistä. Kuntoutumista edistävä toiminta on osa kaikkea koti- ja sairaalahoidon. Turun kaupungin sairaaloiminnossa potilaan kuntoutuminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja palautuminen alkaa heti ensimmäisestä hoitokontaktista ja hoitajaksoilta. Potilaan voimavarat kartoitetaan ja potilas, omaiset ja henkilökunta sitoutuvat ja motivoituvat kuntoutumisprosessiin yhdessä laadittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Ensimmäisestä hoitopäivästä lähtien aletaan suunnitella kotiutusta ja tehdään alustava suunnitelma sairaalahoidon kestosta. Kuntouttavan työn tarvekartoitus alkaa jo ennen ensimmäistä sairaalahoitajaksoa, jolla ehkäistään sairaalaan joutumista.



Osaamisen lisäämistä tarvitaan kaikilla hoitoketjun tasoilla.

## 26. Asiaan liittyvät päätökset

Sosiaali- ja terveyslautakunta 16.12.2014 § 312, Hyvinvointitoimialan operatiivinen sopimus vuodelle 2015:

- kuntouttavan sairaalahoidon hoitajaksojen tavoite 1163 vuonna 2015 (ennuste 1108 vuodelle 2014, lisäys 5 %)
- hoitajaksojen pituuden keskiarvon tavoitteena 2 vrk lyhentyminen (akuutilla neurologisella kuntoutusosastolla 25 vrk → 23 vrk, muilla kuntoutusosastoilla 43,7 vrk → 41,7 vrk)

•

## 27. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123

Kuntouttavan sairaalahoidon teho on Turussa ollut riittämätöntä. Hoitoajat ovat olleet pitkiä (ks. kohta 2). Vuonna 2012 yli 75-vuotiaista vain n 60 % kotiutettiin kuntoutusosastoilta, kun 40 % siirtyi johonkin laitoshoidon muotoon.

Iäkkäiden kotihoidon tukeminen on sekä valtakunnallinen että Turun oman strategian mukainen tavoite. Kotihoidon tukeminen oikein ajoitetulla, tehokkaalla kuntouttavalla sairaalahoidolla

- a) parantaa iäkkäiden elämänlaatua ja
- b) vähentää kustannuksia siirtämällä pysyvän laitoshoidon tarvetta.

## 28. Hyödyt ja sidosryhmät

Hyödyt, ks. kohta 3.

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 1 Me

Tärkeimmät sidosryhmät:

- lääkinnällisen kuntoutuksen asiantuntijahenkilökunta
- kotikuntoutustiimit
- kotihoito

## 29. Projektin tavoite

Tavoitteena on turkulaisten iäkkäiden selviytyminen pidempään ja parempivointisina itsenäisinä asujina kodeissaan. Tätä varten tavoitteina on, että

- sairaalatoiminnoissa työskentelee moniammatillinen ja osaava, kuntoutumista edistävällä asenteella työskentelevä henkilöstö, joka toiminnassaan ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat.
- potilaan omaiset ovat tiiviisti mukana potilaan kuntoutumisen prosessissa.
- kuntouttavalla työotteella mahdollistetaan potilaan sitoutuminen kuntoutumistavoitteen saavuttamiseen.
- kotiutuksen suunnittelu alkaa heti ensimmäisestä hoitopäivästä, jolloin myös tehdään ensimmäinen alustava suunnitelma sairaalahoidon kestosta
- kotikuntoutuksen ja kotihoidon kanssa suunnitellaan kotiutukset ajoissa yhdessä ja tehdään tarpeenmukaista tiivistä yhteistyötä

## 30. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Palvelu kohdistuu yli 65-vuotiaille.  
Riippuvuus ympärivuorokautisen hoidon toteutumisesta ja VSSHP:n palvelu- ja hoitoketjujen toimivuudesta.

## 31. Aikataulu ja vaiheet

- 01.-02.2015 Määrittely ja yhteisten tavoitteiden asettelu sekä vaihekohtainen aikataulutus
- 03.-12.2015 Tavoitteiden toteuttaminen

Tavoitteita ovat mm.:

### 1. Geriatriinen ja lääketieteellinen osaaminen ja riittävä resursointi

03.2015 alkaen geriatriksen osaamisen ja lääketieteellisen ammatillisen tuen lisääminen erillisen lääkäreiden erikoistumiskoulutuksen suunnitelman mukaisesti, jolla geriatriasta kuntouttavan työn osaamista lisätään merkittävästi kaikilla hoitotasolla ja tehostetaan kautta koko hoitoketjun.

### 2. Koko sairaalalähenkilökunnan koulutussuunnitelma vuonna 2015:

- 2.1. Geriatriinen ja gerontologinen kuntoutus. Luennot kaikille ammattiryhmille, ulkopuoliset luennoitsijat
- 2.2. Tiimityön perusteet, osastoilla toimivat moniammatilliset tiimit. Luennot kaikille ammattiryhmille, ulkopuoliset luennoitsijat
- 2.3. Kuntoutuksen tiimityö arjessa. Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämät koulutukset osastojen moniammatillisille tiimeille. VoiTas Kunnan Hoitajakoulutukset = iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu (18 h). Valssi-koulutukset = vanhusten liikunta laitoksissa (12 h). VoiTas/ Kaatumiset kuriin (12 h).

### 3. Osastojen toimintamallien kehittäminen

- 3.1. 01.-06.2015 Aktivointitoiminnan laajentaminen sairaalan kaikkiin osastoryhmiin
- 3.2. 01.-12.2015 Osastokohtainen arjen toimintaprosessien arviointi. Tavoitteena tukea potilaiden itsenäistä selviytymistä passivoivan "liikaa auttamisen" sijaan
- 3.3. 01.-12.2015 IKINÄ -mallin (kaatumisen ehkäisy) jalkauttaminen kaikille vuodeosastoille
- 3.4. 01.-12.2015 "Kuntoutumista edistävä toiminta on osa kaikkea sairaalahoitoa" teemaksi osastojen kehittämispäiviin
- 3.5. Kuntoutumista edistävän toiminnan teema otetaan osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä.

### 4. Kotiuttamisen kehittäminen

- 4.1. Sairaalakuntoutuksen kehittäminen linkitetään yhteen vanhuspalveluiden projektin "Kotiutus, kuntoutus ja kotikuntoutustoiminnan kehittäminen" kanssa.
- 4.2. Kotiutuksen alustava suunnittelu käynnistetään jo ensimmäisenä hoitopäivänä. Samalla tehdään ensimmäinen alustava arvio sairaalahoitajakson kestosta.
- 4.3. Kotikuntoutuksen ja kotihoidon kanssa suunnitellaan kotiutukset yhdessä ajoissa ja tehdään tarpeenmukaista tiivistä yhteistyötä.

### 32. Päätuotokset

- Kuntoutumista edistävä toiminta on osa kaikkea koti- ja sairaalahoitoa.
- Sairaalahoitoon päätyminen vähenee ja sairaalahoitajaksot lyhenevät kuntouttavien toimien johdosta merkittävästi.
- läkkäät selviytyvät pidempään ja parempivointisina kodeissaan.

#### Mittarit:

- + 65-vuotiaiden osuudet koti- ja laitoshoidossa. Kustannukset, kun ympärivuorokautisen laitoshoidon tarve ei lisäännny.
- yli 75-vuotiaiden kotiutukset
- asiakaskyselyt potilaille ja omaisille
- henkilökuntakysely toimintatapojen muutoksesta

### 33. Tulosten juurruttaminen

Kuntoutuksen tiimityö juurtuu osaksi arkipäivän kuntouttavaa työtettä. Kuntouttavasta hoidosta tehdään koulutussuunnitelma myös vuodelle 2016.

### 34. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektista vastaa asiantuntijalääkäri Hilikka Virtanen.

#### Projektiryhmään kuuluvat:

- ylihoitaja Tuulia Koponen
- ylihoitaja Anne Ryhänen
- kuntoutuksesta vastaava osastonylilääkäri (nimi selviää myöhemmin)
- lääkinnällisen kuntoutuksen edustaja (nimi selviää myöhemmin)
- osa-aikainen kuntoutuskoordinaattori (kun 1 osastonhoitajan vakanssista 50 % voidaan käyttää kuntoutuskoordinaattorin tehtävään)
- kotikuntoutuksen / kotihoidon edustaja?

### 35. Projektin kustannukset ja rahoitus

Projekti toteutetaan osana normaalia toimintaa, ei ylimääräisiä kustannuksia. Kuntoutuskoulutus on kuntouttavan osastoryhmän yksiköiden budjetoidun koulutussuunnitelman ensisijainen kohde. Projektin tuotosten toteutumiseksi palkkattavien geriatriaan erikoistuvien lääkäreiden (6 lääkäriä) palkkakustannukset katetaan luopumalla tällä hetkellä käytössä olevien ostopalvelulääkäreiden hankkimisesta (3 lääkäriä).

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>		<i>eval-lääkärit</i>				
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>		<i>ostolääkärit</i>				
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>						

36. Riskit

- kuntouttavan asenteen ja uudenlaisen kuntouttavan hoitokulttuurin omaksuminen ei onnistu
- yhteistyö sidosryhmien kanssa ei onnistu

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Saattohoitoprosessin kehittäminen

Päivämäärä:	22.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Ylihoitaja Tuulia Koponen
Yhteyshenkilö:	Vs oh Merja Uusitalo, 1.3.15 alkaen saattohoitokoordinaattorin tehtävässä

### 37. Tausta

Saattohoito kuuluu hyvän hoidon käytäntöön ja siksi v.2012 esitettiin geriatrisen sairaalahoidon strategisiin toimenpiteisiin Kaskenlinnan pitkäaikaisosastojen toiminta-ajatuksen muuttamista vastamaan palliatiivisen hoidon tarpeita sisältäen muutamien saattohoitosairaansijojen käyttöönoton Kaskenlinnan osastoilla. Tämä ei johtanut toimenpiteisiin.

Hyvinvointitoimialan saattohoitoprosessin kehittäminen aloitettiin alkuvuodesta 2014 Katariina Korkeilan johdolla saattohoitoryhmässä ja pienemmässä "saattohoitonyrkkityöryhmässä". Saattohoitoryhmän työskentelyn tuloksena saatiin ehdotus Turun saattohoitoprosessista.

Hyvinvointitoimialan organisaation uudistamiseen liittyen sairaalatoimintojen keskittämisen -työryhmän yhden alatyöryhmän tehtävänä oli suunnitella ja selvittää, miten saattohoitokoordinaattorin ja saattohoitolääkärin tehtävät voitaisiin toteuttaa osana kotisairaalan toimintaa. Alatyöryhmän työskentelyn tuloksena 1.3.2015 saattohoitokoordinaattori (sairaanhoitaja, joka koordinoi kotisaattohoitoa) ja saattohoitolääkäri aloittavat toimintansa osana kotisairaalan toimintaa. Kaskenlinnan sairaalassa on otettu osastolla 1C saattohoitohuone saattohoitopotilaiden käyttöön joulukuussa 2014. Saattohoitopotilaat ovat tulleet TKS:n akuuttivuodeosastoilta. -alatyöryhmä 16.1.2015: ehdotetaan saattohoitokoordinaattorin ja -lääkärin toiminnan olevan osa Kaskenlinnan os1C toimintaa. Tämä tukee saattohoitopotilaiden hoidon kokonaisuutta ja tuo synergiaetuja toimintaan. Ns akuuttilääkekaappi ja kipupumput ja yksi 24/7 puhelinnumero voidaan keskittää 24/7 toimivaan yksikköön.

### 38. Asiaan liittyvät päätökset

*Otsikot ja diaarinumerot*

### 39. Perustelu ja strategiakytkös

Hyvinvointitoimialan uudistaminen – muutosprojektin asettaminen (toimialajohtaja 2.7.2014§27): Sairaalatoimintojen keskittäminen (Hilkka Virtanen)

Valtakunnallisesti palliatiivinen hoito, joka sisältää saattohoidon, on nostettu painopistealueiksi vanhusten hoidossa. Turun kaupungilla ei ole omaa saattohoitoyksikköä tai saattohoitosairaansijoja vaihtoehtona yksityisille palvelun tuottajille. Nykyiseen toimintaan ei siis ole pystytty ohjaamaan saattohoitopotilaita.

Saattohoito kuuluu ja on osa perusterveydenhuollon toimintaa. Jos saattohoitoa ei kehitetä osana omaa tuotantoa, nykyinen hajanainen saattohoidon käytäntö jatkuu ja Hyvinvointitoimialalla ei ole mahdollisuutta ottaa saattohoitopotilaita saattovaiheessa vuodeosastoille, saattohoito-osaamisen kehittäminen on hajanaista, potilaat eivät saa laadukasta elämänloppuvaiheen hoitoa.

#### 40. Hyödyt ja sidosryhmät

Hyvin järjestetty saattohoito vähentää kustannuksia (lääke- ja laboratorionkulut, vähentyneet EPPL:n päivystyskäynnit ja muut erikoissairaanhoidon käynnit) ja parantaa hoidon laatua. Hyödyt näkyvät erikoissairaanhoidon pienentyneinä kustannuksina ja asiakastyytyväisyytenä. Turkulaisia kotisaattohoitopotilaita on noin 250 /vuosi ja saattohoitopotilaita (=exitus) on Hyvinvointitoimialan eri yksiköissä vuosittain noin 700.

Muutoksen suurimmat hyötyjät ovat

- Turun kaupunki; vähentyneet kustannukset
- saattohoitopotilaat ja heidän omaisensa ja läheisensä
- vuodeosastotoiminta; saattohoitosairaansijat otetaan käyttöön, jolloin hoitohenkilökunnan osaaminen tulee hyödynnettyä oikeaan kohderyhmään
- hyvinvointitoimiala; saattohoitotoiminnan kokonaisuuden hallinta

#### 41. Projektin tavoite

1. Turkulaisen saattohoitopotilaan arvokas elämän loppuvaiheen hoito. Sisältää kotisaattohoidon (ostettu), kotihoidossa ja vuodeosastoilla (sairaala ja ympärivuorokautinen hoito) tapahtuvan saattohoidon
2. Ostettu kotisaattohoito osana palliatiivisen osaston Kaskenlinna 1C toimintaa sisältää saattohoitokoordinaattorin ja –lääkärin tehtävät sekä kipupumppujen + ”akuuttilääkekaapin” järjestäminen, yksi puhelinnumero 24/7 ostetuille kotisaattohoitopotilaille
3. Yhteneväiset saattohoidon linjaukset (sis. hoitotahto, kirjaaminen, saattohoitosuunnitelma) huomioiden toimintaympäristö siten että saattohoidon laatu on korkea hoitopaikasta riippumatta.
4. Hyvinvointitoimialan eri saattohoitotahojen verkostoituminen
5. Saattohoidon kokonaisuuden hallinta Hyvinvointitoimialalla > Turun kaupungin saattohoitosuunnitelma.
6. Terveyspalvelut toimii aktiivisesti VSSHP:n alueellisessa saattohoito-työryhmässä. Nimetään pysyvät edustajat työryhmään.

#### 42. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

<p>Projekti liittyy sekä Terveyspalvelujen että Vanhus- ja vammaispalvelujen saattohoidon kokonaisuuteen.</p>
<p><b>43. Aikataulu ja vaiheet</b></p>
<p>Tarkentuu alkuvuonna 2015. Päävaiheet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.2.2015 Kipupumppukoulutus, TYKS, palliatiivisten os 1C ja 4 2-4 sairaanhoitajaa osallistuu</li> <li>• 1.3.2015 alkaen saattohoitokoordinaattori ja –lääkäri toiminta osana palliatiivisen hoidon osastoryhmän Kaskenlinnan osasto 1 C toimintaa</li> <li>• koulutusten suunnittelu + aikataulut (kotisairaala, Kaskenlinna osasto 1C (saattohoitosairaansijat, muuta palliatiiviset osastot ja kotihoito+ ympärivuorokautinen hoito)</li> <li>• 05.2015 tehtävänkuvien päivitys (hoitohenkilökunta, palliatiivinen lääkäri). Hoitohenkilöstön päivitettyt tehtävänkuvat ja ehdotukset uusista tva-pisteet viedään O3HOI-liitteen tva -työryhmään</li> <li>• tutustumiskäynnit esim. Salon saattohoito vuodeosasto, Karina-koti</li> <li>• 1.1.2016 yhteneväiset saattohoitolinjaukset Hyvinvointitoimialalla ja saattohoito-ohjeistus toimiyksiköissä</li> </ul>
<p><b>44. Päätuotokset</b></p>
<p>Katso kohta 5.</p>
<p><b>45. Tulosten juurruttaminen</b></p>
<p>Luodaan Hyvinvointitoimialalle Hyvän saattohoidon toimintatavat, jotka perustuvat tutkittuun tietoon ja jotka on virty tarpeeksi konkreettiselle tasolle huomioiden eri toimintaympäristöt.</p>
<p><b>46. Organisointi ja avainhenkilöresurssit</b></p>
<p>Perustetaan saattohoito-työryhmä, jonka vetäjänä toimii projektipäällikkö, sihteerinä ylihoitajan sihteeri Ilona Salminen. Työryhmään kutsutaan asiantuntijoita kotisairaalaasta, palliatiivisesta osastoryhmästä (oh), sairaalapappi, lääkäri (palliatiivisen lääketieteen koulutus), asiantuntijasairaanhoitaja (saattohoidon kirjaaminen), edustaja kliinisestä hoitotyöstä (sh, lh), mahdollisesti edustaja ympärivuorokautisesta hoidosta ja kotihoidosta (saattohoidon laatu sis. kirjaamisen, hoitolinjat) &gt; vaihtoehtona on, että em. toimijoita kutsutaan työryhmään eri asianteemojen osalta</p> <p>Projekti on osa perustoiminnan ja työn kehittämistä.</p>
<p><b>47. Projektin kustannukset ja rahoitus</b></p>
<p>Projektipäällikön ja saattohoitokoordinaattorin sekä osastonhoitajan (Satu Laine) resurssi menee hankkeeseen oman perustyön ohella. Tämä saattaa jossain tilanteessa esim. koulutusten pitäminen (Satu Laine) aiheuttaa lisä/ylityötä. Lisä/ylityötä tulee myös</p>

projektipäällikölle.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>						

#### 48. Riskit

Yhteisen näkemyksen muodostaminen saattohoidon linjauksista, avainhenkilöiden sitoutuminen, koulutusten ja tutustumiskäyntien toteuttaminen (kustannukset), projektin tulosten jalkauttamisen epävarmuus > eri toimijoiden ja johdon sitoutuminen

- keinot riskien hallintaan: tiedottaminen, vuorovaikutus, "saattohoitolähettiläät" kiertämään eri toimipaikoissa, johtoryhmissä jne, johdon tuki projektille

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>  
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>  
Projektitoimisto



**Projektin nimi:** Dementiapotilaan hoitoketjun kehittäminen

Päivämäärä:	14.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Terveyspalvelut -palvelualue
Omistaja:	Palvelualuejohtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Tapio Rajala
Yhteyshenkilö:	Ylihoitaja Jaana Silvola (projektisuunnitelman teko), vanhuspsykiatria Asumispalvelujohtaja Kirsi Kiviniemi (vanhuspalvelut)

#### 49. Tausta

Turun hyvinvointitoimialalla on viime vuosina tehty uudistuksia muistisairaiden potilaiden hoitoon pääsyn ja hoidon parantamiseksi ja Turku on mukana V-S Shp:n muistihäiriöpotilaan hoitoreittikehittämistyössä <http://hoitoreitit.vsshp.fi/>. Alueelliset muistikoordinaattorit toimivat asiantuntijoina muistiongelmassa ohjaten potilaita tarvittaviin jatkotutkimuksiin muistipoliklinikalle ja muuhun hoitoon. Muistikuntoutusta annetaan jäljellä olevien taitojen säilyttämiseen. Vanhustenhuollon muut palvelut auttavat kotona asumisen tukemisessa. Muistiongelmien edetessä tarvitaan laitoshoidoa usein muistisairaille suunnatuissa hoitopaikoissa.

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 korostaa, että hoito- ja palveluketjujen toimivuus on muistisairaana ja heidän läheistensä tuen, hoidon ja palveluiden kehittämisessä tärkeä laatutekijä. Suurimmat laatuutteet osuvat eri palveluiden rajapinnoille ja siirtymiin, ns. harmaalle alueelle. Hoito- ja palveluketjujen johtaminen edellyttää yhteisesti sovittuja eri osapuolten tiedossa olevia tavoitteita ja selkeitä ja dokumentoituja vastuu- ja työnjakoja.

Valtakunnallisesti on todettu, että vaikka diagnostiikka on tehostunut ja muistipoliklinikoita on perustettu, niin palveluketjut katkeavat helposti, jolloin muistipotilas ja heidän läheisensä jää puutteellisen tuen varaan diagnoosin saamisen jälkeen. Toimivassa palveluketjussa on nimetty muistipotilaiden ja omaisten yhteistyötaho, joka ottaa kokonaisvastuun hoidon jatkuvuudesta ja auttaa myös tilanteen kriisiytyessä. (Suomen Alzheimerseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008).

Hyvä ympärivuorokautinen hoito – Käypä hoito suosituksen mukaan siirtymät ovat erityisen haasteellisia muistisairaalle ihmiselle. Useat siirrot kuvastavat myös palveluketjun toimimattomuutta.

Näitä edellä kuvattuja kehittämishaasteita on myös turkulaisessa muistipotilaan palvelukokonaisuudessa edelleen havaittavissa: Muistipotilaan hoitoketjussa on paljon toimijoita, jotka eivät riittävästi keskustele keskenään, tiedä riittävästi toistensa olemassa olosta tai toimintatavoista. Hoidon kokonaisvastuu jää toteutumatta. Muistisairas vanhus

joutuu myös liian usein psykiatriseen erikoissairaanhoidon ilman riittävää psykiatrista oirehtimista, koska hänelle ei ole aina osoittaa muuta hoitopaikkaa.

Vanhuspsykiatria, joka muodostuu sekä avo- että sairaalahoidosta, on antanut konsultaatiopalveluita erotusdiagnoosi- tai oheisdiagnoositilanteissa, joissa muistisairauteen on liittynyt hankalasti hoidettavia käytösoireita tai muita psykiatrisia oireita. Nämä oireet ovat näkyneet potilaan väkivaltaisuuksina tai voimakkaana harhaisuutena sekä niihin liittyvänä sekavuutena, levottomuutena ja vuorokausirytmien häiriintymisenä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avulla pyritään näistä hankalista tilanteista pääsemään yli, jotta potilaan hoito olisi mahdollista potilaan kotona tai ympärivuorokautisessa hoidossa.

Muistipotilaan siirtyessä psykiatrilta hänestä tulee mielenterveyslain alainen, joilloin SAS-työryhmä ei voi ottaa potilasta jatkohoitojonoon, jos potilaalla on pakkohoitopäätös. Tätä ei voida taas purkaa, jos potilas pyrkii aktiivisesti sairaalasta pois. Lääkemuutos tai tutkimus aiheuttaa jonoon laittamisen viivästyksen. Vanhuspsykiatrialla ei ole mitään mahdollisuutta vaikuttaa jatkohoitoon siirtymisessä.

Useimmissa tapauksissa potilassiirto psykiatriseen sairaalahoitoon olisi vältettävissä ja sairaalahoidossa käytetyt hoitokeinot olisivat vietävissä muihinkin muistisairaiden hoitopaikkoihin. Mikäli potilas tarvitsee suljettua psykiatrista osastohoitoa akuutissa kriisitilanteessa tai suunnitellussa lääkitys- tai tutkimusarvotilanteessa, olisi tarkoituksenmukaista, että potilas voisi siirtyä suoraan akuuttiosastolta G1 joko kotiin tai omaan tarpeen mukaiseen hoitopaikkaansa tukikeinojen avulla.

Ympärivuorokautiseen hoitoon jonottavien paikat on järjestettävä erikoissairaanhoidon ulkopuolella. Tämä edellyttää sitä, että on olemassa riittävästi muistisairaiden potilaiden hoitoon erikoistuneita ja resursoituja hoitoyksiköitä, joissa voidaan hoidollisin keinoin saada potilas tuntemaan olonsa turvatuksi ja elämää haittaavat oireet hallintaan mahdollisesti lääkehoidon tukemana.

Käypä hoito -suosituksen mukaan psykiatrian rooli muistisairaiden hoidossa tulisi olla etupäässä konsultoiva. Käytösoireiden ensisijainen lääkehoito on muistisairauden lääkehoito. Psykelaakkeita tarvitaan tilapäisesti masennusoireiden ja sekä vaikeimpien levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa, mutta moniin vaikeisiin oireisiin niistä ei ole apua. Lääkkeettömät keinot ovat usein ensisijaisia useimpien käytösoireiden hoidossa. (Käypä hoito suositus 2010, Muistisairaudet)

Turun psykiatrisen erikoissairaanhoidon strategian mukaisesti myös vanhuspsykiatrialla on ollut jo vuosia pyrkimys avohoidon lisäämiseen. Psykiatrisia sairaansijoja on Turussa huomattavasti enemmän kuin valtakunnassa keskimäärin, minkä vuoksi resurssien siirtäminen avohoitoon on perusteltavissa (Turun oma toiminta: sairaansijamäärä on 0.73 valtakunnan ohjeluvun ollessa 0.4).

## 50. Asiaan liittyvät päätökset

*Kaupungin uudistamisohjelma Kv 25.8.2014 § 123*

## 51. Perustelu ja strategiakytkös

Turku uudistamisohjelma U2: Kv 25.8.2014 § 123:  
Dementiapotilaan koko hoitoketju tulee uudelleen organisoida. Painopisteinä varhainen tunnistaminen, kotiin kohdennettavat apu- ja tukitoimenpiteet ja laitoshoidon tarpeessa dementian vaiheen hoitovaatimusten mukaisesti porrastettu hoito. Sairaalahoitoon käytön minimoiminen kehittämällä liikkuva konsultoiva tiimi käytösoireiden hoitoon. Uudistuksen yhteydessä korvataan yksi dementiapotilaiden hoitoon keskittynyt yksikkö yhdellä

avohoidon tiimillä”.

Perustelut:

Vanhusten määrä Turussa kasvaa: vuonna 2012 Turussa oli 8,9 % yli 75 –vuotiasta ja vuonna 2025 heitä on ennustettu olevan 12,3 %. (Kunnat.net. 2014). Suomessa ilmaantuu vuosittain arviolta noin 13 000 uutta demencian asteista muistisairaustapausta. Yli 85-vuotiaiden joukossa demencian esiintyvyys on noin 35 % (Suomen Alzheimerseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008.)

Etenevien muistisairauksien huomattavat kustannukset johtuvat potilaiden suuresta määrästä ja loppuvaiheen laitoshoidontarpeesta. Pienikin hoitokäytännön muutos voi asiantuntijoiden mukaan vähentää merkittävästi hoidon kustannuksia ja parantaa potilaiden elämänlaatua. (Suomen Alzheimerseuran kokoama asiantuntijaryhmä 2008).

Turun kaupungin vuosille 2014-2016 tehdyn vanhuspalvelusuunnitelman mukaan vuonna 1940 syntyneet olivat terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin vuonna 1920 syntyneet. Myös joissakin tutkimuksissa ennustetaan muistisairauksien vähenevän mm. parantuneiden sydän- ja verisuonitautien ennalta ehkäisevien toimien johdosta. Tämä kehitys näkyy mahdollisesti myös raskaan laitoshoidon tarpeen vähenemisenä tulevina vuosina. (Arve ja Mäkinen: Vanhuspalvelusuunnitelma. 2014)

Kunnallisalan kehittämissätiön 2014 tekemässä selvitystyössä todetaan Suomessa sairaaloiden lukumäärän ja kapasiteetin olevan Suomessa korkealla tasolla muihin OECD – maihin verrattuna ja tämä näkyy poikkeuksellisen suurena demencian ja myös mielisairauksien vuodeosastohoitona. Vuodelevon tiedetään heikentävän muistisairaana vanhuksen kuntoa, minkä vuoksi inhimillisten hoitokeinojen etsiminen on perusteltua. (Kinnula, Malmi, Vauramo. 2014). Turkulaisia 75 –vuotta täyttäneitä on enemmän hoidossa ns. raskaammassa hoivassa, kuten vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaanhoidossa, kuin muissa Kuusikkovertailun kunnissa (Arve ja Mäkinen: Vanhuspalvelusuunnitelma. 2014.)

Tavoitteena on, että muistiongelman tunnistetaan vanhuksen kotona ja vanhuksia hoitavissa yksiköissä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kohdennetaan apua ja tukitoimia kotihoidossa sekä laitoshoidossa oleville muistisairaille potilaille huomioimalla myös omaisten ja läheisten tarvitsema tuki. Vanhusten asumispalveluissa toteutuu hoidon ja hoivan tarpeen mukaisesti oikeanlaisessa asumispalveluyksikössä.

Minimoidaan psykiatrisen sairaalahoidon tarve oikea-aikaisilla konsultaatiopalveluilla. Raskaan erikoissairaanhoidon käyttö muistisairaille potilailla on potilaiden kannalta epäinhimillistä ja syö turhaan muutenkin niukkoja vanhustenhuollon resursseja. Psykiatrisen sairaalahoidon sekoittaa ja hämmentää potilaita, mikä entisestään heikentää näiden potilaiden kognitiivisia taitoja.

## 52. Hyödyt ja sidosryhmät

### Hyödyt

1. Muistipotilas saa oikea-aikaisen avun hoidon porrasteisuuden mukaisessa hoitopaikassa
2. Muistipotilaat ja heidän läheisensä välttyvät pitkiltä, joskus myös turhilta psykiatrisilta hoitojaksoilta. Useimmissa tapauksissa tavoitteena on selvitä konsultaatioavun turvin niin, että potilassiirroilta vältytään. Ts. tuodaan psykiatrisen erikoissairaanhoito lähemmäksi potilaita
3. Löydetään uusia avohoidon keinoja muistipotilaan auttamiseksi avohoidossa ja laitoshoidossa vanhuspsykiatrilta perustettavan liikkuvan työryhmän avulla
4. Kustannusten ja resurssien kasvun hillitseminen vanhusten määrän kasvaessa

U2 Taloudellinen hyöty 2015: 0,6Me)

### Sidosryhmät

Sidosryhmän jäsenet ovat terveystalouksista: terveysasemapaalvelut, sairaalapaalvelut, vanhuspsykiatria

Vanhus- ja vammaispaalvelut: Avopaalvelut ja vanhusten asumispaalvelut

V-S Shp: yhteispaivystys

### 53. Projektin tavoite

1. Varhaisen puuttumisen ja kuntouttavan tukitoiminnan parantaminen
2. Uusien tukitoimien luominen avohoitoon
3. Asumispaalveluiden ja hoidonparrastuksen arviointi ja kehittäminen (ml. asumispaalvelujen valintaan ja hoitoon liittyvien kriteerien tarkentaminen)
4. Vanhuspsykiatrian roolin tarkentaminen
5. Tavoitteena voisi olla myös koko geriatrisen potilaan palvelukokonaisuuden kuvaaminen, vrt. Vaasan keskussairaalan malli

[http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu\\_alue1\\_uutiset.aspx?id=1254993](http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_uutiset.aspx?id=1254993)

Käytettävät mittarit tarkentuvat vielä (1-3 tehty nyt vain vanhuspsykiatrian osuudesta!)

- Hoitajakson pituus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa < 3vk potilailla, joilla on muistisairausdiagnoosi: Toteutuu 90 %
- muistisairauspotilaiden jatkohoitoon jonottamisaika psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on < 1 vk: Toteutuu 85 %
- konsultaatioiden määrä liikkuvalla työryhmällä on aloitusvaiheessa 40 / kk
- Kustannusvaikutus n. 600 000 euroa. Toimintaa tehostamalla säästöä saataneen myös muistisairaahan potilaan hoitokokonaisuudessa.

### 4. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

Mm. V-S Shp:n rooli ja vanhustenhuollon muut kehittämishankkeet

### 5. Aikataulu ja vaiheet

Vuoden 2015 aikana:

1. Parannetaan varhaista puuttumista ja kuntouttavia tukitoimia muistipotilailla (nykyisten palvelujen kattavuus ja vaikuttavuus)
2. Selvitetään/päivitetään muistipotilaan hoitokokonaisuus ensikontaktista asumispaalveluihin: mitkä asiat ovat nykyisellään toimivia ja mitkä vaativat kehittämistä
3. Arvioidaan, ovatko muistipotilaiden asumispaalvelujen hoidon kriteerit kohdallaan ja toimiiko hoidon parrasteisuus (vrt. V-S Shp:n hoitoreitti ja käypä hoito -suositus)
4. Vältetään turhia paivystyskäyntejä V-S Shp:lle, osastosiirtoja sairaalapaalveluihin ja

vanhuspsykiatrialle

5. Selvitetään vanhuspsykiatrian rooli muistipotilaan hoidossa ja luodaan uusia tukitoimia avohoidon onnistumiseksi

Tarkempi vaihekohtainen aikataulutus tehdään myöhemmin.

## 6. Päätuotokset

- Muistipotilas saa oikea-aikaisen avun hoidon porrasteisuuden mukaisessa hoitopaikassa
- Muistipotilaat ja heidän läheisensä välttyvät pitkiltä, joskus myös turhilta psykiatrisilta hoitjaksoilta. Useimmissa tapauksissa tavoitteena on selvittää konsultaatioavun turvin niin, että potilassiirroilta vältytään. Ts. tuodaan psykiatrinen erikoissairaanhoido lähemmäksi potilaita.
- Löydetään uusia avohoidon keinoja muistipotilaan auttamiseksi avohoidossa ja laitoshoidossa vanhuspsykiatrialle perustettavan liikkuvan työryhmän avulla
- Kustannusten ja resurssien kasvun hillitseminen vanhusten määrän kasvaessa
- Osana V-S Shp:n hoitoreitti -kuvausta syntyy Turun kaupungin muistipotilaan hoitoprosessin kokonaiskuvaus

## 7. Tulosten juurruttaminen

## 8. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Avainhenkilöt ovat:

Hiikka Virtanen, Sari Ahonen, Tapio Rajala, pth:n lääkäriedustaja, Kirsi Kiviniemi; Tuija Hassinen-Laine, Laura Jartti; Tuulia Koponen, Yrjö Ovaskainen ja Jaana Silvola.

Vaiheiden 1-5 resursointi suunnitellaan ja henkilöt nimetään myöhemmin.

## 9. Projektin kustannukset ja rahoitus

Työ tehdään Turun kaupungin hyvinvointitoimialan virkamiestyönä.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>						

## 10. Riskit

Riskinä on vanhuspsykiatrian osalta, että osa vaikeahoitoisista muistisairaista jää suljetulle akuuttiosastolle G1 tai osastolle G2 jatkohoitopaikkojen niukkuuden vuoksi ja näin vaikeuttaa psykiatrissa apua tarvitsevien vanhusten hoitoa. Vähävirikkeisyys ei ole hyödyksi muistisairaalle, kun taas psykoottiselle vanhukselle siitä on hyötyä. Samalla osastolla näiden kahden potilasryhmän hoitaminen ei ole potilaiden toipumista edistävää.

Muut vanhustenhuollon toimijat eivät osaa hyödyntää liikkuvaa tiimiä riittävästi. Vaikeahoitoiset muistisairaajat eivät saa asianmukaista hoitoa omassa hoitoyksikössään.

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>  
Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>  
Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Lastensuojeluperheiden vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien arvioiti, konsultaatio, hoitoonohjaus ja yhteinen perhekohtainen palvelusuunnitelma

Päivämäärä:	15.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Terveyspalvelut
Omistaja:	Palvelualueen johtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Toimistopäällikkö Merja Niinimäki
Yhteyshenkilö:	Yliääkäri Jyrki Heikkilä

#### 54. Tausta

Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat työikäisellä väestöllä suurin työkyvyttömyyttä ja ennenaikaisia kuolemia aiheuttava sairausryhmä. Nämä ongelmat seurannaisvaikutuksineen aiheuttavat merkittävän osan kaikkien ikäryhmien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeesta..

Vanhemman mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat lapsen terveyteen lapsuudessa ja myöhemmin aikuisena. Ne ennustavat vahvasti lapsen omia mielenterveys- ja päihdeongelmia ja ne ovat myös merkittävä syy huostaanottoihin. Mielenterveyden häiriöistä masennus on tavallisin. Masentuneen vanhemman lapsista n. 40 % sairastuu ennen 20:tä ikävuottaan ja n. 60 % ennen 25:tä ikävuotta.

Vuonna 2013 Turussa 9,4 %:ista kaikista 0-17 vuotiaista lapsista tehtiin lastensuojeluilmoitus. Vanhemman päihde- ja/tai mielenterveysongelmat olivat perusteena 22 %:issa lastensuojeluilmoituksia Turussa vuosina 2013-2014. Alle 18-vuotiaista lapsista 10,5 % oli Turussa lastensuojelun asiakkaana. Kaikkiaan lastensuojelun avohuollonasiakkaana oli 2.942 lasta.

Lastensuojelulain 14 § edellyttää moniammatillisen asiantuntemuksen turvaamista, joka tarkoittaa sitä, että lapsen asioista vastaavalla sosiaalityöntekijällä on käytettävissään lapsen kasvun ja kehityksen, terveydenhuollon, oikeudellista sekä muuta lastensuojelutyössä tarvittavaa asiantuntemusta.

Lastensuojelulain 30 §:n mukaan lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle on tehtävä asiakassuunnitelma, ellei asiakkuus päätty lastensuojelutarpeen selvityksen jälkeen tai kysymyksessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Huostaan otettua lasta koskevaan asiakassuunnitelmaan kirjataan lisäksi sijaishuollon tarkoitus ja tavoitteet, erityisen tuen ja avun järjestäminen lapselle, hänen vanhemmilleen, huoltajilleen tai muille lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaaville henkilöille. Suunnitelma laaditaan tarvittaessa yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon, kuten päihde- ja mielenterveyshuollon kanssa.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ja heidän perheensä tarvitsevat tehtyjen selvitysten mukaan erittäin usein monen toimijan palveluja yhtä aikaa. Nykyiset toimintatavat eri toimijoiden välillä ovat jäykkiä ja osin epätarkoituksenmukaisia. Palveluiden johtaminen ei tue hyvinvointipalveluiden yhteistä palvelutehtävää. Avun saamisessa korostuu organisaatiolähtöisyys ja keskittyminen liiaksi niukkojen resurssien keskinäiseen jakamiseen ja erilaisten säännösten ja viranomaistehtävien täyttämiseen. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarvitsijoista osa jää palveluiden ulkopuolelle, koska rajapinnalla työskentelyyn ei ole löydetty toimivaa malli. Palveluketjusta ei ole näin muodostunut integroitua ja kustannusvaikuttavuudeltaan tehokasta kokonaisuutta.

Jotta hyvinvointia kyetään ylläpitämään ja parantamaan, on palveluiden kustannusvaikuttavuuden parannuttava huomattavasti. Tehostuminen saadaan aikaan ensisijaisesti toimintatapojen muutoksella, toissijaisesti kehittämällä organisaatiorakennetta.

Hyvinvointitoimialan vuoden 2015 organisaation uudistamisen yhteydessä on todettu tarve uudistaa lastensuojeluperheiden vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien arviointia, hoitoonohjausta sekä konsultaatioihin ja yhteisten perhekohtaisten palvelu- ja hoitosuunnitelmien toteuttamiseen liittyvien toimintatapojen.

#### 55. Asiaan liittyvät päätökset

#### 56. Perustelu ja strategiakytkös

Hyvinvointitoimialan uudistaminen -muutosprojektin asettaminen (toimialajohtaja 2.7.2014§27): Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen (Jyrki Heikkilä).

Terveyspalvelut –palvelualueen SPS -painopisteenä on "Vaikuttavien ja tehokkaiden hoito- ja palveluketjujen kehittäminen", missä yhtenä keinona on "Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito- ja palveluprosessien uudistaminen (Kv 25.8.2014 § 123).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeista merkittävä osa kasaantuu pienelle ryhmälle erityisen paljon palveluita tarvitseville ja heidän perheilleen. Oulun kaupungin selvityksen perusteella 10 % väestöstä kerryttää 81 % sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Lasten ja nuorten ikäryhmässä kalleimman 10 %:n suurin yksittäinen ryhmä ovat lastensuojelun asiakkaat (42 % kustannuksista), työikäisten osalta mielenterveys- ja päihdeasiakkaat (30 % kustannuksista). Turun Kaste- hankkeen osaprojektin (PPPR) selvityksissä todettiin, että asiakkaat, joilla on sekä runsas terveysasemien käyttö, toimeentulotuki että mielenterveys ja/tai päihdeongelma, muodostavat 1 – 2,5 % eri terveysasema-alueiden väestöstä.

Päihde- ja mielenterveysongelmien näkyviksi saaminen riittävän varhaisessa vaiheessa edesauttaa vanhempien saamista oikeanlaisen hoidon piiriin nykyistä aikaisemmin ja samalla vähentää lasten riskiä sairastua päihderiippuvuuteen tai esim. masennukseen, vähentää laitoshoidon tarvetta ja vähentää pitkällä aikavälillä perheenjäsenten päihde- ja mielenterveysongelmiin perustuvien lastensuojeluilmoitusten ja myös huostaanottojen määrää. Tavoitteena on toimenpiteiden oikea-aikainen ja riittävän varhainen kohdistaminen. Uudessa toimintamallissa painotetaan yhteistä toimintaa eri toimijoiden kanssa.



## 57. Hyödyt ja sidosryhmät

Kehitystyön päämääränä tulee olla, että eri tahot yhdistävät asiantuntemuksensa yhteiseksi hoito- ja palvelusuunnitelmaksi niin, että toimet perustuvat asiakkaan ja hänen perheensä todelliseen tarpeeseen, ja että toimet yhdessä muodostavat mahdollisimman oikea-aikaisen ja kustannustehokkaan avun.

### Hyödyt

- Asiakkaiden palvelukokemuksen parantuminen
- Jonojen vähentyminen
- Turun mielenterveys- ja päihdeindikaattorien parantuminen kansallisessa vertailussa (hitaasti)
- Kotiin vietävien palveluiden lisääntyminen
- Tarpeettomien ja päällekkäisten käyntien vähentyminen
- Laitosvaltaisen palvelun määrän ja kustannusten vähentyminen sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa
- Ostopalvelujen parempi toiminnallinen ja taloudellinen hallinta
- Henkilöstön osalta työn mielekkyyden, työtyytyväisyyden ja työhyvinvoinnin lisääntyminen

### Konkreettisia hyötyjä hyötyjittäin

- Lastensuojeluperheiden vanhemmat ja lapset (hyvinvointi ja palvelukokemus sekä perheväkivallan riskin väheneminen)
- Perheiden lähikontaktit, sosiaalinen ympäristö (perheen hyvinvointi ja kriisitilanteiden väheneminen)
- Terveyspalvelut (kustannushyödyt, päällekkäisen työn ja jonojen väheneminen sekä henkilöstön osaamisen lisääntyminen)
- Perhe- ja sosiaalipalvelut (palvelutarpeen arvioinnin paraneminen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuuden paraneminen ja akuuttien perheen kriisitilanteesta johtuvien puuttumisten väheneminen, mielenterveys- ja päihdeperusteisten lasten sijoitusten väheneminen)
- Erilaiset päivystystoiminnot (ml. poliisi) (tapaturma-, sairastumis- ja perheväkivalta-riskien väheneminen)

Sidosryhmät: lastensuojelun avohuollon sosiaalityö, lastensuojelun perhetyö, sosiaalipäivystys, terveysasemapalvelut, psykiatria, psykososiaaliset palvelut ja A-klinikka.

## 58. Projektin tavoitteet

- Selkeän, vastuutetun palveluketjun luominen avohuollon lastensuojeluperheiden vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien arviointiin, konsultaatioihin, hoitoon ohjaukseen ja perhekohtaisen palvelu- ja hoitosuunnitelman toteuttamiseen
- Vanhempien hoitoon sitoutumisen vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakassuhteissa
- Työntekijöiden osaamisen lisääminen mielenterveys- ja päihdeasioissa
- Asiakkaiden osallisuuden lisääminen oman palvelutarpeensa asiantuntijoina (esim. asiakasraadit)

## 59. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

<p>Lastensuojeluperheeksi määritellään tässä projektissa vaiheittain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. perhe, jonka lapsesta on tehty "ilmoitus lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta"</li> <li>2. perhe, jonka lapsesta on tehty "lastensuojeluilmoitus"</li> <li>3. odottava äiti, jonka kohdalla on tehty ennakkollinen lastensuojeluilmoitus</li> <li>4. perhe jonka lapsesta tehdään parhaillaan lastensuojelutarpeen selvitystä</li> <li>5. perhe, jonka lapselle on syntynyt lastensuojelun asiakkuus em. selvityksen tuloksena.</li> </ol> <p>Projektissa keskitytään lastensuojelun avohuollon sosiaalityön lastensuojeluperheisiin.</p> <p>Projektilla on yhtymäkohtia PPPR -hankkeessa tehtyyn kehitystyöhön ja KAPSA -hankkeen työstämiin sosiaalityön ja päihdehuollon palveluprosesseihin. Yhteydet muihin hyvinvointitoimialanvastaaviin projekteihin.</p>
<p><b>6. Aikataulu ja vaiheet</b></p>
<p>Alustava aikataulusuunnitelma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01.-02.2015 Nykytilanteen kuvaus palveluiden saatavuus (viranhaltijahaastattelu/-kysely)</li> <li>• 03.-06.2015 Toimintamallin suunnittelu ja pilotointi sekä koulutus sovituissa sosiaalitoimistoissa. Kaksi työryhmää: Prosessin alkuvaihe kohdat 1-4 ja asiakkuusvaihe kohta 5</li> <li>• Syksy 2015 Lopullinen toimintamalli, organisatoriset muutostarpeet, muutoksiin liittyvä päätöksenteko</li> <li>• 1.1.2016 Käyttöönotto</li> </ul>
<p><b>7. Päätuotokset</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toimintamalli lastensuojelun avohuollon sosiaalityön perheiden mielenterveys- ja päihdeongelmien arviointiin, konsultaatioihin, hoitoonohjaukseen, yhteisen palvelusuunnitelman mukaisen hoidon toteuttamiseen.</li> <li>2. Toimintaohjeistus uudesta toimintamallista kaikille asiakasprosessin vastuutahoille</li> <li>3. Hyödynnettävyys kansallisella tasolla mahdollinen</li> </ol>
<p><b>8. Tulosten juurruttaminen</b></p>
<p>Tulosten juurruttamiseksi järjestetään koulutusta kaikille asiakasprosessin vastuutahoille ja infotilaisuuksia tarpeen mukaisille yhteistyökumppaneille.</p> <p>Toimintamallin koulutusmateriaali sisällytetään kaikkien tahojen uusien työntekijöiden perehdytysmateriaaleihin ja uudet työntekijät koulutetaan vuosittain</p> <p>Vuonna 2017 arvioidaan palveluketjun toimivuutta ja mahdollisia uusia kehittämistarpeita.</p>
<p><b>9. Organisointi ja avainhenkilöresurssit</b></p>
<p>Projektipäällikkö</p>

Projektin työryhmien edustajat edustavat asiakaspintaa.

Projektille tarvitaan lisäksi projektisihteerityövoimaa n. 6-7 tuntia/vko

Projektin ohjausryhmänä toimii sidosryhmien edustajista koottu ryhmä (työryhmätasoa ylempi hallinnon taso)

## 10. Projektin kustannukset ja rahoitus

Työ tehdään Turun kaupungin hyvinvointitoimialan virkamiestyönä.

Mahdollisesti esiin nousee tarve projektisihteerin työmäärän irrottaminen muusta työstä n. 6-7 h per viikko.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>						

## 11. Riskit

Aikataulutavoitteet eivät täyty.

Hyödyt eivät toteudu odotetulla tavalla, mm.

- asiakkuuksissa tapahtuu huomattavaa lisääntymistä johtuen yhteiskunnassa tapahtuvista muutoksista
- vanhemmat eivät sitoudu yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin
- asiakastyön aikaresurssit eivät mahdollista riittävästi monitoimijamallia

### Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** Mielensterveys- ja päihdetyön perus- ja erityistason yhteensovittaminen, moniammatillisten tiimien perustaminen suurien terveysasemien yhteyteen

Päivämäärä:	22.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Terveyspalvelut
Omistaja:	Palvelualueen johtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Ylilääkäri Jyrki Heikkilä
Yhteyshenkilö:	Ylilääkäri Päivi-Leena Honkinen

**60. Tausta**

Päihde- ja mielensterveysongelmat ovat työikäisellä väestöllä suurin työkyvyttömyyttä ja ennenaikaisia kuolemia aiheuttava sairausryhmä. Nämä ongelmat seurannaisvaikutuksineen aiheuttavat merkittävän osan kaikkien ikäryhmien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeesta.

Terveydenhuolto-, sosiaalihuolto- ja päihdehuoltolait korostavat kunnan mielensterveys-, sosiaali- ja päihdepalvelujen järjestämistä toimivana kokonaisuutena. Kansallisen Sotela-kilunonno 2014 korostaa mm. asiakaslähtöisiä ja laadukkaita palveluja, peruspalveluiden vahvistamista, mahdollisimman laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, palvelu- ja hoitopolkujen toimivuuden vahvistamista sekä päällekkäisyyden vähentämistä.

Mielensterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluketjuissa on todettu lukuisia ongelmakohtia. Avun saaminen jakautuu useisiin organisaatiolähtöisesti muodostuneisiin silloihin. Huomattava osa palvelutuotantoon ja sen johtamiseen tarkoitettuista resursseista kuluu erilaiseen rajapintatyöskentelyyn jokaisen osa-alueen pyrkiessä rajaamaan toimintakenttäänsä omista lähtökohdistaan. Tällöin palveluketjusta ei muodostu integroitua ja tehokasta kokonaisuutta, ja osa avun tarvitsijoista jää väliinpuotoajiksi.

Palveluketjujen toimintaa leimaavat myös muut epätarkoituksenmukaiset ja jäykät toimintatavat eri toimijoiden välillä. Palvelujen johtamisen eri tasoilla sekä terveydenhuollossa että sosiaalityössä korostuu liiaksi keskittyminen niukkojen resurssien keskinäiseen jakamiseen sekä erilaisten säännösten ja viranomastehtävien täyttämiseen. Visio hyvinvointipalveluiden yhteisestä palvelutehtävästä ja velvollisuudesta käyttää verovarot tuloksekkaasti saattaa jäädä organisaatiolähtöisten prioriteettien alle.

Kuvatut ongelmat korostuvat juuri mielensterveys- ja päihdepalveluissa, koska asiakkaat ja heidän perheensä tarvitsevat tehtyjen selvitysten mukaan erittäin usein monen toimijan palveluja yhtä aikaa.

Jotta hyvinvointia kyetään ylläpitämään ja parantamaan, on palveluiden kustannusvaikuttavuuden parannuttava huomattavasti. Tehostuminen saadaan aikaan ensisijaisesti toimintatapojen muutoksella, toissijaisesti kehittämällä organisaatiorakennetta.

Hyvinvointitoimialan vuoden 2015 organisaation uudistamissuunnitelmien yhteydessä on tunnistettu tarve tehostaa terveysasemien mielenterveys- ja päihdetyötä sovittamalla yhteen sekä terveydenhuollon että sosiaalityön perus- ja erityistason palvelut asiakaskohtaisesti mahdollisimman tehokkaaksi palveluketjuksi. Kaste-hankkeen projektissa "Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille" (PPPR) on v. 2013 alkaen Turussa mallinnettu tällaista toimintaa käyttäen mm. monialaista johtamista, moniammatillista tiimiä, palveluohjausta ja ryhmätoimintoja. Kehittämisen pohjana on ollut asiakasnäkemyksen suora käyttö kehittämisessä (palvelumuotoilu). Projektin alustavat tulokset ovat olleet hyvin positiivisia.

Kehittämisen lähtökohtana on, että perustason mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistukseen, hoitoon ja hoitoonohjaukseen perustetaan PPPR-projektissa saatujen kokemusten pohjalta suurien terveysasemien yhteyteen n. 3-4 kpl moniammatillisia mielenterveys- ja päihdetiimejä.

Tiimin ydin on sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän muodostama työpari yhdessä terveyskeskuslääkärin kanssa. Työparin välittömästi saatavilla ja konsultoitavissa tulee olla psykiatrisen erikoissairaanhoidon, alueellisen sosiaalityön, psykologin, päihdetyöntekijän ja päihdelääkärin palveluja sekä kokemusasiantuntijoita. Toiminnan johtamisjärjestelmä suunnitellaan erikseen palvelemaan asiakaslähtöistä toimintakokonaisuutta.

#### 61. Asiaan liittyvät päätökset

Hyvinvointitoimialan uudistaminen – muutosprojektin asettaminen (toimialajohtaja 2.7.2014 §27): Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen (Jyrki Heikkilä).

#### 62. Perustelu ja strategiakytkös

Ks. kohta 1.

Terveyspalvelut –palvelualueen SPS -painopisteenä on "Vaikuttavien ja tehokkaiden hoito- ja palveluketjujen kehittäminen", missä yhtenä keinona on "Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito- ja palveluprosessien hoito- ja palveluprosessien uudistaminen" (Kv 25.8.2014 § 123).

#### 63. Hyödyt ja sidosryhmät

Kehitystyön päämääränä tulee olla, että eri tahot yhdistävät asiantuntemuksensa yhteiseksi hoito- ja palvelusuunnitelmaksi niin, että toimet perustuvat asiakkaan ja hänen perheensä todelliseen tarpeeseen, ja että toimet yhdessä muodostavat mahdollisimman oikea-aikaisen ja kustannustehokkaan avun.

Asiakkaiden palvelukokemuksen parantuminen:

- Jonojen vähentyminen
- Turun mielenterveys- ja päihdeindikaattorien parantuminen kansallisessa vertailussa (hitaasti)
- Kotiin vietävien palveluiden lisääntyminen

- Tarpeettomien ja päällekkäisten käyntien vähentyminen
- Laitosvaltaisen palvelun määrän ja kustannusten vähentyminen sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa
- Ostopalvelujen parempi toiminnallinen ja taloudellinen hallinta
- Henkilöstön osalta työn mielekkyyden, työtyytyväisyyden ja työhyvinvoinnin lisääntyminen

Sidosryhminä ovat terveysasemat, mielenterveys- ja päihdepalvelut, avohuollon sosiaalityö, psykososiaaliset palvelut, A-klinikka.

#### 64. Projektin tavoite

Ks. kohta 4.

#### 65. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus

- Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävät ja ongelmia ehkäisevät palvelut kaikilla toimialoilla
- Kaupungin hyvinvointistrategia
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelurakenteen muutos ja keskitetyn päivystyksen aloittaminen yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa
- Sote-uudistus

#### 66. Aikataulu ja vaiheet

- 01.2015 Työryhmän perustaminen
- 01.-03.2015 työryhmätyöskentely: Tarkennettu uusi toimintamalli sisältäen sekä toimintatapojen muutoksen että rakenteellisen uudistuksen
- 04.2015 Tarvittavat hallinnolliset päätökset
- 05.-09.2015 xxxx?
- 10.2015 Uusi toiminta PPPR -projektin päättyessä

#### 67. Päätuotokset

Ks. kohdat 1 ja 7.

#### 68. Tulosten juurruttaminen

Ks. kohta 7.

Lisäksi erillinen kehittämisprojekti mielenterveys- ja päihdetyön poikkihallinnollisesta johtamisesta ja ohjaamisesta.

69. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektipäällikkö, asiantuntijasihteeri ja projektiryhmä oto.

70. Projektin kustannukset ja rahoitus

- Ei merkittäviä lisäkustannuksia.

-

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						
<i>Säästöt</i>						
<b><i>Tulot yhteensä (+)</i></b>						
<b><i>Kassavirta yhteensä</i></b>						

71. Riskit

- Sosiaalityöntekijän resursin saaminen terveysasematiimiin
- Muutoksen valmistelun riittämätön aika ja resursointi.
- Muutosvastarinta eri henkilöstö-, hallinto- ja päättäjätasoilla.
- Toimivalta- ja tietosuojasäädökset tai niiden tulkinta vähentävät palvelupolkujen toimivuutta.
- Muutoksen jääminen hallinnolliseksi ja toimintatapojen hyvin hidas muuttuminen.
- Kattamatta jääneiden palvelutarpeiden realisoituminen (hyöty hyvinvoinnille, riski välittömille menoille)

Päiväys ja hyväksyjä

<päivämääräkenttä>

<vapaata tekstiä>

Hyväksyjä

<vapaata tekstiä>

Projektitoimisto

**Projektin nimi:** MP-palvelut: Asiakaskohtaisen tiedonkulun parantaminen eri hyvinvointipalvelujen välillä

Päivämäärä:	14.1.2015
Toimiala/yksikkö:	Hyvinvointitoimiala / Terveyspalvelut
Omistaja:	Palvelualueen johtaja Katariina Korkeila
Projektipäällikkö:	Ylilääkäri Jyrki Heikkilä
Yhteyshenkilö:	Ylilääkäri Jyrki Heikkilä

## 72. Tausta

Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat työikäisellä väestöllä suurin työkyvyttömyyttä ja ennenaikaisia kuolemia aiheuttava sairausryhmä. Nämä ongelmat seurannaisvaikutuksineen aiheuttavat merkittävän osan kaikkien ikäryhmien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeesta.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden (jatkossa mp -asiakkaat) palveluketjuissa on todettu lukuisia ongelmakohtia. Avun saaminen jakautuu useisiin organisaatiolähtöisesti muodostuneisiin silloihin. Huomattava osa palvelutuotantoon ja sen johtamiseen tarkoitetuista resursseista kuluu erilaiseen rajapintatyöskentelyyn jokaisen osa-alueen pyrkiessä rajaamaan toimintakenttäänsä omista lähtökohdistaan. Tällöin palveluketjusta ei muodostu integroitua ja tehokasta kokonaisuutta, ja osa avun tarvitsijoista jää väliinputoajiksi.

Kuvatut ongelmat korostuvat juuri mielenterveys- ja päihdepalveluissa, koska asiakkaat ja heidän perheensä tarvitsevat tehtyjen selvitysten mukaan erittäin usein monen toimijan palveluja yhtä aikaa.

Hyvinvointitoimialan vuoden 2015 organisaation uudistamisen yhteydessä on todettu, että hoitoketjujen ongelmat johtuvat usein eri toimijoiden välisten yhteisten toimintaperiaatteiden puutteesta tai tiedonkulun ongelmista.

Sosiaali- ja terveyspalvelut käyttävät eri tietojärjestelmiä (Effica ja Pegasos), joiden välistä tiedonkulkua säätelevät useat lait ja tietosuojasäännökset. Säädökset ovat tältä osin muuttumassa tiedonkulkua mahdollistavaan suuntaan. Jo nyt on kehitetty teknisiä ratkaisuja tiedonkulun edistämiseksi asiakkaan luvalla. Näitä ovat mm. Tampereella kehitetty päihdeongelmien yhteinen kirjausalue, Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote) kehitetyt prosessinhallintatyökalut ja Solutos Oy:n kehittämä perhekohtainen ohjausjärjestelmä. Pääkaupunkiseudun Apotti-hankkeessa kehitetään sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaan yhteinen tietojärjestelmä.



<p>Osa tiedonkulun ongelmista ei liity säädöksiin tai tietojärjestelmiin, vaan toimijoiden toimintatapoihin. Kyselyjen perusteella asiakkaat itse usein toivovat nykykäytäntöjä laajempaa tietojen siirtymistä saadakseen parempaa hoitoa ja palvelua.</p>
<p><b>73. Asiaan liittyvät päätökset</b></p>
<p><b>74. Perustelu ja strategiakytkös</b></p>
<p>Hyvinvointitoimialan uudistaminen – muutosprojektin asettaminen (toimialajohtaja 2.7.2014§27): Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen (Jyrki Heikkilä).</p> <p>Tiedonkulun parantaminen on keskeinen tekijä palveluprosessien tehostamisessa.</p>
<p><b>75. Hyödyt ja sidosryhmät</b></p>
<p>Muutos mahdollistaa merkittävästi sosiaali- ja terveystalouden integroimista yhteiseksi palvelukokonaisuudeksi.</p> <p>Sidosryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvinvointialan kaikki mielenterveys- ja päihdetyötä tekevät yksiköt terveystalouksissa, perhe- ja sosiaalipalveluissa sekä vanhus- ja vammaispalveluissa (erityisesti: terveysasemat, mielenterveys- ja päihdepalvelut, avohuollon sosiaalityö, psykososiaaliset palvelut, vanhusten avopalvelut).</li> <li>- A-klinikka</li> <li>- Hyvinvointitoimialan suunnittelu, tietopalvelu ja tekniikka</li> </ul>
<p><b>76. Projektin tavoite</b></p>
<p>Haetaan teknisiä ratkaisuja ja toimintatapojen muutosta tiedonkulun ja yhteydenpidon tehostamiseksi, tavoitteena suunniteltu ja tehokas asiakkaan palveluketju, jossa päällekkäistä toimintaa on nykyisestä selvästi vähennetty.</p>
<p><b>77. Riippuvuudet, rajaukset ja laajuus</b></p>
<p>Sote-uudistus Tietosuojalainsäädännön kehittyminen Teknisten ratkaisujen kehittyminen Mielenterveys- ja päihdetyön poikkihallinnollinen johtaminen</p>
<p><b>78. Aikataulu ja vaiheet</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01.2015 Työryhmän perustaminen</li> <li>- 01-08.2015 Työryhmätyöskentely, selvitykset nykyisestä tiedonkulun ja yhteydenpidon ongelmista ja niiden syistä, tutustuminen olemassa oleviin teknisiin ratkaisuihin, STM -konsultaatiot</li> <li>- 09.2025 Esitys tiedonkulun ja yhteydenpidon tehostamisen teknisistä ja toimintatapoihin liittyvistä muutoksista</li> </ul>

- v. 2016 Muutosten ja ratkaisujen käyttöönotto

## 79. Päätuotokset

- Perehdytään sellaisiin toimintatapoihin ja teknisiin ratkaisuihin, jotka mahdollistavat paremman tiedonkulun hoitoketjujen sisällä, ja laaditaan suunnitelma niiden käyttöönotosta.
- Selvitetään mahdollisuudet yhteydenpidon helpottamiseksi asiakkaiden ja ammattilaisten välillä sähköisen asiainnin laajentamisen kautta.

## 80. Tulosten juurruttaminen

## 81. Organisointi ja avainhenkilöresurssit

Projektipäällikkö, työryhmä ja asiantuntijasihteeri oto.

Työryhmäehdotus:

Jyrki Heikkilä, pj (ylilääkäri, Mielenterveys- ja päihdepalvelut)

Heidi Annunen, siht. (Pegasos-pääkäyttävä, Hyto tutkimus ja kehittäminen)

Antti Saarinen (erityisasiantuntija, Hyto tutkimus ja kehittäminen)

Suvi Vainiomäki (erikoislääkäri, Terveysasemapalvelut)

Pasi Lehti (johtava sosiaalityöntekijä, asumis- ja päihdepalvelut)

Leena Rinne (palvelupäällikkö, Kotihoito)

edustaja, avohuollon sosiaalityö

edustaja, Kapsa-hanke

edustaja, psykososiaaliset palvelut

## 82. Projektin kustannukset ja rahoitus

Tiedonkulun parantaminen tehostaa hoitoketjua ja säästää työaikaa.

Toimintatapojen muutos ei aiheuta lisäkustannuksia.

Vähäisiä kustannuksia aiheutuu mahdollisista tutustumismatkoista perehtymään olemassa oleviin ratkaisuihin Suomessa.

Mikäli päädytään hankkimaan erillinen tekninen järjestelmä, aiheutuu siitä hankinta- ja käyttöönottokuluja. Hankinta tulee tehdä vain siinä tapauksessa, että toiminnan tehostuminen ja siitä aiheutuva kustannussäästö tulisi olemaan hankintakuluja selvästi suurempi.

	2014	2015	2016	2017	2018	Loput yht.
<i>Projektirahoitettu henkilöstö</i>						
<i>Vakinainen henkilöstö</i>						
<i>Ulkoiset palvelut</i>						
<i>Investoinnit</i>						
<i>Ylläpitokulut</i>						
<b><i>Kulut yhteensä (-)</i></b>						
<i>Ulkopuolinen rahoitus</i>						

Säästöt						
<b>Tulot yhteensä (+)</b>						
<b>Kassavirta yhteensä</b>	-450 000	-250 000	300 000	400 000	400 000	
<b>83. Riskit</b>						
<p>Valtakunnallinen lainsäädännön kehitys ja teknisten ratkaisujen tarjonta on hidasta, ja vähentää mahdollisuuksia muutokseen jo v. 2016 aikana.</p> <p>Toimintatapojen hidas muuttuminen.</p> <p>Tietosuojasäädösten tulkinnan eroavuudet eri yksiköissä.</p>						
Päiväys ja hyväksyjä						
<p>&lt;päivämääräkenttä&gt;</p> <p>&lt;vapaata tekstiä&gt;</p> <p>Hyväksyjä</p> <p style="text-align: right;">&lt;vapaata tekstiä&gt;</p> <p style="text-align: right;">Projektitoimisto</p>						