

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän
julkaisu 7/2008

Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan malli

Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe -hanke
1.4.2006–31.1.2008
Loppuraportti

Koonnut Antti Turunen

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Projektiyksikkö
Joensuu 2008

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

ISBN: 978-952-9793-49-5 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-50-1 (pdf)
ISSN: 1796-2714

Sähköinen julkaisu
http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html

Joensuu 2008

Tekijät Koonnut Antti Turunen		
Julkaisun nimi Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan malli: Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe -hanke 1.4.2006–31.1.2008: Loppuraportti		
ISSN: 1796–2714	ISBN: 978-952-9793-49-5 (nid.) ISBN: 978-952-9793-50-1 (pdf)	Kokonaissivumäärä: 40
Toimintayksikkö: Projektiyksikkö		
Tiivistelmä: <p>Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe –hanke on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kehittämishanke, joka on saanut rahoitusta sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen terveydenhuoltohankkeen kautta. Hanke toteutettiin ajalla 1.4.2006–31.1.2008 ja sen kokonaiskustannusarvio oli 340 000 euroa. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi hankkeelle valtionavustusta 170 000 euroa, enintään kuitenkin 50 % hankkeen toteutuneista, valtionavustukseen oikeuttavista kokonaiskustannuksista. Hanke on suoraa jatkoa vuosina 2003–2004 toteutetulle hankkeen I vaiheelle. Hankkeiden kautta maakuntaan on kehitetty kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyönä alueellisia toimintamalleja useille terveydenhuollon osa-alueille.</p> <p>Kaikki hankkeelle asetetut tavoitteet saavutettiin. Hankkeen tuloksena on selvitetty mahdollisuudet tuottaa maakunnan päivystyspalvelut yhden organisaation kautta, tehty perusteellinen selvitys Pohjois-Karjalan sairaankuljetuksen tilanteesta ja kehittämistarpeista, laadittu kuntayhtymän alueen kattava apuvälinepalveluiden alueellinen palvelusuunnitelma ja saatavuusperustesusitus, laadittu alueellisen lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen järjestämissuunnitelma, tehty konkreettinen suunnitelma automaattiseen lääkkeenjakeeluun siirtymisestä terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa, kehitetty hankintayhteistyötä, luotu toimintamalli sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuksen suunnittelulle, toteutukselle ja seurannalle sekä kartoitettu erikoissairaanhoitovaiheen jälkeisten hoitojärjestelyjen tilanne ja kehittämisedellytykset. Lisäksi on tehty ulkoinen arviointi tämän tyyppisen kuntayhteistyön toimivuudesta yleensä ja hankkeen onnistumisesta sekä hahmoteltu suuntaviivoja ja luotu pohjamateriaalia seuraavan valtuustokauden terveydenhuollon alueelliselle järjestämssuunnitelmalle.</p> <p>Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että toimintokohtainen, kuntien vapaaehtoisuuteen perustuva yhteistyömalli on melko helposti hyväksyttävissä kunnissa. Sen hyväksyttävyys – ja samalla ongelma – on siinä, että malli sallii kuntakohtaisen osaoptimoinnin, mutta ei mahdollista alueellista kokonaisoptimointia. Tämän takia mallilta ei voida odottaa vastaavia taloudellisia tuloksia kuin esimerkiksi terveystyöryhmiä tai toiminnalta tai kuntien yhdistämiseltä.</p> <p>Hankkeen tuloksena on kiteytynyt selkeä tarve jatkaa aktiivisesti koko aluetta koskevaa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelutyötä. Hankkeen kanssa samaan ajankohtaan ajoittunut kunta- ja palvelurakennemuutos vaikutti siten, että kuntakentän huomion fokus kiinnitettiin kuntarakenteeseen, ei palveluiden järjestämiseen. Jatkossa tulee pyrkiä hakemaan uusia kokonaisratkaisuja esimerkiksi kuntien välisenä yhteistyönä toteutettavan hankkeen kautta. Siinä tulee hyödyntää tämän hankkeen ja PARAS –hankkeen yhteydessä tehtyä työtä ja linjauksia siten, että syntyvä ratkaisu olisi luonteva jatko jo tehdyille yhteistyölle, mutta kuitenkin niin, että kaikki ratkaisumallit voitaisiin pitää avoimina.</p> <p>Hankkeen tuloksena syntyneistä kehittämisohjelmista on keskusteltu hankkeen ohjausryhmässä, mutta ehdotukset eivät sellaisenaan ole kuntien käsittelemiä tai kuntien ja PKSSK:n kannanottoja.</p>		
Avainsanat: terveydenhuolto, alueellinen yhteistyö, hoidon porrastus		
Julkaisija Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU	Tilausosoite Pohjois-Karjalan keskussairaala Tieteellinen kirjasto Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU Puh. 013 171 2045, Faksi. 013 171 2595 S-posti. kirjastopalvelut@pkssk.fi	

SISÄLLYSLUETTELO

1	HANKKEEN KUVAUS.....	5
1.1	Projektin tausta, tarve ja kohderyhmä.....	5
1.2	Päämäärä ja tavoitteet sekä niiden mittaaminen.....	6
2	HANKKEEN ORGANISAATIO	7
3	LÄHTÖKOHDAT JA TULOKSET	9
3.1	Ensiavun ja päivystystoiminnan alueellinen malli.....	9
3.1.1	Mahdollisuudet päivystystoimintojen yhdistämiseen.....	9
3.1.2	Mahdollisuudet sairaankuljetuksen integroimiseen.....	11
3.2	Apuvälinepalvelujen alueellisen toimintamallin syventäminen	14
3.3	Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen järjestämissuunnitelma.....	17
3.4	Alueellisen lääkehuollon kehittäminen	19
3.5	Alueellisen hankintayhteistyön kehittäminen.....	21
3.6	Täydennyskoulutuksen alueellinen toimintamalli	22
3.7	Erikoissairaanhoidon jälkeiset hoitojärjestelyt	25
3.8	Alueellisen strategian arviointi.....	29
3.9	Selvitys terveydenhuollon järjestämisen malleista Pohjois-Karjalassa.....	32
4	JATKOTOIMENPITEET	35
5	TIEDOTTAMINEN.....	37
6	YHTEENVETO TALOUDESTA	38
	LÄHDELUETTELO.....	39
	TAULUKKOLUETTELO	40

1 HANKKEEN KUVAUS

1.1 Projektin tausta, tarve ja kohderyhmä

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyi kokouksessaan 3.12.2001 sairaanhoitopiirin alueellisen toimintastrategian (ks. Terveysthuollon Pohjois-Karjalan malli, Osa I). Kuntien edustajat pitivät mallin toteuttamista vaalikauden keskeisenä tavoitteena. Strategian toimeenpano käynnistyi vuoden 2002 alusta ja sen eri osaluilla edistettiin suunnitelmien mukaisesti. Valtuuston asettamat tavoitteet oli vuoden 2004 lopussa saavutettu tai ainakin tehty sitovat päätökset toteuttamisaikataulusta.

Työn aikana ja onnistuneen yhteistyön positiivisten kokemusten kautta nousi esille uusia kehittämisalueita, joissa kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistoiminta Pohjois-Karjalassa voitaisiin käynnistää tai ainakin selvittää sen mahdollisuudet perusteellisesti. Myös aikaisemmin käynnistyneiden yhteistyöalueiden sisällä on ilmennyt uusia tarpeita ja mahdollisuuksia, jotka kaipasivat työstämistä.

Hoidon saatavuuden turvaamiseen tähtäävät lainmuutokset astuivat voimaan 1.3.2005. Samalla tuli voimaan myös uusi valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004). Asetuksen 7 §:ssä määrätään, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma ja että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa suunnitelman laatimisesta valtuustokausittain.

Suunnitelmassa tulee sopia ainakin alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Lisäksi sosiaalihuollon palvelut tulee tarvittaessa sovittaa terveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen yhteistyössä kuntien sosiaalitoimen kanssa.

Sairaanhoitopiirin ja kuntien tulee erityisesti arvioida alueen laboratoriopalvelujen, kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä päivystys- ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus. Asetuksen mukaan terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmassa tulee sopia alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa alueellisen tietohallinnon järjestämisestä ja suunnitelmassa tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon yksityisten palveluntuottajien ja sosiaalihuollon tietohallinnon yhteistyötarpeet.

Projektin kohderyhmiä ovat Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän jäsenkunnat, terveyskeskukset ja liikelaitokset sekä yksittäiset potilaat.

1.2 Päämäärä ja tavoitteet sekä niiden mittaaminen

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueellinen strategia ja sen jatkoksi laadittu terveydenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma ovat tavoitteiltaan ja toteutukseltaan hyvin yhteneväisiä STM:n Kansallisen terveydenhuoltohankkeen johtopäätösten ja Valtioneuvoston huhtikuussa 2002 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi antaman periaatepäätöksen kanssa.

Terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämissuunnitelman toimeenpanossa on solmukohtia, jotka vaativat lisäpanostusta, jotta prosessia saataisiin eteenpäin ja kokonaisuus säilyisi alkuperäisten tavoitteiden ja suunnitelmien mukaisena. Projekti tähtää näiden solmukohtien ratkaisemiseen.

Tulosten mittaaminen tämäntyyppisessä kehittämistyössä on erityisen hankalaa, koska sekoittavia tekijöitä on paljon. Projektin aikana syntyneet tulokset saattavat suurelta osin aiheutua jostakin projektiin liittymättömästä tekijästä. Tuloksiin onkin suhtauduttava terveen kriittisesti ja niiden merkitystä on huolellisesti arvioitava terveyspoliittiselta, aluepoliittiselta ja taloudelliselta kannalta.

2 HANKKEEN ORGANISAATIO

Projektipäällikkönä on koko hankkeen ajan toiminut osa-aikaisesti vs. johtajaylilääkäri Antti Turunen. Hankkeessa ovat työskennelleet seuraavat henkilöt:

Toimiala-asiantuntija Sami Arola, 12.3.–8.7.2007
 Hankintapäällikkö Antti Hamunen, 1.1.–31.12.2007
 Sairaanhoidtaja Heli Koponen, 1.11.2006–31.12.2007
 Proviisori Tiina Koskinen, 1.11.2006–28.2.2007
 Osastonhoitaja Merja Kosonen, 11.9.2006–31.12.2007
 Sairaanhoidtaja Minna-Susanna Turunen, 1.-30.6.2007, 3.9.–23.12.2007
 Kuntoutussuunnittelija Maritta Lantto, 12.3.–31.5.2007
 Sairaanhoidtaja Eija Martikainen, 1.1.–31.3.2007
 Apulaisyylilääkäri Jarkko Nurminen, 1.6.–30.6.2007
 Projektisihteeri Kati Pakarinen, 1.7.–31.12.2007
 Kehittämispäällikkö Pirjo Kontio, 1.2.–31.3.2007

Johtava konsultti Seppo Tuomolalta on hankittu hankkeen aikana ostopalveluina kaksi konsulttiselvitystä: Alueellisen strategian arviointi ja Selvitys terveydenhuollon järjestämisen malleista Pohjois-karjalassa.

Hankkeen ohjausryhmänä on toiminut Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Terveydenhuollon alueellisen järjestämissuunnitelman seurantaryhmä, jonka kokoonpano on ollut seuraava:

Perusturvajohtaja Annikki Gröhn, Kontiolahden kunta
 Perusturvajohtaja Kaisu Iittiläinen, Tohmajärven kunta
 Johtava lääkäri Mervi Karttunen, Ilomantsin terveyskeskus
 Johtava lääkäri Jari Koponen, Juuan kunta
 Ylihoitaja Senja Kuiri, PKSSK
 Sosiaali- ja terveysjohtaja Pekka Kuosmanen, Joensuun kaupunki

Vastaava hammaslääkäri Matti Kämäräinen, Nurmeksien-Valtimon tkky
Kunnanjohtaja Markku Lappalainen, Rääkkylän kunta (30.10.2006–
22.4.2007)

Kunnanjohtaja Yrjö Eronen, Rääkkylän kunta (23.4.2007–31.1.2008)

Perusturvajohtaja Anneli Malmstedt, Heinäveden kunta

Vs. kuntayhtymän johtaja Pertti Palomäki, PKSSK

Johtava lääkäri Matti Turtiainen, Lieksan kaupunki

Kunnanjohtaja Pauli Vaittinen, Polvijärven kunta

Koordinaattori Leena Virratvuori, Pohjois-Karjalan maakuntaliitto

Sosiaali- ja terveysjohtaja Eeva-Liisa Naukkarinen, Liperin kunta ja Outo-
kummun kaupunki

Hankkeesta on tuotettu seuraavat väliraportit:

Väliraportti 1 ajalta 1.4.2006–31.12.2006

Väliraportti 2 ajalta 1.1.2007–31.7.2007

3 LÄHTÖKOHDAT JA TULOKSET

3.1 Ensiavun ja päivystystoiminnan alueellinen malli

3.1.1 Mahdollisuudet päivystystoimintojen yhdistämiseen

Vuoden 2004 alussa Joensuun ja ympäristön noin 100 000 asukkaan perusterveydenhuollon päivystys siirtyi fyysisesti keskussairaalan päivystyspoliklinikan välittömässä läheisyydessä tapahtuvaksi. Tämän myötä on noussut esiin näkemys, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystystoiminnat tulisi integroida, jolloin päivystystilanteen joskus keinotekoinen rajanveto organisaatioiden välillä poistuisi. Tämä tarkoittaisi käytännössä perusterveydenhuollon päivystystoimintaa osana sairaanhoitopiirin toimintaa. Kun Pohjois-Karjalassa perusterveydenhuollon päivystyspisteitä on yhteensä neljä (Joensuu, Ilova, Kitee, Nurmes), tulisi selvittää, voitaisiinko kaikkien pisteiden päivystystoiminta tuottaa sairaanhoitopiirin toimintana. Tällöin päivystystoiminnan resursseja voitaisiin hyödyntää joustavasti kuntarajoista riippumatta yhteisen maakunnallisen ajanvarausyksikön kautta teknologiaa hyödyntäen.

Osaraportissa Pohjois-Karjalan päivystystoiminnan nykytilaa selventää päivystyspalveluiden kuvaus niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon osalta. Hoidontarpeenarvio, päivystysajanvaraus, lääkäri- ja sairaanhoitajavastaanottojen kuntakohtaiset päivystyspalvelut sekä päivystysajan laboratorio- ja röntgenpalvelut on selvitetty raportissa. Kaikissa Pohjois-Karjalan kunnissa osa päivystystoiminnan henkilöstöstä on ostopalvelusopimuksella palkattua. Ostopalvelujen merkitys lisääntyi syksyn 2007 aikana. Tällöin uutisoitiin mm. Keski-Karjalan terveyskeskuskuntayhtymän vaikeasta lääkäritilanteesta: 12 virkaa hoiti 3 vakinaista lääkäriä. Henkilöstön ja palveluiden saatavuus vaikuttavat palveluiden kysyntään: jos vastaanottoaikoja ei ole tarjolla, kuormittuu päivystys. Vastaavasti mikäli perusterveydenhuollon päivystys on kuormitettu, on suuntana useammin erikoissairaanhoidon päivystys.

Päivystyskäyntimäärien ja niiden laskutusperusteiden selvittäminen osoittautui ennakoitua haasteellisemmaksi. Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien tilastointisovellusten väliset eroavuudet vaikeuttivat tilastotiedon vertaamista. Lisäksi eroja löytyi myös totutuissa tilastointitavoissa. Raportissa hyödynnettiin myös Stakesin keräämiä lukuja, mutta niitä ei voi tulkita suoraviivaisesti, vaan edellä mainittu tilastoinnin monimuotoisuus huomioiden. Raporttia varten kerättiin alueen avosairaanhoidon päivystyskäynnin kuntalaskutushinnat. Vuonna 2006 Pohjois-Karjalassa keskimääräinen kuntalaskutus päivystyskäynnistä lääkärillä oli 80 euroa. Yksityiskohtaisia päivystyskäyntien kuntalaskutusperusteita ei saatu kaikista kunnista. Hinnoittelun pääperiaate oli kuitenkin kaikilla sama: toimintamenoista vähennetään toimintatulot ja jaetaan käyntimäärällä. Samoin yhteisymmärrystä löytyi ajatukselle, että mikäli laskutusperusteet olisivat samat, niin se edesauttaisi kuntalaisten päivystyspalvelujen käyttöä kuntarajojen yli. Tosin osaraportin valmistumishetkellä kuntarajat ylittävää päivystyspalvelujen yhteiskäyttöä oli vain omien terveyskeskuskuntayhtymien sekä päivystysrenkaiden tai -toimialueiden sisällä.

Perusterveydenhuollon päivystyksen yhteistoimintaverkko on muuttunut Pohjois-Karjalassa vuoden 2007 aikana. Osaraportin kirjoittamishetken jälkeen Ilomantsin kunta on siirtänyt arkiöiden päivystyksen keskussairaalan. Lieksa suunnittelee yhteistoimintaa Nurmeksien ja Valtimon kanssa. Terveysterveyskeskusten Pohjois-Karjalan malli – loppuraportissa vuonna 2005 esitetty neljän ympärivuorokautisen päivystyspisteen malli on toteutunut loppuvuonna 2007 Pohjois-Karjalassa. Suunta on nyt kohti kolmen ympärivuorokautisen päivystystoimipisteen mallia.

Nykyisessä terveysterveyskeskusten mallissa päivystyspalveluja tuotetaan monen eri tuottajan toimesta erilaisia kustannusten laskutustapoja käyttäen. Päivystysjärjestelyiden osalta toimintakustannukset jakautuvat joko kuntien väestömäärän tai palvelujen käyttömäärän perusteella. Terveysterveyskeskusten Pohjois-Karjalan mallin II vaihe – projektisuunnitelmassa esitetty ajatus kolmannen osapuolen, esimerkiksi sairaanhoidopiiriin, järjestämästä terveysterveyskeskuspäivystystoiminnasta on käytännössä nykyisessä rakenteessa mahdotonta, vaan se edellyttää terveysterveyskeskusta tai muuta yhden toimijan kattavaa kokonaisterveysterveyspalveluratkaisua.

Lähde: Martikainen, E. 2007. *Selvitys perusterveydenhuollon päivystystoiminnasta Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella.*

3.1.2 Mahdollisuudet sairaankuljetuksen integroimiseen

Erikoissairaanhoitolain 10 § mukaan sairaanhoitopiirin tulee alueellaan huolehtia tehtävä-alaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. Sairaanhoitopiiri onkin ohjeistanut hoitotason sairaankuljetusta, kouluttanut sairaankuljetushenkilöstöä ja kantanut vastuuta ensihoidon tasosta.

Sairaankuljetus on järjestetty kunta- tai terveyskeskuskohtaisesti erilaisilla toimintamalleilla. Tuottajatahona useimmissa kunnissa on alueellinen pelastuslaitos. Heinävedellä, Kiteellä, Pyhäselässä, Tohmajärvellä ja Valtimolla sairaankuljetuksesta huolehtii yksityinen yrittäjä ja Polvijärvellä ja Rääkkylässä Suomen Punainen Risti.

Kun pelastustoimen uudelleenjärjestelyjen takia sairaankuljetuspalvelujen tuottaja useimmissa kunnissa on sama eli aluepelastuslaitos, olisi tärkeää kehittää myös toiminnasta vastaavan tahon yhteistyötä. Vastuu sairaankuljetuksen järjestämisestä on kansanterveyslain mukaan kunnilla. Pienissä kunnissa asiantuntemusta on yleensä niukasti ja resursseja ei ole todellisuudessa käytettävissä. Sairaanhoitopiirillä taas on omasta lainsäädännöstään johtuen koulutus- ja kehittämisvelvoite.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen sairaalan ulkopuolisen ensihoidon kehittämiseksi esitetään kuntien harkittavaksi seuraavia toimenpiteitä:

1. Alueen ensihoitojärjestelmä on liian pirstaleinen. Kokonaisvastuu ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä tulisi olla järjestelmällä, joka vastaa koko alueen sairaanhoidosta. Ainoa luonnollinen järjestäjä on sairaanhoitopiiri. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käytännön järjestämisvastuu siirretään kunnilta sairaanhoitopiirille.

2. Sairaanhoidopiirin panostusta ensihoidon vastuulääkäripalveluiden tuottamisessa tulisi lisätä. Sairaanhoidopiirissä tulee jatkossa olla kokopäivätoiminen ensihoidon vastuulääkäri. Terveyskeskusten vastuulääkärijärjestelmä tulee ylläpitää.
3. Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen liittyvää yhteistyötä tiivistetään sairaanhoidopiirin, terveyskeskuksen, Pohjois-Karjalan hätäkeskuksen ja sairaankuljetuksen palveluntuottajien kesken.
4. Päämääränä on, että kaikilla kiireellisiä sairaankuljetustehtäviä hoitavilla yksiköillä on ympärivuorokautinen välitön lähtövalmius. Taloudelliset ja toiminnalliset edellytykset välittömään lähtövalmiuteen on kuntakohtaisesti yhteen sovitettava.
5. Sairaankuljetuksen palvelutuotanto pidetään ennallaan lukuun ottamatta mahdollisia normaalin kilpailutustoiminnan seurauksena tehtäviä muutoksia.
6. Lääkäri- ja pelastushelikopteri Ilmarin toiminnan kohdalla odotellaan valtakunnallisia linjauksia. Käytännön toiminnassa yhteistyötä sairaanhoidopiirin ensihoidon vastuulääkäriin ja Ilmarin välillä tiivistetään niin, että tiedonkulku on mahdollisimman oikea-aikaista ja sujuvaa. Lääkäri- ja pelastushelikopterin hälytysohjeita tarkennetaan niin, että toiminnan kustannushyötysuhde voidaan optimoida.
7. Pidetään yllä hyvää ja toimivaa ensivastejärjestelmää samalla huolehtien säännöllisestä ensivastehenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Ensivastetoiminta on osa ensihoitojärjestelmää ja sen vuoksi sen pitää sisältyä sairaanhoidopiirin johtamaan sairaankuljetusjärjestelmään.

8. Perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen perus- ja täydennyskoulutuksen valtakunnallinen virallinen koulutuksen kokonaisvaltainen yhtenäistäminen on tehtävä. Sairaankuljetuksen ammatillisen testauksen järjestelmä tehdään yhteistyössä ERVA-alueen kanssa. Testaus ja jatkokoulutus siirretään sairaanhoitopiiriin järjestettäväksi.
9. Kiireettömiin hoitolaitossiirtoihin liittyvään problematiikkaan on pyrittävä hakemaan aktiivisesti ratkaisua. Asiasta pitää laatia tarvittavat sopimukset niin, ettei kiireettömien hoitolaitossiirtojen vuoksi tarpeettomasti vaaranneta kiireellisen sairaankuljetuksen valmiutta ja samalla taataan tarvittavat resurssit siirtokuljetuksia varten. Kaikki alueen sairaankuljetuspyynnöt on tehtävä Pohjois-Karjalan hätäkeskukseen, joka ohjaa sairaankuljetusresurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.
10. Sairaanhoitopiiri ottaa käyttöönsä ERVA-alueen yhteisen ensihoidon sähköisen potilaskertomusjärjestelmän.

Lähde: Arola, S. 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella.

3.2 Apuvälinepalvelujen alueellisen toimintamallin syventäminen

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluiden järjestämistä selvitettiin v. 2002–2004. Selvitystyön perusteella päädyttiin toimintamalliin, jossa apuvälinepalvelut järjestetään pääosin ns. alueellisen toiminta-mallin mukaisesti siten, että erikoissairaanhoidon Apuvälinepalvelut – yksikkö vastaa em. apuvälinepalveluiden suunnittelusta, koordinoinnista ja seurannasta. Kuntien sosiaalitoimen vastuulla ovat edelleen vammaisten ihmisten asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden, sekä muiden kuin lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden hankinnasta aiheutuvien kustannusten korvaaminen.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen kirjallinen ja myös sähköisessä muodossa oleva ja ylläpidettävä apuvälinepalveluiden alueellinen suunnitelma päivitetään ja laaditaan hankkeen aikana. Se liittyy oleellisenä jatkona sairaanhoitopiirin alueella toteutettuun alueellisen apuvälinepalveluiden yhteistyön kehittämiseen.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella terveydenhuollon apuvälinepalvelut on järjestetty 1.1.2005 alkaen pääosin ns. alueellisen toimintamallin mukaisesti. Apuvälinepalveluiden järjestäminen alueellisen mallin mukaan koskee kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) säädettyjen veloitteiden mukaisesti järjestettävien, lääkinällistä kuntoutusta koskevan asetuksen (1015/1991) määrittelemien apuvälinepalveluiden järjestämistä.

Alueellisessa apuvälinetoiminnassa terveydenhuollon apuvälinepalvelut tuotetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä sovitun työnjaon mukaisesti Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) apuvälinepalvelut –yksikössä ja terveyskeskusten fysioterapia-/kuntoutusosastoilla. Apuvälinepalvelut –yksikkö vastaa em. apuvälinepalveluiden suunnittelusta, koordinoinnista ja seurannasta. Pohjois-Karjalan keskussairaalan silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, keuhkosairauksien ja kirurgian (ns. syöpäprotetiikka) klinikat vastaavat itse edelleen omien erikoisalojensa apuvälinepalveluista.

Kuntien sosiaalitoimen vastuulla ovat edelleen vammaisten ihmisten asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden, sekä muiden kuin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden hankinnasta aiheutuvien kustannusten korvaaminen.

Apuvälinepalvelujen laatusuositus (STM oppaita 2003:7) suosittaa sairaanhoitopiirejä laatimaan yhteistyössä alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon edustajien kanssa kirjallisen alueellisen suunnitelman, jossa sovitaan mm. apuvälinepalvelujen työn- ja vastuunjaosta sekä alueella vallitsevista apuvälineisiin liittyvistä yhdenmukaisista käytännöistä.

Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe –hankkeen Apuvälinepalveluiden alueellisen toiminnan syventäminen –osa-alueessa tavoitteena oli selventää Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen apuvälinepalveluita järjestävien tahojen apuvälinepalvelun työn- ja vastuunjakoa, luoda suuntaviivat yhtäläisin perustein tehtäviin apuvälineratkaisuihin, helpottaa apuvälinepalvelua tuottavien tahojen työtä ja turvata tasalaatuiset apuvälinepalvelut niitä tarvitseville riippumatta palveluja järjestävästä ja tuottavasta organisaatiosta tai toimijatahosta. Yhteisesti sovittujen käytäntöjen tarkoituksena on myös helpottaa päivittäistä apuvälinepalvelutyötä ja päätöksentekoa palvelua tuottavissa yksiköissä.

Osa-alueen hanketyön aikana apuvälinepalveluita järjestävien tahojen yhdessä työstämisen ja hyväksymisen PKSSK:n alueen apuvälinepalveluiden alueellisen palvelusuunnitelman ja sen liitteenä olevien apuvälineiden saatavuusperustesuositusten sekä niihin kirjattujen toimintakäytäntöjen tavoitteena on taata tasapuoliset, yhtäläisin periaattein tuotetut ammattitaitoiset ja oikea-aikaiset apuvälinepalvelut niitä tarvitseville. Palvelusuunnitelman tavoitteena on myös edistää apuvälinepalvelujen suunnittelua siten, että ne toteutetaan apuvälineitä tarvitsevien yksilölliset tarpeet huomioiden sekä tarkoituksenmukaista työnjakoa, kokonaistaloudellisuutta ja toimintaa ohjaavia lakeja noudattaen.

Osa-alueen hanketyön aikana työstyetty kommunikaation ja tietokoneen käytön apuvälineiden apuvälinepalveluiden nykytilan ja kehittämistarpeiden selvittäminen toi selkeästi esille ko. palveluiden hajanaisuuden ja sisällön monitahoisuuden sekä palveluihin liittyvän kehittämistarpeen. Hanketyönä koottua ja PKSSK:n johdolle esitettyä Kommunikaation ja tietokoneen käytön apuvälinepalvelujen kehittämisesitys - selvityksen mukaista toimintaa ei ole voitu aloittaa, koska määrärahaa tarvittavaan lisäresurssiin ei ole saatu.

PKSSK:n alueella terveydenhuollon ja sosiaalitoimen apuvälinepalvelujen ajantasainen työn- ja vastuunjako sekä yhteistyön samansuuntainen kehittäminen tukee asiakkaan edellytyksiä saada yhdenvertaisia apuvälinepalveluja tasa-arvoisesti. Yhdenmukaiset käytännöt myös helpottavat apuväline-toimijoiden päivittäistä apuvälinepalvelutyötä ja omalta osaltaan takaavat kustannustehokkaamman toiminnan sekä edesauttavat seurannan ja arvioinnin hyödyntämistä. Keskustelua /työtä edellä mainittujen apuvälinepalveluiden eri osa-alueiden ja yhteistyön yhdensuuntaisesta kehittämisestä tulee jatkaa ja myös tähän toimintaan tulee varata riittävästi henkilöstö- ja määräraharesursseja.

Sitä, onnistuuko edellä mainittu, toisaalta nykyisen apuvälinepalvelun alueellisen toimintamallin ja PKSSK:n erikoisklinikoiden ja toisaalta PKSSK:n alueen terveyden- ja sosiaalitoimen apuvälinepalvelun kehittämis- ja yhteistyö nykyisellä hallinto- ja/tai vastuunjakomallilla, tulee seurata ja tarvittaessa selvittää jonkinasteisen yhtenäisen hallinnoinnin edellytykset ja mahdollisuudet.

Apuvälinepalvelujen alueellisessa palvelusuunnitelmassa sovitun mukaisesti apuvälinepalvelujen käytäntöjen peruslinjaukset kirjataan jatkossa PKSSK:n valtuustokausittain vahvistettavaan terveydenhuollon palvelujen alueelliseen järjestämissuunnitelmaan, jonka sairaanhoitopiiri laati yhdessä jäsenkuntiansa kanssa. Peruslinjauksia ja muuttuneita tietoja päivitetään lisäksi tarvittaessa valtuustokauden aikana.

Lähde: Kosonen, M. 2008. Apuvälinepalvelujen alueellisen toimintamallin syventäminen. Loppuraportti.

3.3 Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen järjestämissuunnitelma

Kunnallisen terveydenhuollon lääkinällinen kuntoutus on osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Lääkinällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja tukemaan kuntoutujan elämäntilanteen hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Lääkinällisen kuntoutuksen toimenpiteet pohjautuvat kuntoutussuunnitelmaan, joka tulee laatia yhdessä kuntoutujan ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa. Sairaalat ja terveyskeskukset järjestävät sairaanhoitoon liittyvää lääkinällistä kuntoutusta siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi.

Lääkinällisestä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa (1015/1991) määritellään terveydenhuollon vastuulla olevaksi:

- *kuntoutuspalveluja koskeva neuvonta ja ohjaus*
- *kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävät tutkimukset ja niihin liittyvät työ- ja toimintakyvyn arvioinnit ja työkokeilut*
- *fysio-, toiminta-, puhe- ja psykoterapia ym. toimintakykyä ylläpitävät ja parantavat toimenpiteet ja terapiat*
- *apuvälinepalvelut (apuvälineiden tarpeen määrittely, apuvälineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus, seuranta ja välineiden huolto)*
- *sopeutumisvalmennus*
- *laitos- ja avohoidon kuntoutusjaksot*
- *kuntoutusohjaus*

Lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen vaatii terveydenhuollon yhteistyötä mm. sosiaalitoimiston, työvoimatoimiston, koulujen, Kansaneläkelaitoksen ja vakuutusyhtiöiden kanssa. Kunnissa yhteistyötä koordinoi kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöryhmä. Alueellisen lääkinällisen kuntoutuksen palvelujen järjestämissuunnitelman tavoitteena on turvata kuntoutuspalveluiden alueellinen ja paikallinen saatavuus ja samalla kuntalaisten alueellinen tasa-arvo lääkinällisen kuntoutuksen palveluiden suhteen. Tavoitteena on myös etsiä yhdessä kuntayhtymän kuntien kanssa kustannustehokkaita palvelujen toteuttamismalleja.

Osa-alueen kehittämistavoitteena oli luoda yhteistyömalli lääkinällisen kuntoutuksen alueellisten käytäntöjen sopimiseksi merkittäville kuntoutujaryhmille sekä luoda pohjaa kuntoutuksen alueelliselle yhteistyölle. Tulostavoitteena oli kartoittaa terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen tämänhetkistä tilannetta Pohjois-Karjalan

sairaanhoido- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella sekä käynnistää alueellinen yhteistyö, joka jatkuu projektin jälkeen.

Tavoitteet toteutuivat pääosin. Osa-alueen työ käynnistyi loka-marraskuussa 2006 lähtökohtien ja taustan työstämisellä sekä asiantuntijoiden kuulemisella. Lokakuussa 2006 toteutettiin lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja koskeva kysely PKSSK:n alueen terveyskeskusten johtaville lääkäreille ja hoitajille sekä erikoissairaanhoidon ylläpitäjille. Kyselyyn vastasi 37 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustajaa.

Keväällä 2007 kartoitettiin alueen lääkinnällisen kuntoutuksen toimijoita ja toimintoja rajapintoja unohtamatta. Syksyllä 2007 työstettiin mallia alueellisen järjestämissuunnitelman aikaansaamiseksi; ensimmäisenä toimenpiteenä Työikäisten lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen strategian luominen.

Alueellisten käytäntöjen kehittäminen edellyttää eri toimijoiden osallistumista ja sitoutumista yhteistyöhön. Yhteistyön koordinoijaksi sitoutettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunta. Strategian luomiseen liittyvät kuntavierailut alkavat keväällä 2008.

Alueellisen mallin käytännön toteutuksessa hyödynnetään myös KunNetiä (Etelä-, Itä- ja Pohjois-Savon, Keski-Suomen sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirien ylläpitämä verkkopalvelu).

Lähde: Niemi, A. 2007. Alueellinen lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen järjestämissuunnitelma.

3.4 Alueellisen lääkehuollon kehittäminen

Automaattisen lääkkeenjake­lun käynnistäminen myös terveyskeskusten osastopoti­laille toisi kustannussäästöjä sairaanhoitohenkilökunnan työajan säästönä ja lää­kehävikin pienenemisenä. Lisäksi se turvaisi nykytilannetta paremmin Lääkelaitok­sen ohjeen 5/2001 noudattamisen.

Projektissa jatketaan ensimmäisessä vaiheessa aloitettua työtä terveyskeskusten ja keskussairaalan lääkehuollon yhdistämiseksi sekä valmistellaan automaattisen lääkkeenjake­lun käyttöönottoa keskussairaalan ja terveyskeskusten vuodeosas­toille sekä jatkossa myös kunnallisille vanhainkodeille.

Projektin toisessa osassa jatkettiin ensimmäisessä vaiheessa aloitettua työtä terve­yskeskusten ja keskussairaalan lääkehuollon yhdistämiseksi sekä valmisteltiin auto­maattisen lääkkeenjake­lun käyttöönottoa keskussairaalan ja terveyskeskusten vuo­deosastoille sekä kunnallisille vanhainkodeille.

Automaattisen lääkkeenjake­lun käynnistäminen terveyskeskusten osastopotilaille toisi kustannussäästöjä sairaanhoitohenkilökunnan työajan säästönä ja lää­kehävikin pienenemisenä. Automaattinen annosjake­lu lisää myös potilasturvallisuutta ja antaa mahdollisuuden nykytilannetta paremmin toteuttaa Lääkelaitoksen määräystä 7/2007 lääkkeiden luovuttamisesta.

AUTOMAATTISEN LÄÄKKEENJAKELUN HYÖDYT

- Hoitajan työaikaa säästyy osastollaan 30–120 minuuttia päivää kohden
- Osastoilla varastoitavien lääkkeiden määrä vähenee, varastoarvot vähenevät 45–85 %, erilaisten lääkevalmisteiden määrä vähenee 32–43 %
- Lääkehävikki pienenee
- Lääkkeenjake­lun laadunvarmistus, dokumentointi paranee
- Lääketurvallisuus paranee
- Lääkkeiden hygieniataso paranee

Projektissa osa-alueen tavoitteena oli tehdä kartoitus annosjakelun tarpeesta ja palveluun osallistumishalukkuudesta sairaala-apteekin nykyisillä asiakkailla, sekä kartoittaan tarjolla olevat ATC-laitteet ja niiden hinnat sekä käyttökustannukset.

Annosjakelun tarve ja palveluun osallistumishalukkuus kartoitettiin kyselyllä sairaala-apteekin nykyisille sairaalan ulkopuolisille asiakkaille. Vastanneiden arvion mukaan 489 potilasta sopisi palveluun. Se on noin puolet ilmoitettujen vuodepaikkojen lukumäärästä. Lisäksi erikoissairaanhoidon puolella olisi kysyntää mm. unit-dose jakelulle eli lääkkeiden uudelleen pakkaamiselle pienempiin pakkauksiin.

Markkinoilla olevat laitteet selvitettiin puhelimitse muista sairaala-apteekeista. Investointilaskelma laskettiin muiden sairaala-apteekkien kokemusten ja muutamien tutkimustulosten perusteella. Työajan ja lääkehävikin säästönä koneellinen annosjakelu säästäisi 203 euroa/osasto/viikko, jos yhden laitteen koko kapasiteetti olisi käytössä eli jakelun piirissä olisi noin 900 potilasta. Isolla potilasmäärällä apteekin kustannukset saataisiin pieniksi ja kokonaiskustannus säästöksi voisi vuositasolla saada jopa 177 000 euroa.

Jakelulaitteita on tällä hetkellä kahta eri merkkiä. Vanhemmat Suomessa olevat laitteet ovat Baxterin ATC212 laitteita. Toinen markkinoilla oleva laite on Toshon toimitama Topra series Leader 4001, johon voi ladata 100–500 eri lääkettä. Laitteiden hinnat ovat viimeaikaisissa tarjouskilpailuissa olleet 130 000–50 000 euron välillä. Tämän lisäksi laitteisiin pitää ostaa tietojärjestelmät ja kalibroida kasetit, jolloin kokonaisuudeksi muodostuu noin 200 000 euroa.

Lähde: Koskinen, T. 2007. Alueellisen lääkehuollon kehittäminen. Loppuraportti.

3.5 Alueellisen hankintayhteistyön kehittäminen

Hankintayhteistyön käynnistäminen sairaanhoitotarvikkeiden osalta on toiminnan tehostamisen ja nopeutumisen kannalta tärkeää. Usean toimijan ympäristössä ongelmaksi on muodostunut suuri merkkikirjavuus, mikä vaikeuttaa mm. huoltoa. Potilaiden tarpeet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja jonkinlaista liikkumavaraa on oltava.

Tietotekniikan ja logististen järjestelmien kehittyminen on johtanut tilanteeseen, jossa on syytä tarkastella nykyistä hoito- ja muiden tarvikkeiden hankinta- ja toimitusjärjestelmää maakunnan kokoisena kokonaisuutena. Kysymys ei ole pelkästään toimitusten hoitamisesta, vaan myös varastoinnin ja tilausten kokonaisjärjestelyistä.

Hankkeen aikana selvitetään toimintatapa, jolla Pohjois-Karjalassa hankintatoimi voidaan toteuttaa kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteisenä toimintana. Selvitetään, minkä tarvikeryhmien osalta hankintayhteistyö voidaan käynnistää heti ja minkä ryhmien osalta tarvitaan palvelun tuottajien ja potilaiden yhteinen näkemys ja käydään nämä neuvottelut. Lopputuloksena pyritään tuottamaan aikataulutettu suunnitelma hankintayhteistyöstä.

Joensuun seudun kunnat ovat harjoittaneet hankintayhteistyötä 1990-luvulta saakka ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on ollut mukana yhteishankinnoissa. Tämän kaltainen yhteishankintamenettely on päättynyt vuoden 2006 lopussa ja yhteistyössä on siirrytty sopimus pohjaiseen hankintayhteistyöhön. Hankintojen kilpailuttaminen tapahtuu keskitetysti, mutta tilaustoiminta on hajautettu.

Yhteistyöhön tulee liitettäväksi myös yhteisön varastointi- ja logistiikkaratkaisut. Ensimmäisellä on ratkaisujen hakeminen alueen hoitotarvikkeiden kuljetukseen ja varastointiin, jota varten on loppuvuodesta 2007 perustettu työryhmä.

Materiaali- ja logistiikkatietojärjestelmien yhtenäistäminen kaikille hankintayhteistyöhön osallistuville tahoille on ehdoton edellytys toiminnan onnistumiselle. Järjestelmähankinnat toteutetaan alueellisen tietotekniikkayhtiön kautta. Selvitystyö alkaa vuoden 2008 aikana.

Hankintayhteistyön kautta tapahtuva keskitetty materiaalin ja tarvikkeiden kilpailuttaminen on alkanut 1.1.2007 ja alkaa hoitotarvikkeiden osalta vuoden 2009 aikana. Vain erikoissairaanhoidon yksin tarvitsemat erikoistarvikkeet ovat yhteistyön ulkopuolella. Varastointi- ja logistiikkayhteistyö tulee syvenemään ja odotettavissa on keskitetyn hoitotarvikevaraston perustaminen keskussairaalan tiloihin vuoden 2009–2010 aikana.

Lähde: Hamunen, A. 2007. Alueellisen hankintayhteistyön kehittäminen. Loppuraportti.

3.6 Täydennyskoulutuksen alueellinen toimintamalli

Vuoden 2004 alusta tulivat voimaan terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskevat kansanterveyslain 41 §:n ja erikoissairaanhoidon 10 §:n muutokset sekä asiaa koskeva sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Säännösten mukaan työnantajan tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen.

Asetuksen mukaan täydennyskoulutuksen tulee olla suunnitelmallista ja perustua yksilön koulutustarpeiden arviointiin. Tavoitteeksi pidemmällä aikavälillä on syytä ottaa, että koulutustarpeen arviointi perustuu henkilökohtaisiin osaamiskartoituksiin ja että henkilöstön täydennyskoulutuksesta laaditaan koulutussuunnitelma. Myös mm. toteutetun koulutuksen vaikuttavuutta tulee systemaattisesti ryhtyä seuraamaan.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuksen toteutuminen on perinteisesti tapahtunut niin, että koulutusta tarjoavat ovat järjestäneet yksittäisiä, irrallisia koulutuspäiviä, mistä tarjonnasta työnantajat ovat lähettäneet työntekijöitä koulutuksiin usein oman maakunnan ulkopuolelle. Kyseinen järjestelmä on kallis sekä koulutusta tarjoaville kuin koulutusta ostaville tahoillekin, joista viimeksi mainituilla myös taloudelliset resurssit lähettää työntekijöitään koulutuksiin ovat olleet yleensä rajalliset.

Asetuksessa edellytetään, että terveydenhuollon toimintayksiköt seuraavat koulutuksen toteutumista, koulutukseen osallistumista ja siitä aiheutuvia kustannuksia osana terveydenhuollon toimintayksiköiden seurantajärjestelmiä, esimerkiksi henkilöstökoulutusrekisterin ja henkilöstöraportin avulla. Systemaattinen seuranta edellyttää toimivaa tietojärjestelmää, joita ei kaikilla työnantajilla ole käytettävissä. Koulutustarpeiden tulisi perustua yksilötasolla suoritettuun osaamisen kartoittamiseen esimerkiksi kehityskeskustelujen yhteydessä. Jotta alueella pystyttäisiin koordinoimaan ja toteuttamaan tarvelähtöisyyteen perustuvaa täydennyskoulutusta, tulee myös tätä tarkoitusta varten olla käytettävissä toimivat tietojärjestelmät.

Hankkeen aikana on tarkoituksena

1. *Luoda toimiva alueellinen terveydenhuollon täydennyskoulutuksen järjestämisen toimintamalli, jossa koulutustarpeen selvittämistä, toteuttamista ja seuranta koordinoi sairaanhoitopiirin kuntayhtymä yhdessä perusterveydenhuollon kanssa ja jossa täydennyskoulutuksen toteuttaminen perustuu systemaattisesti toteutettavaan henkilöstön osaamisen kartoitukseen.*
2. *Kehittää täydennyskoulutuksen seuranta- ja arviointijärjestelmiä.*
3. *Ottaa käyttöön (tai tarvittaessa kehittää) täydennyskoulutuksen seuranta ja koulutustarpeen ylläpitämistä toteuttavat alueelliset tietojärjestelmät.*
4. *Selvittää, onko tällä tavalla luotu järjestelmä sovellettavissa vastaavaan käyttöön sosiaalitoimessa.*

Kehittämistoimenpiteinä luotiin ensin alueellisen terveydenhuollon täydennyskoulutuksen toimintamalli. Sosiaalitoimen osalta täydennyskoulutus rajattiin koskemaan vain kuntien kehitysvammahuoltoa. Kehitetyn toimintamallin soveltavuutta sosiaalitoimen vastaavaan käyttöön selvitettiin ja sen todettiin soveltuvan rajauksen jälkeen myös sosiaalitoimen puolelle ilman muokkaamista. Tuloksena syntyi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueellisen täydennyskoulutuksen toimintamalli.

Alueellista täydennyskoulutusta koordinoimaan perustettiin alueellinen koulutustyöryhmä, joka koordinoinnin lisäksi määrittelee vuosittain alueellisen koulutuksen painopistealueet.

Alueellisen täydennyskoulutusmallin tueksi tiedonvälitystä palvelemaan, kehitettiin kuntayhtymän extranetiä lisäämällä sinne uutena osiona koulutussivustot. Koulutussivustolta löytyy alueellisen täydennyskoulutuksen koulutuskalenteri. Sivuston kautta pääsee ilmoittautumaan koulutuksiin, sieltä avautuvat tulostettavissa olevat luentomateriaalit ja sivuston kautta täytetään sähköinen alueellisen koulutuksen palautelomake. Linkin kautta pääsee verkkoympäristöön, jonne on kehitteillä verkko-opintoja.

Täydennyskoulutuksen seuranta ja koulutustarpeen ylläpitämistä toteuttavien alueellisten tietojärjestelmien osalta hankkeen aikana tutustuttiin eri ohjelmiin. Kuntayhtymään hankittiin uusi henkilöstöhallinnon ohjelma, johon kuuluvat myös koulutuksen

ja osaamisen hallinnan osiot. Hankinta tulee mahdollistamaan erikseen sopien myös halukkaiden kuntien ja kuntayhtymien mukaantulon ohjelman käyttämiseen. Täydennyskoulutuksen arviointijärjestelmän kehittämistä selvitetään ohjelmiston käyttöönoton myötä.

Alueellisen täydennyskoulutusmallin toimivuutta on testattu hankkeen aikana ja mallia tullaan käyttämään jatkossa. Uuden tekniikan kehittäminen ja käyttöönotto mahdollistavat koulutustilaisuuksien välittämisen kuntayhtymästä alueelle perinteiseen luento-opetukseen osallistumiseen vaihtoehtona. Täydennyskoulutuksen vaikutusten arvioiminen kaikissa koulutusmuodoissa tulee olemaan haaste jatkotoimenpiteissä.

Lähde: Koponen, H. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuksen alueellinen toimintamalli. Loppuraportti.

3.7 Erikoissairaanhoitovaiheen jälkeiset hoitojärjestelyt

Vuodesta 2000 vuoteen 2004 Pohjois-Karjalan keskussairaalaan terveyskeskukseen jatko-hoitoon jonotuksesta syntyneiden hoitopäivien määrä lisääntyi noin kymmenkertaiseksi. Vuonna 2004 tällaisia hoitopäiviä laskutettiin jäsenkunnilta 4879 kappaletta ja vuonna 2005 4585 kappaletta. Ilmiö johtuu terveyskeskusten vuodeosastojen kuormittumisesta ja lyhytaikaiseen hoitoon käytettävän liikkumavaran kapenemisesta, minkä perussyynä on luonnollisesti väestön ikääntyminen. Näistä hoitopäivistä aiheutui molempina vuosina noin miljoonan euron ylimääräinen kuntalaskutus.

Kun potilaita ei saada erikoissairaanhoidosta joustavasti jatkohoitoon, se aiheuttaa potilas-virran tukkeutumisen keskussairaalan osastoille ja vaikeuttaa mm. hoitokuulainsäädännön toteuttamista. Kaikkien osapuolten kannalta olisi parempi, että voitaisiin kehittää toimintamalli, jossa tällaisia potilaita pystyttäisiin hoitamaan keskussairaalahoidossa edullisemmin, esimerkiksi kolmannen sektorin toimesta.

Yksittäinen kunta on useimmiten liian pieni toimija järjestämään koko maakunnan alueen tarpeisiin riittävää palvelua, mutta sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kautta yhteisenä toimintana tämä saattaisi olla mahdollista. Hankkeen aikana on tarkoituksena kehittää mahdollisesti kolmannen sektorin kanssa yhteistyössä toimintamalli, jossa terveyskeskukseen jatkohoitoon jonottavat potilaat, joita terveyskeskus ei pysty kohtuullisessa ajassa vastaanottamaan, hoidettaisiin keskitetysti ohjatulla tavalla erikoissairaanhoidon ulkopuolella.

Hankkeessa saatiin selvitettyksi jäsenkuntien jatkohoitajärjestelyjen ja hoidon porrastuksen nykytila sekä samalla saatiin kootuksi kunnilta ja kuntayhtymiltä parannusehdotuksia ja kehittämisideoita, joita myös jokaisessa kunnassa voidaan hyödyntää potilaiden hyvän kotiutumisen ja jatkohoidon turvaamiseen sekä resurssien käytön tehostamiseen. Selvityksessä saatiin lisäksi esille lukuisia yhteistyöhaasteita kuntien ja erikoissairaanhoidon osalta jatkohoidon kehittämiseksi tulevaisuudessa. Hankkeessa on myös hahmoteltu PKSSK:n jatkohoidon ja kotiutuksen toimintamallia.

Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset:

1. Lähes kaikkien jäsenkuntien terveyskeskusten vuodeosastoilla on hoidettavana potilaita, jotka eivät tarvitsisi sairaalahoitoa. Jatkohoitoa paikkoja hoivakoteihin tai tuettuun palveluasumiseen ei löydy, joten potilaat joudutaan hoitamaan sairaalassa. Niiden potilaiden, jotka voisivat kotiutua omaan kotiinsa riittävien apujen turvin, hoitajakso pitkittyy usein kotihoiton riittämättömien resurssien vuoksi. Potilaalle ei voida antaa riittävästi palveluja, jotta hän voisi kotiutua turvallisesti. Pitkällä aikavälillä tärkeää olisi kehittää kuntien käyttöön monimuotoisia palveluja, jotta eri tilanteissa oleville löytyy parhaiten hänen tarpeisiinsa soveltuva hoitopaikka. Samalla avohoidon kehittäminen on keskeistä, jotta mahdollisimman monen hoito turvataan kotona. Sakkopäiviä voitaisiin tehokkaammin välttää, mikäli kuntien/kuntayhtymien käytössä olisi riittävä määrä joko omia tai ostettuja hoitopaikkoja lähinnä lyhytaikaisia hoitajaksoja varten. Palveluasumispaikat vapautuvat sattumanvaraisesti, eivätkä ne toimi samalla tavalla puskurina kun riittävä määrä hoitopaikkoja. Tavoitteisiin pääsemiseksi tarvittaisiin oikein kohdennettuja ja vaikuttavia sosiaali- ja terveystalveta, palvelujen monipuolisuutta ja saavutettavuutta, henkilöstöresurssien turvaamista sekä kuntatyönantajan vetovoimaisuuden lisäämistä. Vanhuspalveluprosesseissa tarvittaisiin selkeää omistajaa, joka vastaisi koko prosessin sujuvuudesta, resursseista ja tuloksista. Tärkein uudistus, joka nyt pitäisi tehdä, on hoitoketjujen ja hoidon porrastuksen kuntoon laittaminen.
2. Perusterveydenhuollossa tulee panostaa ennaltaehkäisevään työhön sekä kuntouttavan työotteen tehostamiseen. Ennaltaehkäisevällä työllä pyritään vaikuttamaan niihin syihin ja prosesseihin, jotka voivat huonontaa ikääntyvien ihmisten elinoloja, elämänlaatua ja elämänhallintaa. Ennaltaehkäisevä työ on perusterveydenhuollon keskeisempiä tehtäviä, joka yhdessä kansalaisten omasta terveydestä kantaman vastuun ja terveiden elintapojen kanssa vähentää palvelujen kysynnän kasvua ja suuntaa palvelujen tarvetta kevyisiin, avohoitopainotteisiin hoitoihin. Ennaltaehkäiseviä vanhustyön työmuotoja ovat mm. ennakoivat kotikäynnit, palveluohjaus sekä päiväkeskustoiminta.

3. Erikoissairaanhoidon yksiköiden tulee panostaa jatkossa suorien kotiutusten kehittämiseen. Hyvä ja onnistunut kotiutuminen lisää hoidon laatua sekä vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Kotiuttamisprosessin toteuttamisen tulee olla suunnitelmallista, kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä. Riittävä tiedon kulku eri osapuolten välillä tulee turvata; tietoa tulee antaa riittävästi ja riittävän ajoissa jatkohoidosta vastaavalle. Kotiutumis- ja kirjaamiskäytäntöjen tulee olla sovittuja ja yhtenäisiä eri yksiköissä. Potilaan jatkohoito tulee suunnitella saumattomaksi osaksi erikoissairaanhoidon päättymisen jälkeen. Terveyskeskukseen jonottavien potilaiden hoidon on oltava odotusaikanakin aktiivista, kuntouttavaa ja kotiutukseen tähtäävää. Jatkohoitoon lähetettävien potilaiden valintakriteereihin on kiinnitettävä nykyistä paremmin huomioita ja jonotuspäivistä sovittuja kirjaamiskäytäntöjä on noudatettava.
4. Kuntayhtymän ja jäsenkuntien terveys- ja sosiaalitoimen sekä myös yksityisten palvelujentuottajien ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä jatkohoidon järjestämisen osalta tulee kehittää tehokkaamman toiminnan takaamiseksi. Organisaatioiden välisessä yhteistyössä tulee paneutua palveluketjujen toimivuuteen ja työnjaon selkeyttämiseen sekä myös uudenlaisten työtapojen etsimiseen. Kaikkien palveluketjujen on toimittava, koska palveluketjujen toiminta riippuu sen heikoimmasta lenkistä. Lisäksi kunnissa tulee lisätä yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä, jotta hoitoketjut olisivat sujuvia. Joustavuuden puute yhteistyössä ilmenee epätarkoituksenomaisena, puutteellisenä tai jopa päällekkäisenä toimintana, jolloin voimavarat eivät kohdenna optimaalisesti. On tarkistettava myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhteita ja työnjakoa. Terveyspalveluissa menossa oleva murros tulee muuttamaan myös julkisen ja yksityisen sektorin, mukaan lukien kolmas sektori, välisiä suhteita. On todennäköistä, että yksityisen terveydenhuollon osuus palvelujentuottajana kasvaa.
5. Yhtenäisen sähköisen potilastietojärjestelmän saaminen Pohjois-Karjalan alueelle tulevaisuudessa on tärkeä edistysaskel potilaan jatkohoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

6. Keskussairaalassa tulisi olla kokopäiväinen kotiutushoitaja, joka voisi aktiivisesti etsiä erikoissairaanhoidosta kotiutuville potilaille jatkohoitopaikkoja sekä tehdä kiinteää yhteistyötä kuntien SAS-työryhmien kanssa. Kotiutushoitajan työpanos mahdollistaisi sen, että nykyistä paremmin tiedettäisiin, mitkä ovat kunkin jäsenkunnan perusterveydenhuollon resurssit sekä millaisia potilaita eri kunnissa pystytään hoitamaan. Kotiutushoitaja pystyisi aktiivisesti järjestelmään potilaiden kotiuttamista myös terveyskeskusjonotuksen aikana. Oikea-aikainen ja hyvin suunniteltu kotiutuminen parantaisi hoidon laatua sekä säästäisi kustannuksia.

7. Tulevaisuudessa tarvittaisiin yhteiskäytössä oleva jatkohoitopaikka, jota voisi hallinnoida erikoissairaanhoidon tai jokin kunnista, esimerkiksi Joensuu. Jatkohoitopaikkaan voisivat siirtyä jatkokuntoutusta tarvitsevat potilaat erikoissairaanhoidonjakson jälkeen, jos omaan terveyskeskukseen ei mahdu tai jos potilas tarvitsee intensiivistä kuntoutusta sairaalajakson jälkeen. Jatkokuntoutuspaikassa mahdollistuisi terveyskeskusta paremmin potilaan aktiivinen kuntoutus ennen kotiuttamista. Nykyään potilaat lähetetään terveyskeskukseen ”jatkokuntoutukseen”, mutta käytännössä kunnissa ei ole resursseja potilaiden aktiiviseen kuntoutukseen ja tämän vuoksi potilaat ”laitostuvat” herkästi ja heidän omatoimisuus laskee nopeasti. Jatkokuntoutuspaikassa potilaat saisivat sitä hoitoa ja kuntoutusta, joka edistää heidän toipumistaan parhaiten. Tämän jatkokuntoutuspaikan tulisi sijoittua Joensuun seudulle, että myös tulevaisuudessa sinne saataisiin rekrytoitua hoitohenkilökuntaa.

Lähde: Turunen, M. S. 2007. Erikoissairaanhoidon jälkeiset jatkohoitajärjestelyt. Loppuraportti.

3.8 Alueellisen strategian arviointi

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri on toteuttanut alueellista toimintastrategiaansa vuodesta 2002 alkaen. Se käsittää useita osa-alueita, joilla kaikilla on edistytty. Alueellinen strategia poikkeaa jonkin verran yleisimmin muualla maassa käytössä olevista strategioista mm. siinä, että se jättää kunnille mahdollisuuden olla mukana tai ei. Sillä on pyritty luomaan pohja, joka takaa toimintavarmuuden ja jonka päälle kunnat voivat tuottaa myös enemmän palveluja, mikäli tarvetta tai voimavaroja on.

Tällainen strategia sisältää myös heikkoja kohtia, jotka – samoin kuin strategian toteuttaminen – on kuitenkin syytä ulkoisesti arvioida, jolloin vaalikauden aikana vielä voitaisiin valmistella toimintalinjoja seuraavaan järjestämissuunnitelmaan.

Suoritetussa arviointitarkastelussa muodostettiin näkemyksiä siitä, miten Pohjois-Karjala -malli on onnistunut toteuttamaan valtakunnallisia ja alueellisia tavoitteita sekä Pohjois-Karjalan väestölle tarjottavien palvelujen kokonaisuutta. Selvityksessä päädyttiin seuraaviin johtopäätöksiin:

1. Pohjois-Karjala -malli on osoitus aktiivisesta pyrkimyksestä sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseen koordinointiin, ja se on johtanut myös useisiin kansallisia tavoitteita onnistuneesti toteuttaviin ratkaisuihin. Syntyneitä ratkaisuja on pidettävä edistyksellisinä ja pitkälle ehtineinä moniin muihin maassamme toteutettuihin vastaaviin alueellisiin järjestelyihin verrattuna.
2. Malliin ollaan verrattain tyytyväisiä ja sen soveltamisalaa ja siihen mukaan tulevien toimijoiden piiriä halutaan laajentaakin.
3. Malli ei kuitenkaan kata kaikkia alueellisiin järjestelyihin hoidettavia toimintoja eikä maakunnan aluetta kokonaisuudessaan, ja siihen osallistutaan lukuisin erilaisin sopimuksin. Useat, erilliset sopimukset vaikeuttavat mallin alueellista ohjattavuutta.

4. Malli ei nykyisessä laajuudessaan eikä nykyisellä tavalla toteutettuna tuota täyttä lisäarvoa Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä tavoiteltavien tulosten kannalta, vaan arviolta puolet käytettävissä olevasta potentiaalista on vasta käytössä. Kriittiseksi kysymykseksi tulee muodostumaan koko maakunnan kattavan palveluverkon säilyttäminen tulevassa työvoimatilanteessa. Maakunnallisella toimijalla olisi mahdollisuus luoda vetovoimaisuutta ja sellaiset työn sisältöön ja ammatilliseen haastavuuteen liittyvät olosuhteet, jotka tekevät mahdolliseksi työvoiman rekrytoimisessa pärjäämisen.
5. Malli sisältää runsaasti toiminnoittain toteutettuja järjestelyjä, mutta merkittävä osa edellytyksistä, erityisesti joko hallinnollisten ja päätöksenteollisten edellytysten tai muuten yhteistoiminnan systemaattisen ohjauksen osalta, puuttuu.
6. Yhteinen suunnittelu, kehittäminen ja muu yhteistoiminta eivät riitä ohjaamaan eivätkä varmistamaan eri toimijoiden toimintaa alueellisesti koordinoidulla tavalla.
7. Tietohallinnossa Pohjois-Karjalassa on otettu merkittäviä edistysaskeleita, ja mikäli laadittu yhteinen tietohallintostrategia toteutuu, edellytykset maakunnallisille sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintajärjestelyille paranevat olennaisesti.
8. Keskeinen haaste on myös siinä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallintaa ja ennustettavuutta voitaisiin parantaa. Tämä edellyttäisi perusteellista ja ennakkoluulotonta valmistelutyötä kuntarahoituksen perusteiden selvittämiseksi ja kuntalaskutuksen uudistamiseksi.
9. Kustannustasosta on todettava, että valtakunnallisessa vertailussa Pohjois-Karjalan kustannustaso on tarpeisiin nähden huomattavan edullinen kaikillakin sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Sitä, johtuuko tämä toteutetusta Pohjois-Karjala -mallista, ei voida todentaa, mutta on selvää, että jonkun verran ns. päällekkäisiä toimintoja Pohjois-Karjala -malli on poistanut.

10. Vireillä olevan kunta- ja palvelurakennemuutoksen avulla ei kyetä ratkaisemaan kaikkia ongelmia, mutta sillä on runsaasti onnistumismahdollisuuksia ja se voisi myös toimia alkuvaiheena järjestelmän edelleen kehittämiseksi.
11. Riippumatta alueellisesta hallintomallista keskeisenä asiana on pidettävä koko alueen kattavaa lähipalvelujen, seutupalvelujen ja aluepalvelujen määrittelyä ja sen pohjalta luotavaa toimintamallivaihtoehtojen kuvausta. Mikäli tämän perusteella voidaan konsensusperiaatteella sopia toiminnallisista järjestelyistä ja palvelujärjestelmää koskevasta kokonaisuudesta, on tämän kokonaisuuden ohjauksen, päätöksenteon ja hallinnon kehittämiseksi nykyistä paremmat edellytykset. Tällöin keskeiseksi muodostuu toisaalta määrittellä se, miten niin alueellisesti kuin paikallisestikin toteutetaan järjestämisvastuuseen kuuluva päätöksenteko siten, että kuntien vaikutusmahdollisuudet siihen säilyvät ja toisaalta miten palvelujen tuotanto olisi siten organisoitavissa, että riittävä sektorirajat ylittävä koordinaatio ja ohjaus voitaisiin saada aikaan. Erityisesti kustannusten hallintaan, ennustettavuuden lisäämiseen ja laskutusjärjestelmän kehittämiseen samoin kuin palveluntuottajaorganisaation omistaja-ohjauksen järjestämiseen olisi kiinnitettävä olennaista huomiota.

Yhteenvetona voidaan todeta, että Pohjois-Karjala -malli ei nyky muodossaan eikä -laajuudessaan vielä tuota riittävää lisäarvoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevien valtakunnallisten ja alueellisten tavoitteiden toteuttamiseksi. Selvitys osoittaa myös, että Pohjois-Karjalassa ei vielä ole sellaista kaikki toimijat kattavaa, yhtenäistä alueellista toimintamallia, johon oltaisiin sitoutuneita. Myöskään vaihtoehtoisia alueellisia malleja koskevaa vertailevaa selvitystyötä ei ole yhteisen valmisteluprosessin muodossa tehty.

Lähde: Tuomola, S. 2007. Pohjois-Karjala –malli – Arviointi Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollossa harjoitetusta alueellisesta yhteistoiminnasta.

3.9 Selvitys terveydenhuollon järjestämisen malleista Pohjois-Karjalassa

Samaan aikaan sairaanhoitopiirin alueellisen toimintastrategian päivittämisen kanssa on valtakunnalliseen keskusteluun tullut kunta- ja palvelurakennemuutos. Pohjoiskarjalaisessa toimintaympäristössä yksityistä palvelutuotantoa on hyvin vähän ja väestön ikärakenne, palvelujen käyttötottumukset ja varallisuus asettavat huomattavia rajoituksia yksityisen sektorin osuuden lisääntymiselle. Tämän vuoksi kunnallisen palvelutuotannon on kyettävä Pohjois-Karjalassa toimimaan tehokkaasti riittävän suurelta väestöpohjalta siten, että alueen joka puolella kansalaisten mahdollisuudet palvelujen saantiin voidaan turvata.

Ennaltaehkäisevät palvelut tulee jatkossakin tuottaa lähipalveluina ja siihen liittyvät asiantuntijapalvelut keskitetyksi. Perusterveydenhuolto tulee järjestää lähipalveluina tai seudullisina palveluina. Päivystyksen keskittyminen vähintäänkin seudulliseksi tarkoittaa terveyskeskuksen vuodeosastojen toimintatapojen uudelleen arviointia. Esim. akuutin vuodeosastohoidon järjestäminen paikkakunnalla, jossa ei ole päivystystoimintaa, ei pitkällä tähtäimellä voi olla hyväksyttävä toimintamalli. Vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen ero on häilyvä ja näiden keskinäinen asema ja suhde tulisi selvittää. Perusterveydenhuollon tarvitsemat erityispalvelut kuten esim. puheterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia tai psykologin palvelut, olisi tarkoituksenmukaista järjestää seudullisesti yhden tuottajan toimesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksi keskeinen nykyongelma: tiedon siirtämiseen liittyvät tietosuoja- ja tekniset kysymykset, olisi ratkaistavissa yhden rekisterinpitäjän kautta.

Lähtökohtana on, että Pohjois-Karjala -malli nykyisellään ja käynnissä olevat PARAS-selvitykset ovat luonteva pohja jatkaa koko aluetta koskevaa suunnittelua aktiivisesti. Alueellisen suunnittelun peruslinjauksiksi ehdotetaan seuraavaa:

1. Pohjois-Karjala -mallin kehittämisessä tulisi lähteä siitä, että Pohjois-Karjalan alue ja sen väestö nähdään yhtenä kokonaisuutena siten, että kaikilla kuntalaisilla on tasa-arvoiset mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluihin asuinpaikasta ja palvelujen tuottajasta riippumatta. Tämä merkitsee myös sitä, että palvelujen käyttö on mahdollista yli kunta- ja yhteistoiminta-alerajojen PARAS –hankkeen tavoitteiden mukaisesti.

2. Sosiaali- ja terveydenhuolto tulisi alueellisessa suunnittelussa nähdä yhtenä kokonaisuutena siten, että sen eri osat tukisivat toisiaan ja että palvelut olisivat keskenään koordinoituja ja sujuvia, eikä päällekkäistä palvelutuotantoa tapahtuisi. Samoin aluejärjestelmän tulisi kyetä turvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja osaaminen alueella.
3. Alueellisessa suunnittelussa hyödynnetään sekä nykyisen Pohjois-Karjala -mallin että kuntien PARAS –selvitysten yhteydessä tehtyä työtä ja päätöksiä siten, että niitä jatkovalmistelemalla voidaan saada aikaan Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen järjestelmä. Alueellisen järjestelmän organisoinnissa tulisi lähteä ”puhtaalta pöydältä” siten, että yhteisesti voitaisiin sopia alueellisesta toimijasta, sen tehtävistä, organisoinnista ja päätöksenteosta jopa niin, ettei mikään nykyinen organisaatio (kuten PKSSK) olisi aluejärjestelmän automaattinen ylläpitäjä.
4. Alueellisen järjestelmän muodostamiseen on useita vaihtoehtoja aina löysästä yhteistoimintajärjestelmästä alueellisiin hallintomalleihin asti. Myös tilaaja-tuottaja -asetelman toteuttaminen erilaisin vaihtoehtoisin ratkaisuihin on mahdollista. Jatkosuunnittelussa olisikin ennakkoluulottomasti tarkasteltava eri vaihtoehtojen soveltumista Pohjois-Karjalassa toteutettavaksi siten, että ne olisivat luonteva jatke sekä PARAS –selvityksille että nykyiselle Pohjois-Karjala –mallille.
5. Jatkovalmistelussa tulisi ottaa huomioon myös se, mitä kansallisissa tavoitteissa ja ohjeistuksissa edellytetään alueellisina toimintoina järjestettäväksi. Samoin suunnittelussa on noudatettava valmisteilla olevan erityislainsäädännön (mm. ns. terveydenhuoltolaki) tulevia säännöksiä. Tämän lisäksi kuntien kesken voidaan sopia myös muista alueellisesti järjestettävistä tehtävistä.
6. Suunnittelussa tärkeänä lähtökohtana on pidettävä myös sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoitavuutta ja hallintaa voitaisiin parantaa.

Em. perusteisiin pohjautuvaa alueellista yhteissuunnittelua on pidettävä tärkeänä myös koko maakuntaa koskevalle kehittämiselle. Sosiaali- ja terveydenhuolto on keskeinen osa maakunnan elinvoimaisuuden ja vetovoimatekijöiden edistämässä. Asian eteenpäin vieminen edellyttää alueellista suunnitteluhanketta.

Tähän osa-alueeseen kiinteästi liittyvänä pohjaselvityksenä tulevaa suunnittelua varten on toteutettu FCG Efeko Oy:n kanssa yhteistyössä potilasvirtaselvitys.

Lähteet:

Tuomola, S. 2008. Ehdotus Pohjois-Karjala –mallin kehittämistoimenpiteiksi.

FCG Efeko Oy, 2008. Potilasvirtatutkimus.

4 JATKOTOIMENPITEET

Yleisesti on todettava, että samaan ajankohtaan sijoittunut kunta- ja palvelurakennemuutos on yhtäältä osaltaan vaikuttanut hankkeen toteutumiseen ja toisaalta vaikuttaa hankkeen pohjalta määrittyviin jatkotoimiin riippumatta hankkeen tuloksista. Tyyppillinen tällainen asia on päivystysjärjestelyjen kehittyminen. Mahdolliset kuntaliitokset ja uudet organisaatiot luovat uuden toimintaympäristön, johon ratkaisut muotoutuvat. Toiminnallisesti järkevät kokonaisuudet saattavat pahimmassa tapauksessa jäädä toteutumatta kuntien hallintoyhteistyön yleisten ratkaisujen takia. Perusterveydenhuollon päivystyksen toteutuminen yhden palveluntuottajan kautta ei näytä tässä vaiheessa realistiselta, mutta joka tapauksessa hankkeen tulokset ovat käytettävissä pohjamateriaalina kuntien välisissä neuvotteluissa.

Sairaankuljetuksen osalta seuraavan järjestämissuunnitelmakauden yhdeksi tavoitteeksi tulee ottaa järjestämisvastuun integroiminen sairaanhoitopiiriin tehtäväksi, mikäli kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain uudistus ei sitä suoraan määrää. Tuottajajärjestelyihin tällä ei tarvitse olla yhteyttä.

Apuvälinepalvelujen osalta nykyinen toimintamalli on osoittautunut toimivaksi ja sitä on syytä edelleen kehittää etenkin huollon järjestelyjen osalta. Tämä voidaan toteuttaa normaalina toimintana.

Lääkinnällisen kuntoutuksen osalta pyritään edelleen syventämään alueen toimijoiden yhteistyötä ja yhtenäisten toimintamallien käyttöönottoa jo kansalaisten yhdenvertaisuudenkin takia. Tässä voidaan hyödyntää lakisääteisiä alueellisia ja seudullisia kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyötoimikuntia ja -ryhmiä. Käytännön vetovastuu jää keskussairaalan kuntoutusklinikan tehtäväksi.

Lääkehuollossa pyritään käynnistämään hankkeen tulosten pohjalta automaattinen lääkkeenjako terveyskeskusten ja vanhainkotien osalta heti, kun se tilojen puolesta on mahdollista. Toiminnasta vastaa keskussairaalan sairaala-apteekki.

Hankintayhteistyössä on jo tapahtunut hallinnollinen integraatio ja Joensuun kaupungin hankintayksikkö vastaa toiminnasta. Logistisia ratkaisuja kehitetään edelleen syntyvien kokemusten pohjalta.

Täydennyskoulutuksen osalta toimintamalli on olemassa, neuvotteluja osapuolten sitoutumiseksi tarvitaan edelleen. Asian edistymiseen vaikuttaa merkittävästi tehtyjen ja tehtävien henkilöstöhallinnon ohjelmistoratkaisujen toimivuus ja integroitavuus. Käytännön vetovastuu on sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen henkilöstöyksiköllä.

Erikoissairaanhoitovaiheen jälkeisissä hoitojärjestelyissä suurimmat vaikeudet ovat Joensuulla ja siihen tarvitaan monentasoisia ratkaisuja, ennen kaikkea välimuotoisten asumispalvelujen kehittämistä. Nopealla aikavälillä olisi tarkoituksenmukaista yhdessä alueella toimivien yksityisten palveluntuottajien kanssa kehittää ”paisuntasäiliönä” toimiva yksikkö, jota käytettäisiin silloin, kun oma terveyskeskus ei pysty potilasta ottamaan jatkohoitoon. Tämä voisi olla Joensuun kaupungin toimintaa ja palveluja voitaisiin myydä muille kunnille tarpeen mukaan. Tällaista toimintaa ei kannata hajauttaa Pohjois-Karjalassa useampaan pisteeseen.

Kotiuttamisprosessi kaiken kaikkiaan kaipaa selkeitä pelisääntöjä. Näyttää ilmeiseltä, että osa terveyskeskuksiin jatkohoitoon lähetettävistä potilaista voitaisiin kotiuttaa suoraan. Se edellyttää kuitenkin nykyistä parempaa tiedonkulkua ja vastuunjakoa esimerkiksi kotisairaanhoidon kanssa. Asia kuuluu keskussairaalan vastuulle ja se on syytä käynnistää välittömästi.

Mahdollisten pitemmän aikavälin hallinnollisten ratkaisujen osalta olisi käynnistettävä kuntien kanssa yhteistyössä mittava alueellinen suunnitteluhanke.

5 TIEDOTTAMINEN

Hankkeen etenemisestä kokonaisuutena on tiedotettu kuntayhtymän hallitukselle väliraporttien yhteydessä. Sairaankuljetuksen osiota on esitelty kuntayhtymän valtuustoseminaarissa syyskuussa 2007. Osa-alueet ovat käyneet suoria keskusteluja kuntatoimijoiden kanssa erilaisin aikatauluin ja erityyppisillä yhteistyömuodoilla kymmenissä eri tilaisuuksissa.

Erikoissairaanhoidovaiheen jälkeisestä hoidosta julkaistiin artikkeli kuntayhtymän henkilöstölehdessä 2/2007 ja osion keskeisiä tuloksia esiteltiin SAS-hoitajien koulutuspäivillä 24.4.2008. Hankkeen tuloksista kerrottiin vuoden 2008 aikana PKSSK:n henkilöstölehdessä. Hankkeen loppuraportti löytyy hankkeen kotisivuilta osoitteesta www.pkssk.fi (Projektiyksikkö > PKMALLI II).

6 YHTEENVETO TALOUDESTA

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt päätöksellään 28.4.2006 (ISLH-2006-00847/So-613) Terveystuhoon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe –hankkeen toteuttamiseen valtionavustusta 170 000 euroa. Valtionavustus voi olla enintään 50 % hankkeen toteutuneista kustannuksista. Toteuttamisajalle 1.4.2006–31.1.2008 arvioidut, valtionavustukseen oikeuttavat kokonaiskustannukset ovat 340 000 euroa.

Toteutuneet kokonaiskustannukset hankkeen toteuttamisajalla 1.4.2006–31.1.2008 ovat 282 522 euroa, joka on 83 % kokonaiskustannusarviosta. Valtionavustuksen osuus hankkeen toteutuneista kokonaiskustannuksista on 141 261 euroa. Projektitoiminnan käynnistymisen viivästymisen takia kustannukset painottuivat vuoteen 2007.

Taulukko 1. Hankkeen toteutuneet kustannukset verrattuna kokonaiskustannusarvioon.

KUSTANNUKSET	Kust. arv. 2006-2008	2006	2007	2008	Toteuma 2006-2008	Käytetty %
1. Henkilöstömenot yht.	263 000	34 153,20	185 953,86	1 687,31	221 794,37	84,3
- Työsopimuksilla	182 672	26 340,94	185 953,86	-	212 294,80	116,2
- Työtuntikirjauksilla	80 328	7 812,26	-	1 687,31	9 499,57	11,8
2. Palvelujen ostot yht.	58 800	6 958,17	40 309,83	1 656,15	48 924,15	83,2
- Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	44 200	6 000,00	33 493,63	-	39 493,63	89,4
- Majoitus- ja ravitsemus	1 600	42,75	319,30	67,55	429,60	26,9
- Matkustus- ja kuljetus	10 000	915,42	5 272,22	574,90	6 762,54	67,6
- Muut palvelujen ostot	3 000	-	1 224,68	1 013,70	2 238,38	74,6
3. Aineet, tarvikkeet ja tavarat	2 000	228,62	732,27	-	960,89	48,0
4. Kalusto- ja laitteet	5 400	1 829,66	1 605,64	-	3 435,30	63,6
5. Vuokrat	4 800	300,00	2 763,00	-	3 063,00	63,8
6. Muut menot	6 000	738,26	3 606,50	-	4 344,76	72,4
YHTEENSÄ	340 000	44 207,91	234 971,10	3 343,46	282 522,47	83,1

LÄHDELUETTELO

Arola, S. 2007. Ensihoito- ja sairaankuljetus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella.

FCG Efeko Oy, 2008. Potilasvirtatutkimus.

Hamunen, A. 2007. Alueellisen hankintayhteistyön kehittäminen. Loppuraportti.

Koponen, H. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutuksen alueellinen toimintamalli. Loppuraportti.

Koskinen, T. 2007. Alueellisen lääkehuollon kehittäminen. Loppuraportti.

Kosonen, M. 2008. Apuvälinepalvelujen alueellisen toimintamallin syventäminen. Loppuraportti.

Martikainen, E. 2007. Selvitys perusterveydenhuollon päivystystoiminnasta Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella.

Niemi, A. 2007. Alueellinen lääkinnällisen kuntoutuksen palvelujen järjestämissuunnitelma.

Tuomola, S. 2007. Pohjois-Karjala –malli – Arviointi Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollossa harjoitetusta alueellisesta yhteistoiminnasta.

Tuomola, S. 2008. Ehdotus Pohjois-Karjala –mallin kehittämistoimenpiteiksi.

Turunen, M. S. 2007. Erikoissairaanhoitajakson jälkeiset jatkohoitajärjestelyt. Loppuraportti.

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Hankkeen toteutuneet kustannukset verrattuna kokonaiskustannusarvioon.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja
ISSN 1796-2714

- 2007: 1 Eija Martikainen, Antti Turunen & Outi Äijälä
Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus: Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo
ISBN: 978-952-9793-38-9 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-39-6 (Pdf)
- 2007: 2 Arja Ryhänen
Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä: seurantatutkimus
ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)
- 2007: 3 Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Kekkonen ja Timo Pöppönen
Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät: tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä
ISBN 978-952-9793-42-6 (nid.)
ISBN 978-952-9793-43-3 (pdf)
- 2007: 4 Sirkka Liisa Tuovinen
Mielenterveystyön polkuja Pohjois-Karjalassa: Paiholan, Kuurnan ja Koppolan sairaaloiden sekä mielisairaanhoidonvaiheita
ISBN 978-952-9793-44-0
- 2008: 5 Eija Martikainen
Erikoissairaanhoidon ajanvarausten hallinta ja anto, Avanto – hanke 1.3. – 31.12.2007: loppuraportti
ISBN: 978-952-9793-45-7 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-46-4 (pdf)
- 2008: 6 Maarit Hamunen
Työohjauksen kehittämiselvitys
ISBN: 978-952-9793-47-1 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-48-8 (pdf)
- 2008: 7 Antti Turunen
Terveystieteiden Pohjois-Karjalan malli: Terveystieteiden Pohjois-Karjalan mallin II vaihe -hanke 1.4.2006–31.1.2008: loppuraportti
ISBN: 978-952-9793-49-5 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-50-1 (pdf)