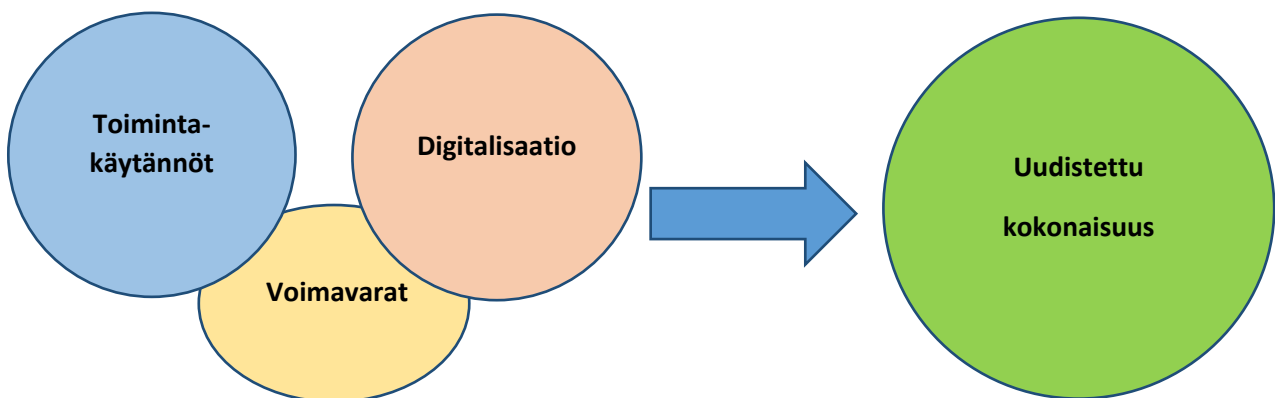


Toimintasuunnitelma kiirettömään hoitoon pääsyn parantamiseksi terveysasemilla

Sosiaali- ja terveyslautakunta 31.5.2016

Johdanto

Pitkä odotusaika kiirettömään hoitoon terveysasemilla on itseään pahentava toiminnallinen ongelma. Pitkä odotusaika kiirettömään hoitoon terveysasemilla johtuu osittain epätarkoituksenmukaisista johtamis- ja toimintatavoista sekä kysynnän ja tarjonnan epäsuhdasta. Kiirettömään hoitoon pääsy paranee tässä toimintasuunnitelmassa kuvatuilla toimenpiteillä, jotka liittyvät toinen toisiinsa. Ne eivät ole vaihtoehtoja toisilleen vaan muodostavat kokonaisuuden.



Kuvio 1. Kokonaisuudistus syntyy, kun toimintakäytännöt uudistetaan ja digitalisaatio toteutetaan. Saatavuuden paranemisen ja uudistamisen vauhdittajana voidaan tarvittaessa käyttää lääkäri- ja/tai hoitaja-voimavarojen lisäämistä määräaikaaisesti tai toistaiseksi käytössä olevina.

Toimenpiteet

1. Ydinprosessien ja asiakassegmentoinnin käyttöönotto

Saatavuus ja vaikuttavuus paranevat, kun ydinprosesseilla hoidosta tulee suunniteltu kokonaisuus, jota koordinoi yksi ammattilainen. Asiakas asioi hänen eikä terveysaseman hoidontarpeen arvioinnin kanssa. Siten sattumanvaraiset yhteydenotot ja vastaanottokäynnit vähenevät, kun sekä asiakas että ammattilainen tietävät mitä on sovittu jatkosuunnitelmaksi.

Asiakkaat jaetaan palvelutarpeensa mukaisesti kolmeen segmenttiin: paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat, satunnaisen palvelutarpeen asiakkaat ja tunnistamattoman palvelutarpeen asiakkaat. Asiakassegmenttejä palvelemaan luodaan ydinprosessit, jotka mahdollistavat aiempaa räätälöidymmän ja asiakkaan tarpeiden mukaisen hoidon.

Jo yli tuhannella paljon palveluja tarvitsevalle on vastuuhenkilö. Vastuuhenkilön tehtävä on tukea omahoitoa, joka perustuu yhdessä laadittuun terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Ammatilainen on sovitusti yhteydessä asiakkaaseen, mikä tukee elämäntapamuutosta, luo turvallisuuden tunnetta ja vähentää asiakkaan tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Malli on käytössä kaikilla terveysasemilla. Vastuuhenkilömallin piirissä olevien asiakkaiden määrä kasvaa edelleen. Noin 5 % asiakkaista tarvitsee vahvan huolenpidon, ja kevyemmän yhteistyömallin tarvitsee arvioiden mukaan noin 30 % asiakkaista. Monille asiakkaille tarvitaan integroitu toimintamalli (kohta 2, integraatio).

Satunnaisen palvelutarpeen prosessia suunnitellaan myös parhaillaan, ja sitä aletaan kokeilla syksyllä 2016. Tavoitteena on ratkaista asiakkaan palvelutarve mahdollisimman pitkälle heti yhteydenotossa. Siihen tarvitaan laajennettu palveluvalikoima (kohta 5). Mikäli asia ei ratkea yhteydenotossa tai laajennetun palveluvalikoiman kevyillä palveluilla, osoitetaan asiakkaalle ”kopinottaja”, jonka kanssa hän jatkossa asioi.

Tunnistamattoman palvelutarpeen asiakkaan prosessin suunnittelukin alkaa terveys- ja hyvinvointikeskus –toimintamallissa. Sen toteuttamiseen vapautuu voimavaroja kahden muun ydinprosessin toiminnan myötä.

Asiakstarpeeseen perustuvien ydinprosessien käyttöönotto on uudistus, koska ne uudistavat ajattelu- ja toimintatapoja syvällisesti. Asiakkaan vastuu tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä kasvaa, ja ammatilaisen vastuu omahoidon tuessa kasvaa. Yhteydenottotavat ja asiakasvirtojen ohjaus uudistuvat, kun asiakas asioi suoraan hänen hoitoaan koordinoivan ammatilaisen kanssa.

Lopputuloksena saavutetaan hallitummat hoidon kokonaisuudet, jolloin yhteydenotot ja vastaanottokäynnit vähenevät, ja samalla haluttu hoitotulos saavutetaan aiempaa paremmin.

2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio

Palvelujen saatavuus paranee, kun asiakkaan hoidon koordinaatio keskitetään yhdelle ammatilaiselle (kohta 1, ydinprosessit). Se mahdollistuu, kun terveysasemien, psykiatrian, päihdepalveluiden, aikuissosiaalityön ja kuntoutuksen palveluista rakennetaan integroitu toiminnallinen kokonaisuus. Moniammatillinen tiimi mahdollistaa palveluiden tuottamisen ”yhden luukun” periaatteella. Siten ammatilainen saa tuekseen moniammatillisen tiimin, johon hän tukeutuu niissä asiakstarpeissa, joissa oma osaaminen ei riitä. Nykyisessä mallissa asiakas asioi monien ammattilaisten ja yksiköiden verkostoissa, mikä on yksi suurkulutuksen juurisyistä.

Integroitu malli on ollut käytössä Vuosaaressa 15.2.2016 alkaen. Vuoden 2016 aikana se laajennetaan noin viidelle terveysasemalle ja vuoden 2018 aikana se on käytössä koko kaupungissa.

3. Johtamisen uudistuminen

Kaikkea uudistamista ohjaa niin sanottu Triple Aim -periaate, mikä tarkoittaa saatavuuden ja asiakaskokemuksen, tuottavuuden sekä vaikuttavuuden yhtäaikaista paranemista. Tämä asettaa aiempaa tiukempia vaatimuksia johtamiselle.

Tiedonkulun, johtamisen painopisteiden ja muutoksen etenemisen yhtenäistämiseksi on terveysasemilla toteutettu jaosten tiivistäminen teknisesti neljästä kahteen yhdistämällä toiminnallisesti etelä ja pohjoinen sekä länsi ja itä helmikuussa 2016. Esimieskokoukset toteutetaan aiemman neljän jaoksen sijasta kahtena kokonaisuutena ja sisällöllisesti samanlaisina. Siten viestintä ja vuoropuhelu yhtenäistyvät. Yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi kehittämistyö kohdennetaan yhteisiin keinoihin, joista tärkeimmät ovat Hyvä Potku –hankkeen kokonaisuuden toteuttaminen, vastuuhenkilömallin toimeenpano ja terveys- ja hyvinvointi-indikaattoreiden kirjaaminen.

Ydinprosessien mallintaminen, pilotointi ja laajentaminen koko terveys ja hyvinvointikeskus -toimintamalliin vastuutetaan niin sanotun horisontaalisen vastuun henkilöille. Asiakkaaksi tulon ja satunnaisen palvelutarpeen prosessien vastuuhenkilöt tulevat terveysasemat ja sisätautien poliklinikka -toimistosta, paljon palveluita tarvitsevien prosessin vastuuhenkilö psykiatria - ja päihdepalvelut -toimistosta sekä tunnistamaton palvelutarve -prosessin vastuuhenkilö nuorten palvelut ja aikuissosiaalityö -toimistosta.

Terveys- ja hyvinvointikeskus -toimintamalliin ja koko palvelujen uudistamiseen liittyen selvitetään, miten ratkaistaan nykyisen ammattiryhmien johtamiseen perustuvan mallin ongelmat, kun tarkoitus on saada aikaan moniammatillisen tiimin toiminnan johtamisen malli. Prosessien toteutumiseksi (kohta 6) pitää luoda myös toimiva johtamismalli.

4. Digitalisaatio

Saatavuushyöty saavutetaan, kun asiakas voi arvioida palvelutarpeensa itse älykkäillä digitaalisilla palveluilla. Itsehoito lisääntyy, yhteydenotot hoidon tarpeen arviointiin vähenevät ja asiakkaat tuottavat itse kattavammat esitiedot tilanteissa, joissa tarvitaan ammattilaisen apua.

Kansallisella digitalisaatiokärkihankkeella ODA:lla (Omahoito ja Digitaaliset Arvopalvelut) saadaan vuoden 2016 aikana ensimmäiset palvelutarpeen arvioinnin ratkaisut, joilla asiakas voi arvioida itse riittääkö itsehoito vai tarvitaanko ammattilaisen apua. Vuoden 2017 alkupuolella näihin saadaan älykkyyttä, kun kyllä/ei –kysymysketjujen tueksi kytketään sähköinen päätöksentuki, jossa asiakkaan antamia vastauksia analysoi digitaalinen tietämys. Tämä palvelu voidaan rakentaa sisällöltään yksinkertaisiin palvelutarpeisiin, kuten ylähengitystie- ja virtsatietulehduksiin ja erilaisiin kiputiloihin, jotka ovat hyvin yleisiä palvelutarpeita.

Sähköinen terveystarkastus ja –valmennus ovat jo tuotantokäytössä, mutta ODA-hankkeen myötä ne saadaan käyttöön siten, että ne tukevat terveys- ja hoitosuunnitelman toteutumista ja valmentavaa vastuuhenkilömallia.

Sähköinen ajanvaraus on käytössä asioissa, joissa ei tarvita hoidon tarpeen arviota (esim. injektiot). Kanta-palvelujen käyttö tiedon siirtämisessä on mallinnettu terveysasemilla vuoden 2015 lopulla, ja

asiakkaita ohjataan aktiivisesti käyttämään Kanta ammattilaiskontaktin sijasta. Myös HUS:n Terveyskylän palvelut tulevat olemaan osa digitaalisia palveluja.

ODA:n palveluiden käyttöönotolla saadaan merkittävä saatavuuden paraneminen vuosien 2017-2019 aikana sähköisen palvelutarvearvion siirtäessä yksinkertaisten terveysongelmien painopistettä itsehoitoon ja älykkään hyvinvointivalmennuksen voimistaessa elämäntapamuutoksessa tarvittavaa omahoidon tukea. ODA integroituu myös Apotin MyChart -palveluun.

5. Palvelujen keveneminen ja laajennettu palveluvalikoima

Luomalla kevyitä uusia palvelumuotoja vähennetään painetta lääkärivastaanotoille.

Ryhmätoiminta, ryhmävastaanotto (jossa on monta asiakasta ja yksi ammattilainen), hoitopuhelut, sähköinen viestinvälitys ja Kanta-palveluiden käyttöönotto keventävät nykyistä toimintamallia, jossa vaihtoehtoina ovat lähinnä neuvonta ja ohjaus tai ajanvaraus vastaanotolle.

Tavanomaisessa terveyskeskuksessa vastaanottojen osuus kontakteista on noin 80 %. Helsingissä on panostettu hoitopuheluihin ja sähköpostiviestintään, ja vastaanottojen osuus on 60 %. Esimerkiksi Hämeenlinnassa on paljon palveluita tarvitsevien kohderyhmässä vastaanottojen osuus alle 30 %, minkä mahdollistavat nimenomaan digitaaliset palvelut (kohta 3).

6. Tiedolla johtaminen ja ohjausmekanismi

Tavoitteellisen johtamisen (kohta 3) perustana on, että johto ja ammattilaiset tietävät mikä on tilanne saatavuuden ja asiakaskokemuksen, tuottavuuden sekä vaikuttavuuden suhteen.

Perinteisesti seurattavien suoritteiden ja talouden toteuman rinnalle rakennetaan indikaattorikokonaisuus, joka on osittain jo tuotantokäytössä ja osittain kehitysvaiheessa:

- tuottavuus: kustannus / asiakas / vuosi toimintayksiköittäin, jaoksittain ja toimistotasolla
- saatavuus: hoitoon pääsy lääkärille (T3); tuotantokäytössä vuodesta 2012 alkaen
- vaikuttavuus: valmisteilla virastotasolla; mittarit päätetty huhtikuussa 2015, kirjaamista mallinnetaan ja raportointi valmisteilla
- asiakaskokemus tuotantokäytössä (Happy or not)

Voimavarojen käyttö ja kohdentaminen saa ohjausmekanismin, kun käytössä on indikaattoreiden kokonaisuus, jossa kaikki toiminta ja uudistaminen arvioidaan siten, että kaikki Triple Aim – tavoitteet toteutuvat.

7. Voimavarojen kohdentaminen

Henkilöstö kohtaa digitalisaation ja toiminnallisen uudistumisen muita toimialoja selkeästi nopeammassa tahdissa, koska sosiaali- ja terveydenhuollon jälkeen jääneisyys sähköisissä palveluissa ja siten uudistumisaine ovat suuret. Kohtien 1-6 toimeenpano on vaativa koko terveysasematoimintaa ja terveys- ja hyvinvointikeskus –toimintamallia koskeva uudistus. Saatavuuden parantua toiminnallinen puuroutuminen poistuu ja laaja-alaisen toiminnan uudistumisen edellytykset paranevat.

Kohdentamalla voimavaroja Triple Aim –periaatteen mukaisesti toimiviin peruspalveluihin voidaan saatavuuden paranemista nopeuttaa ja vähentää ajautumista raskaampiin palveluihin. Terveysasemille on jo lisätty sosiaali- ja terveysviraston vuoden 2016 tulosbudjetin puitteissa 6 lääkäriä ja 4 hoitajaa. Uusia lisäyksiä tehdään vielä vuoden 2016 aikana tulosbudjetin niin salliessa. Samoin lisätarpeet huomioidaan mahdollisuuksien mukaan vuoden 2017 käyttösuunnitelman yhteydessä.

8. Vaihtoehtojen tuotantotapojen arviointi

Itse tuotetulle toiminnalle vaihtoehtoisia palvelujen tuottamisvaihtoehtoja on syytä jatkuvasti arvioida. Vaihtoehtoisia tuotantotapoja voivat olla esimerkiksi palvelusetelin käyttöönotto tai oman toiminnan määräaikaisten ulkoistamiset.

Taustaa

Kiireettömään hoitoon pääsy terveysasemilla on viime vuosina parantunut. Saatavuus ei kuitenkaan ole edelleen riittävä, koska kolmas vapaa aika lääkärille (T3) on toukokuussa 2016 saatavilla keskimäärin 16 vuorokaudessa. Myös terveysasemien väliset erot ovat suuria. Tavoitteena on, että kolmas vapaa aika lääkärille (T3) olisi saatavilla keskimäärin 14 vuorokauden kuluessa kaikilla terveysasemilla.

Terveysasematoimintaa on kehitetty Helsingissä vuosia. Toimintatapamuutoksissa ovat korostuneet työnjaon selkeyttäminen, palvelujen integraatio ja lisääntyvästi myös digitalisaatio ja omahoito. Monisairaalan potilaan hoitomalli vuonna 2009 koordinoi hoitoa, ja työparimalli vuonna 2010 selkeytti työnjakoa. Listautumismalli ja lääkäreiden paikallinen sopimus tukivat vastaanottoa, ja Hyvä Potku -hanke vuonna 2013 tehosti edelleen lääkärivoimavarojen käyttöä. Jalkautuvat erikoislääkäripalvelut parantavat yhteistyötä, ja ryhmätoiminnan käynnistyminen vuonna 2013 toi vaihtoehdon vastaanotoille. Sähköinen terveystarkastus ja –valmennus aloitettiin lte nettiin -ohjelmalla vuonna 2014. Uusimpina on toteutettu vuonna 2015 monisairaalan paljon palveluja käyttävän asiakkaan koordinoitu hoito, niin sanottu hoitovastaavamalli, ja vuonna 2016 toiminnallisen integraation kokeilu, niin sanottu vastuuhenkilömalli Vuosaarella.

Helsinki järjestää avosairaanhoidon palvelut kattavasti ja edullisesti. Avosairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2014 väestöstä Helsingissä 49,3 %, Espoossa 42,6 % ja Vantaalla 51 % (Vantaan luku sisältää päivystyksen käytön). Helsingin kustannus / asiakas / vuosi oli 276€ vuonna 2014. Kahdentoista suuren kunnan vertailussa Helsingin kustannukset olivat indeksoituna 0,92, Espoossa 1,01 ja Vantaan 1,09, eli Helsingin kustannukset ovat 8 % suurten kuntien keskiarvoa (indeksi 1,00) edullisemmat.