

5.10.2020

KEMIJÄRVEN KAUPUNKI



Hoitoketjun kehittämisprojekti

Projektisuunnitelma

Versio	Pvm	
0.8	1.10.2020	Kemijärven kaupunginhallituksen ja hyvinvointilautakunnan iltakoulu
0.9	2.10.2020	Kemijärven kaupunginhallitukselle lähetettävä
1.0	5.10.2020	Kaupunginhallituksen hyväksymä suunnitelma

Sisällysluettelo

1	Projektin taustaa	5
2	Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä tunnuslukuja	7
3	Projektiin liittyvät valtakunnalliset hankkeet	12
	3.1 Valmisteilla oleva sote -uudistus	12
	3.2 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma	12
	3.3 Tuusulan malli	14
4	BSC malli ja muutoksen hallinta	15
5	Projektin tavoitteet	16
6	Projektin organisointi	19
7	Riskien hallinta ja niihin varautuminen	20
8	Projektiin liittyvät tehtäväkokonaisuudet	21
9	Projektin aikataulutus	22
10	Projektiin liittyvät hankinnat ja niiden hallinta	22
11	Projektin budjetti ja resurssointi	22
12	Projektin raportointi	22
13	Projektin viestintä	22

Kuviot

Kuvio 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot v. 2018 maakunnissa	7
Kuvio 2: Sosiaali- ja terveydenhuollon netto- ja tarvevakioidut menot -indeksi maakunnittain v. 2018	8
Kuvio 3: Sosiaali- ja terveydenhuollon netto- ja tarvevakioidut indeksit sairaanhoitopiireittäin v. 2018	9
Kuvio 4: Lapin shp:n alueen kuntien terv.- ja vanh.huollon netto- ja tarvevakioituja menoja koskevat indeksit v. 2018.....	9
Kuvio 5: Episodituottavuuden kehitys keskussairaaloissa v. 2014–2018.....	10
Kuvio 6: Keskussairaaloiden tuottavuus v. 2018	10
Kuvio 7: Lapin shp:n kuntien 65 v. täyttäneiden %-osuus ja 75 v. %-osuus 65 v. täyttäneistä.....	11
Kuvio 8: BSC kehikko.....	15
Kuvio 9: BSC:n syy-seuraus -kuvaus.....	16
Kuvio 10: Kemijärven kaupungin organisaatorakenne 27.9.2020.....	19
Kuvio 11: Projektioorganisaatio.....	20
Kuvio 12: Projektin riskimatriisi	21

Kuviot

Taulukko 1: Yhteenvetotaulukko asiakkaita koskevista tavoitteista, keinoista ja mittareista	17
Taulukko 2: Yhteenvetotaulukko prosesseja koskevista tavoitteista, keinoista ja mittareista	18
Taulukko 3: Yhteenvetotaulukko henkilöstöä koskevista tavoitteista, keinoista ja mittareista	18

Hoitoketjun kehittämiprojekti

1 Projektin taustaa

Kemijärven kaupungissa on hyväksytty Perlaconin tekemän analyysin pohjalta talouden tasapainottamisohjelma syksyllä 2019. Ohjelman toimeenpano on aloitettu v. 2020 ja se on ajoitettu vuosille 2020–2022, jonka jälkeen keinojen vaikuttavuus jatkuu edelleen. Tavoitteena on ollut löytää pysyviä keinoja talouden tasapainottamiseksi n. 5 M€:n edestä- Ohjelman toimenpiteet muodostuvat palvelurakenteen muutoksista, toimintojen uudelleen organisoinnista, toimintojen / palvelujen lopettamisesta, supistamisesta ja laadun laskemisesta sekä ns. yleisistä ja juustohöylä toimenpiteistä. Talouden tasapainottaminen ei onnistu ilman henkilöstövaikutuksia. Ohjelman toteutus lähtee toiminnoista, tehtävien järjestelyistä ja työkaluista, säästyvät eurot seuraavat rakennemuutoksia. Henkilötyövuosien säästöihin pyritään pääsääntöisesti eläköitymistä hyödyntämällä ja määräaikaisten työsuhteiden määrää vähentämällä. (Lähde: Perlacon raportti) Lisäksi vapautuvien vakanssien täyttämistä tulisi harkita hyvin kriittisesti, kunnes rakenteelliset uudistukset on saatu tehtyä.

Perlaconin laatiman raportin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon talouden tasapainottamisen keinot muodostuvat seuraavista keinoista:

1. Ikäihmisten palvelut
 - Palvelurakenteen keventäminen
 - Tehostetun palveluasumisen vähentäminen
 - Lyhytaikaiseen hoivaan perhehoitoa
 - Palvelutarpeen tarkempi määrittäminen
 - Kotihoidon kokonaisvaltainen tarkastelu
 - Kotihoidon resurssin laajentaminen kaikkiin yli 18 v.
 - Ikäihmisten päivätoiminnan ulkoistaminen
2. Vammaisten palvelut
 - Kotihoidon tuottaminen omasta kotihoidosta
 - Asunnonmuutostyöt
 - Määräaikaiset asumispalveluratkaisut
3. Terveyspalvelut
 - Vuodeosastopaikkojen tarkastelu
 - Seudulliset palvelut
 - Tehtävänkuvien tarkistaminen
 - Etäpalvelut

- Asiakasmaksujen maksaminen yksikköön (korttimaksu)
 - Aukioloaikojen supistus
 - Palvelutason lasku
 - Suun terveydenhuolto
 - ESH:n kustannukset
4. Perhepalvelut
- Sosiaaliohjaajan palkkaaminen
 - Lastenvalvojan ja lastensuojelun sosiaalityö seudulliseksi palveluksi
 - Lastensuojelun sijaishuolto -kilpailutus
 - Tukihenkilötoiminta omaksi toiminnaksi
 - Ei lakisääteiset palvelut (välivuokraus ja sosiaalinen luototus)
5. Aikuisten psykososiaaliset palvelut
- Oma psykologi
 - Äännekoulu
 - Palveluohjaus
 - Neuropsykologinen valmennus
 - Henkilöstörakenteen uudelleen tarkastelu
 - Organisaatiomallin uudistaminen (1) sosiaali- ja perhepalvelut, 2) terveystalot, 3) ikäihmisten ja vammaispalvelut
 - Korvaushoidon siirtäminen terveyskeskukseen
 - Tilaratkaisut

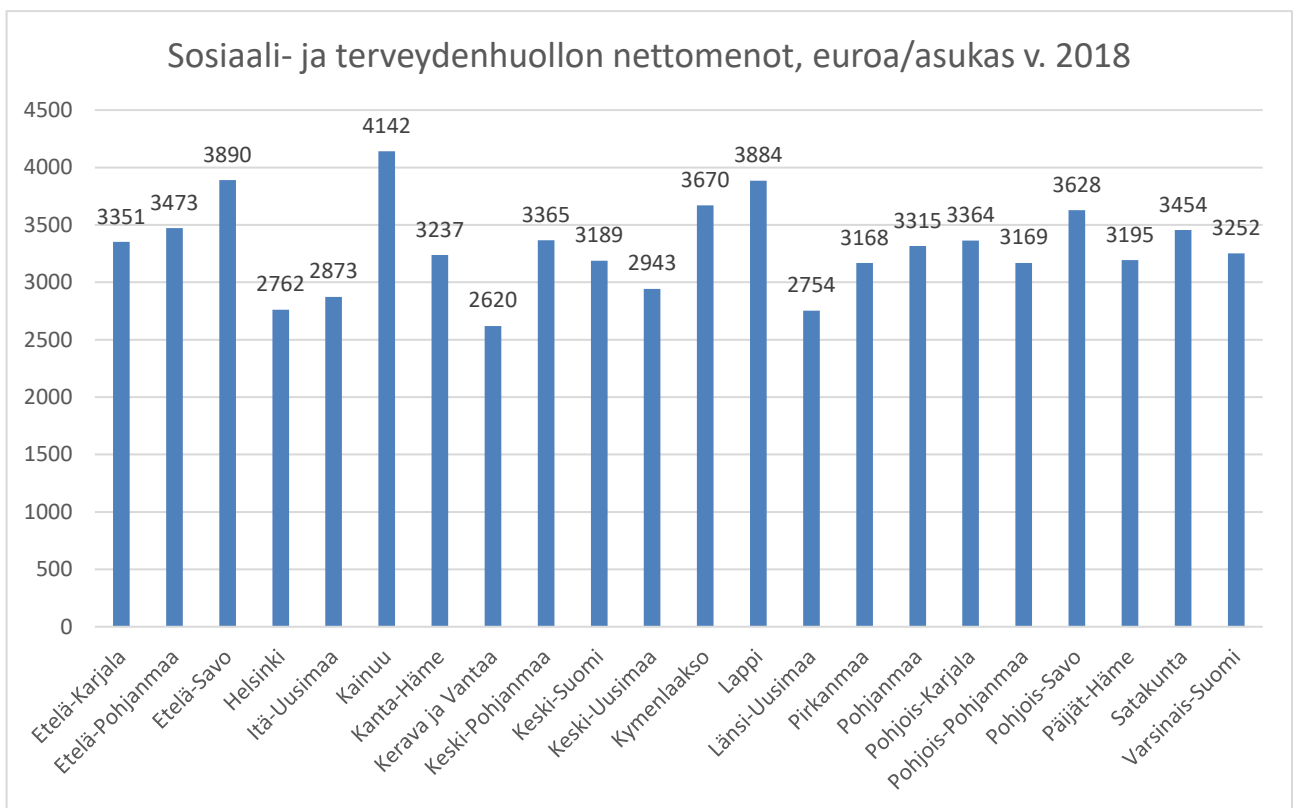
Perlacon suositti myös ulkopuolisen muutosagentin palkkaamista muutoksen jalkauttamisen varmistamiseksi. Muutosagenttina aloitti huhtikuussa Maija Valta. Keväällä 2020 vallinneen Korona-tilanteen vuoksi hän pääsi aloittamaan työnsä kesällä 2020. Hän oli mukana toimenpiteiden jalkauttamisessa, mutta hän jalkautui myös kentälle ja kävi tutustumassa ja havainnoimassa toimintaa kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotiutustiimin mukana. Lisäksi hän oli havainnoimassa päivystyksen toimintaa. Perlaconin toimenpiteistä osa on jo toteutettu, mutta osasta esitettyjä toimenpiteitä ei tulla saavuttamaan niille asetettuja säästötavoitteita tai säästöt jäävät hyvin näennäisiksi. Havainnointien perusteella suurimmat säästöt tullaan saavuttamaan suurilla rakenteellisilla muutoksilla, jotka koskettavat useita eri palvelualueita. Säästöjen lisäksi muutoksilla tavoitellaan ensisijaisesti asiakkaiden palvelujen parempaa ja nopeampaa saatavuutta, jolloin samalla päällekkäisen työn määrä ja vastualueiden osainnointi vähenee. Säästöt eivät siis aina tarkoita palvelutason laskua vaan prosesseja järkevöittämällä myös asiakkaiden saamat palvelut paranevat.

2 Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä tunnuslukuja

Projektia käynnistettäessä on hyvä päivittää sekä Kemijärven kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksia koskeva tilannekuva viimeisimmän valtakunnallisen vertailutiedon avulla.

Lapin maakunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot asukasta kohti ovat maakunnista kolmanneksi suurimmat 3884 €/asukas v. 2018 (kuvio 1). Vain Etelä-Savossa ja Kainuussa kustannukset ovat suuremmat. Etelä-Savo on myös Suomen sairaimpia alueita.

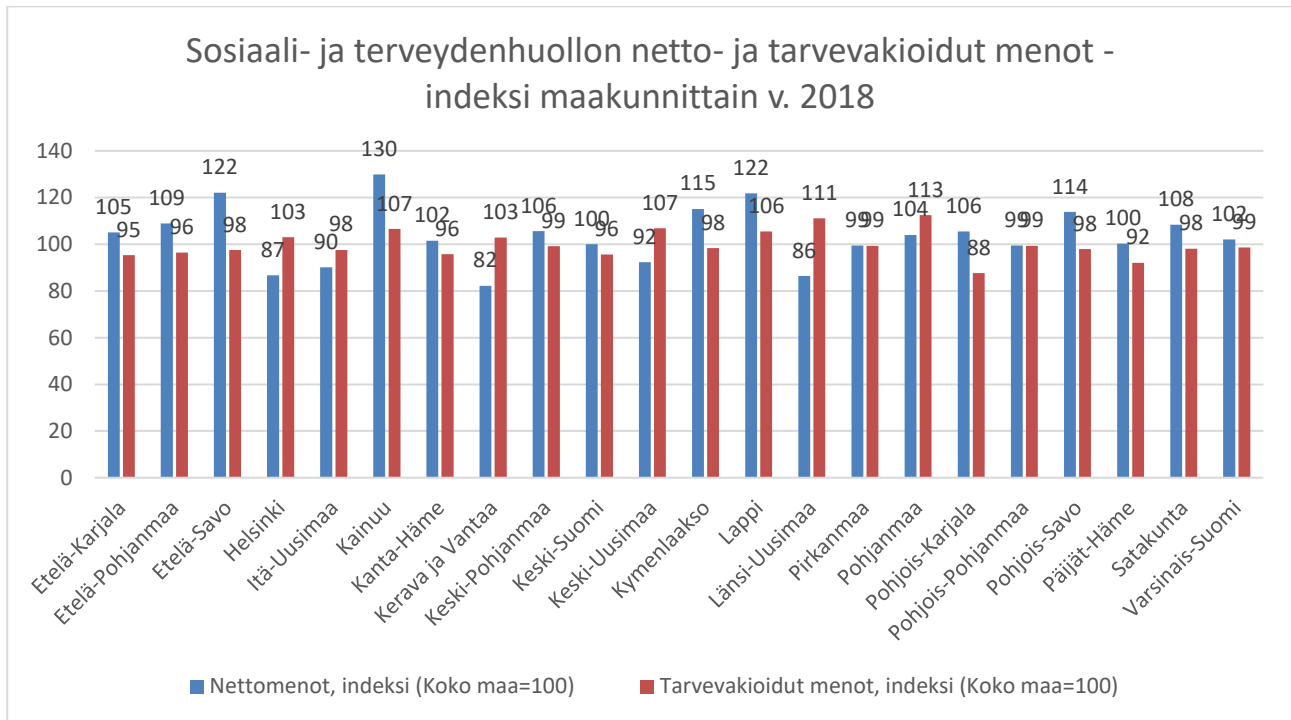
Kuvio 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot v. 2018 maakunnissa ¹



¹ Kunta- ja sairaanhoitopiirijakona on käytetty vuoden 2018 mukaista aluejakoa (pl. Ahvenanmaa), ja maakuntajakona on valtioneuvoston päätöksen (29.8.2019) mukainen maakuntajakko.

Suurimmassa osassa maakuntia nettomenot ylittivät tarvevakioidut menot selkeästi. Lapin maakunnassa nettomenojen indeksi on 122 ja tarvevakioidujen menojen indeksi 106 (kuvio 2).²

Kuvio 2: Sosiaali- ja terveydenhuollon netto- ja tarvevakioidut menot³ -indeksi maakunnittain v. 2018

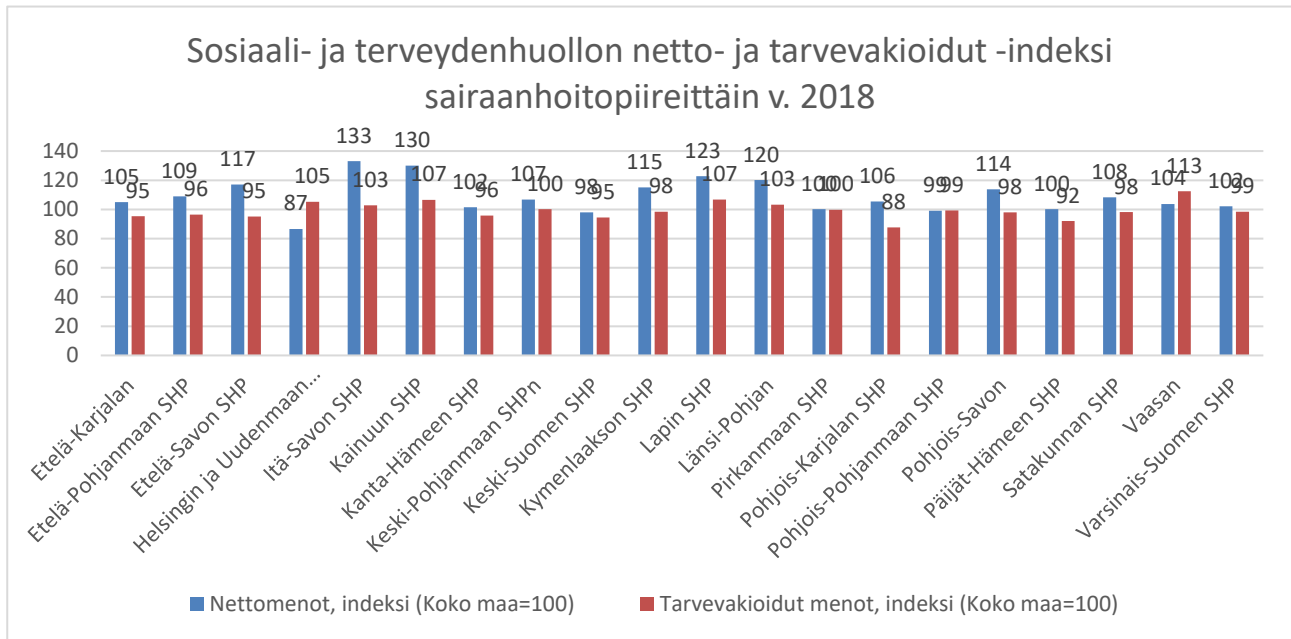


Lapin sairaanhoitopiirin alueella sosiaali- ja terveydenhuollon nettoindeksi on 123 ja tarvevakioidut menot indeksi 107 eli Lapin sairaanhoitopiirin alueella sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytetään selkeästi tarvetta enemmän rahaa (kuvio 3)

² Lähteet: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/rahoitus/tarvevakioidut-menot>, <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/tilastot-ja-erillisselvitykset/kuntien-sosiaali-ja-terveydenhuollon-nettokustannukset-euroaasukas>

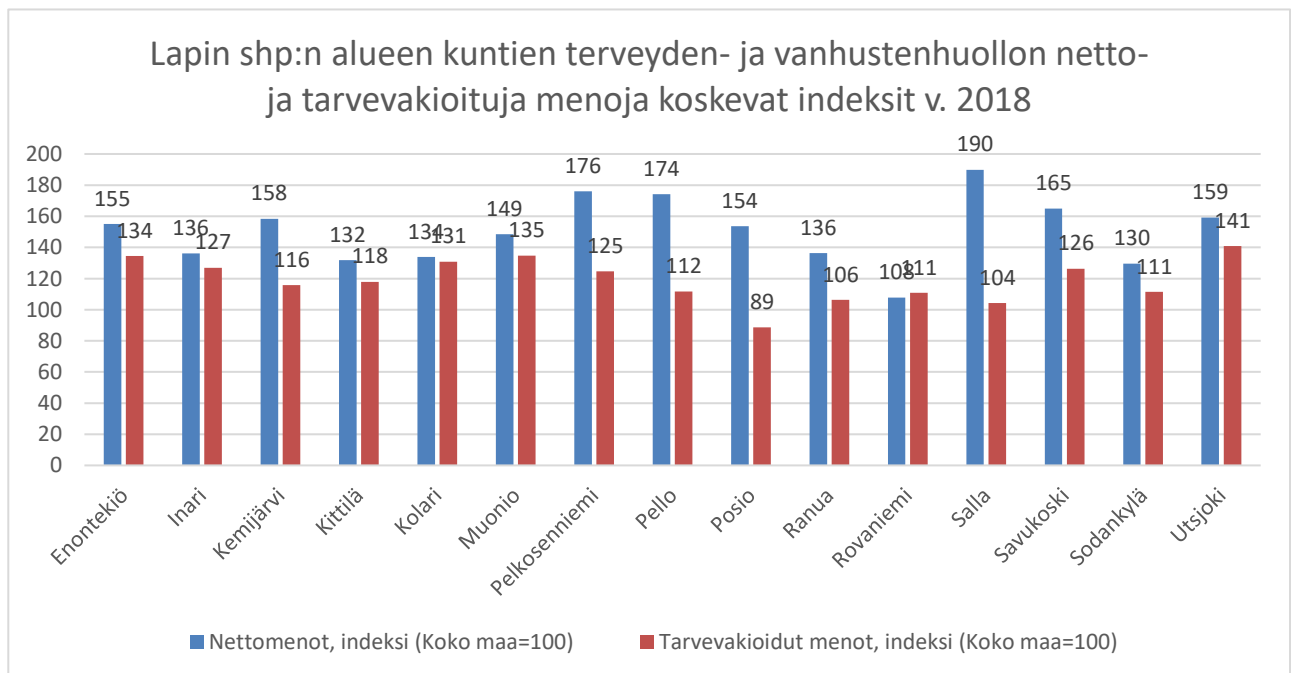
³ Tarvevakioidut menot on vertailuaineisto, joka tekee kuntien menot vertailukelpoisiksi. Tarvevakioidut menot saadaan suhteuttamalla alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot asukkaiden palvelutarpeisiin. Tarvevakioidut menot esitetään erikseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollolle että terveyden- ja vanhustenhuollolle kuntien, sairaanhoitopiirien ja maakuntien mukaan.

Kuvio 3: Sosiaali- ja terveydenhuollon netto- ja tarvevakioidut indeksit sairaanhoitopiireittäin v. 2018



Vuonna 2018 Lapin sairaanhoitopiirin alueella kaikissa kunnissa, Rovaniemeä lukuun ottamatta, terveyden- ja vanhustenhuollon kustannukset olivat tarvetta suuremmat. Kemijärvellä nettomenoja kuvaava indeksi oli 152, kun tarvetta kuvaava indeksi oli 116. Lähimpänä tasapainoa olivat Rovaniemen lisäksi Kolarin ja Inarin kunnat (kuvio 4).

Kuvio 4: Lapin shp:n alueen kuntien terv.- ja vanh.huollon netto- ja tarvevakioidut indeksit v. 2018



Lapin keskussairaalan episodituottavuuden indeksi on laskenut vuodesta 2014 vuoteen 2017 (100-> 94 -> 93 -> 90). Vuonna 2018 indeksi oli sama kuin vuonna 2017 eli 90.

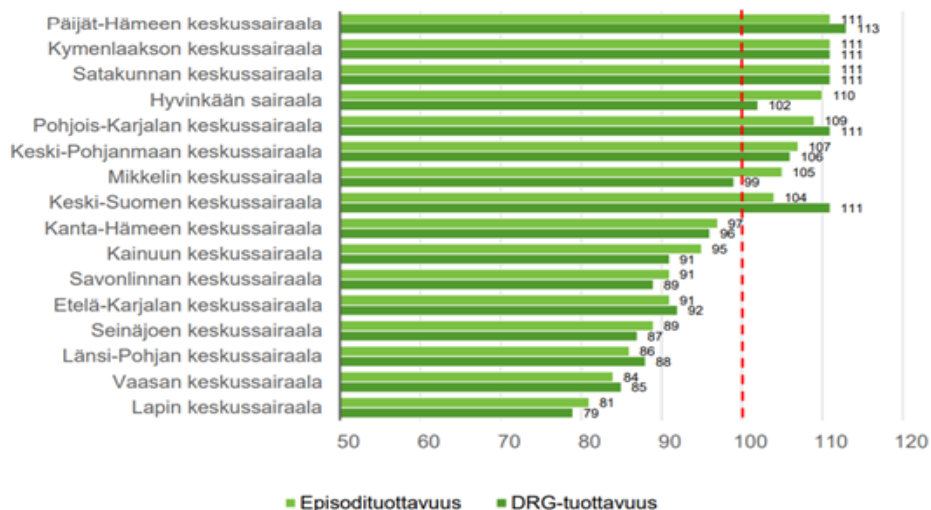
Kuvio 5: Episodituottavuuden kehitys keskussairaaloissa v. 2014–2018

Keskussairaalat	Episodituottavuus				
	2014	2015	2016	2017	2018
Etelä-Karjalan keskussairaala	100	104	98	99	96
Hyvinkään sairaala	100	99	102	101	101
Kainuun keskussairaala	100	96	97	81	92
Kanta-Hämeen keskussairaala	100	106	108	107	103
Keski-Pohjanmaan keskussairaala	100	111	108	117	121
Keski-Suomen keskussairaala	100	106	108	115	112
Kymenlaakson keskussairaala	100	102	101	122	116
Lapin keskussairaala	100	94	93	90	90
Länsi-Pohjan keskussairaala	100	99	105	99	87
Mikkelin keskussairaala	100	113	108	114	106
Pohjois-Karjalan keskussairaala	100	100	94	98	97
Päijät-Hämeen keskussairaala	100	106	103	102	106
Satakunnan keskussairaala	100	101	106	117	118
Savonlinnan keskussairaala	100	105	107	108	110
Seinäjoen keskussairaala	100	107	113	110	108
Vaasan keskussairaala	100	98	107	106	99
Yhteensä	100	103	104	106	105

Lapin keskussairaalan tuottavuus oli keskussairaaloista heikoin v. 2018. Episodituottavuuden indeksi oli 81 ja DRG-tuottavuuden 79 keskimääräisen tuottavuusindeksin ollessa 100 (kuvio 6)

Lähde: <https://www.slideshare.net/THLfi/sairaaloiden-tuottavuus-2018>

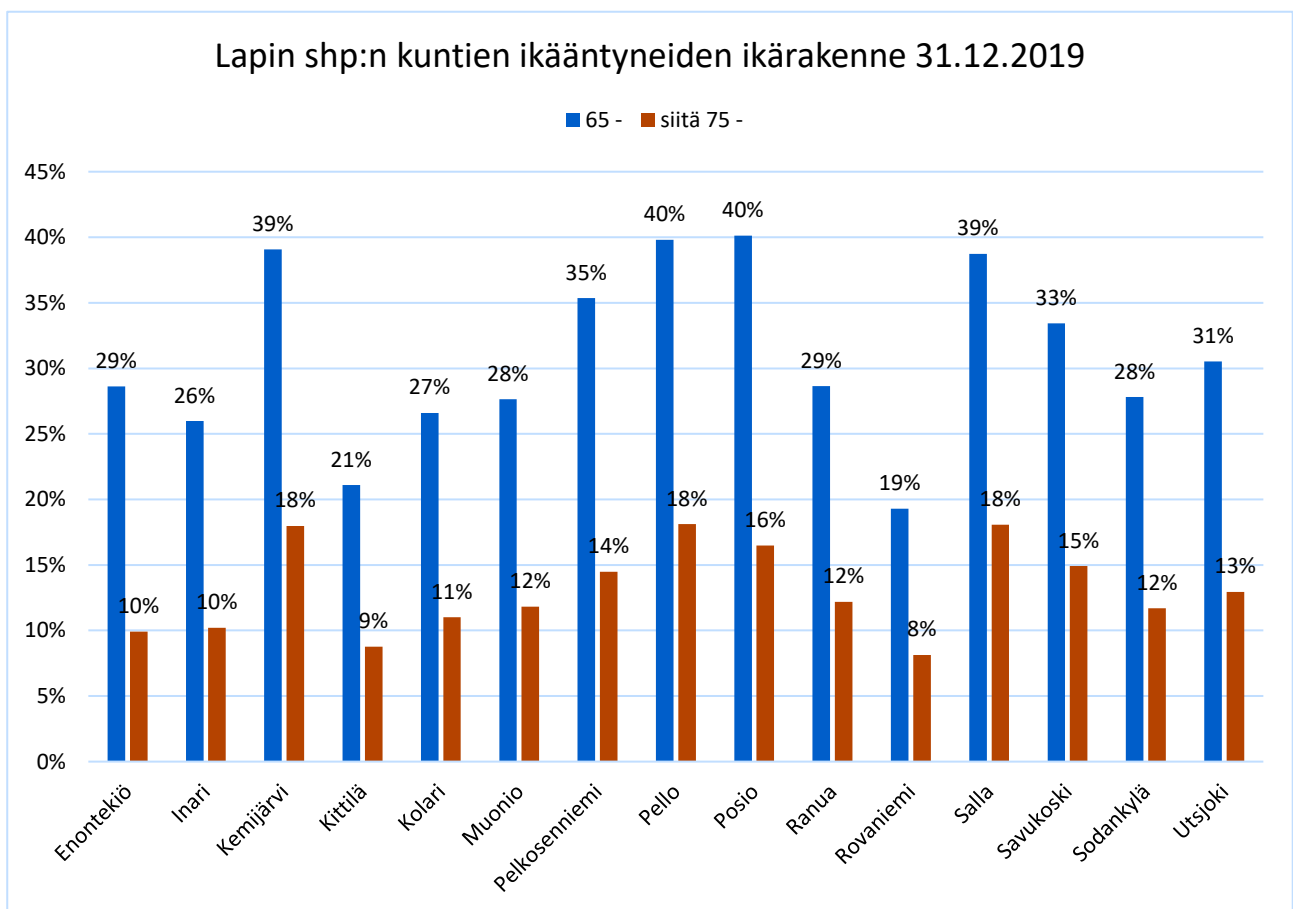
Kuvio 6: Keskussairaaloiden tuottavuus v. 2018



Lähde: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139096/Tr01_2020?sequence=5&isAllowed=y

Lapin sairaanhoitopiirin alueella olevista kunnista Kemijärvellä, Pellossa, Posiolla ja Sallassa on kaikista ikääntynein väestö. On kuitenkin huomattava, että väestön ikärakenne on huomioitu tarvevaikioituja palvelutarpeita ja kustannuksia arvioitaessa. Tästä syystä Kemijärven kalliita kustannuksia ei voi selittää pelkästään ikääntyneellä väestöllä. Ikääntynyt väestöpohja on kuitenkin erittäin tärkeää huomioida tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestettäessä. Sairauksien ennaltaehkäisyyn, kuntoutukseen ja kotona asumisen tukemiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tämä vaatii moniammatillista osaamista, resursseja, osaamista että ajattelutavan muutosta kaikilta tahoilta.

Kuvio 7: Lapin shp:n kuntien 65 v. täyttäneiden %-osuus ja 75 v. %-osuus 65 v. täyttäneistä.



Lähde: <https://www.kuntaliitto.fi/talous/kuntien-vaesto-ja-ikarakenne>

3 Projektiin liittyvät valtakunnalliset hankkeet

3.1 Valmisteilla oleva sote -uudistus

Valmistelussa olevassa sote-uudistuksessa pyritään kehittämään julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoa vastaamaan yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin. Uudistaminen on tarkoitus tehdä palvelut edellä, ihmiskeskeisesti ja yhdenvertaisesti. Tällä hetkellä hoitoon ja palveluihin pääsyä voi joutua odottamaan tarpeettoman kauan ja palvelupolku on pirstaleinen, jolloin kukaan ei ota kokonaisvastuuta asiakkaasta.

Suomen väestö ikääntyy nopeasti ja tarvitsee aiempaa enemmän palveluita. Syntyvyyden lasku vähentää työikäisten määrää ja verotuloja. Sote-uudistuksella tavoitellaan sekä kustannusten hillinnän kasvua että yhdenvertaisten palvelujen turvaamista myös tuleville sukupolville.

Sote-uudistuksen tavoitteena on siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon painopiste peruspalveluihin ja varhaiseen ongelmien ehkäisyyn ja nopeuttaa hoitoon pääsyä. Mahdollisuus saada apua varhaisessa vaiheessa on tärkeää, jotta ihmisen pienestä vaivasta ei kasva suuri. Kun ongelmia päästään ratkomaan varhain, erikoissairaanhoidon ja vaativien erityispalveluiden tarve ja kustannukset pienenevät.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksista ihminen saa tarvitsemansa avun yhden yhteydenoton kautta. Palveluja kehitetään ja sovitetaan yhteen katkeamattomiksi palveluketjuiksi ja kokonaisuuksiksi. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ohjaavat ihmisen sellaisiin palveluihin, joista hän saa tarvitsemansa yksilöllisen avun oikea-aikaisesti. Lisäksi toimintatapoja ja digitaalisia ratkaisuja kehitetään ihmislähtöisesti. Kehittäminen perustuu laaja-alaiseen osaamiseen ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten yhteistyöhön.

Sote-uudistus sisältää palvelujen kehittämisen lisäksi rakenteiden uudistamisen. Nykyisin kunnat järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimen. Tulevaisuudessa niistä vastaavat kuntaa suuremmat itsehallinnolliset alueet. Hallintorakenne uudistetaan, jotta hyvinvointi voidaan taata Suomessa myös tulevana vuosikymmeninä. Maakunnat tuottavat palvelut pääosin julkisina palveluina. Yksityiset toimijat ja kolmas sektori täydentävät niitä. Kunnat vastaavat edelleen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Päivähoito, opetus, liikunta ja kulttuuri pysyvät jatkossakin kunnilla. Uudistus toteutetaan hallitusti vaiheittain. Palvelujen kehittäminen ja uuden sote-rakenteen valmistelu alueilla mahdollistetaan valtion taloudellisella tuella. (Lähde: <https://soteuudistus.fi>)

3.2 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma

Sote-uudistuksessa peruspalveluja kehitetään Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa. Tavoitteena on, että tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksista asiakas saa kaikki tarvitsemansa sote-palvelut yhdestä paikasta. Keskuksiin on määrä koota perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon, sosiaalityön ja kotihoidon lähipalveluja, mielenterveys- ja päihdehuollon perustason palveluja, avokuntoutuspalveluja, kansansairauksien ehkäisyä sekä neuvola- ja muita ehkäiseviä palveluja.

Ohjelman tarkoituksena on perustaa Suomeen laaja-alaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia, joista ihminen saa palvelunsa sujuvasti ja avun yksilöllisiin tarpeisiin. Tarkoituksena on myös vahvistaa ihmisten luottamusta julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ohjelmalla parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä ottamalla käyttöön digi- ja mobiilipalveluja ja laajentamalla viikonloppu- ja iltavastaanotto toimintaa sekä matalan kynnyksen palvelupisteitä. Palvelujen painopistettä siirretään

erikoissairaanhoidosta perustasolle ja ehkäisevään työhön. Sosiaalihuollon roolia painotetaan aiempaa vahvemmin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa kehitetään siten, että asiakasta palvelevat moniammatilliset tiimit. Tulevaisuuden sote-keskuksissa perustyö voitaisiin organisoida omahoitotiimeihin, joihin kuuluu useita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Tähän ei tarvita lainsäädäntömuutoksia, vaan työnjakoasiat voidaan hoitaa modernilla johtamisella ja henkilöstöä kuunnellen. Kukin tiimi tekee keskinäisen työnjakonsa tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Osa asiakkaista ja potilaista tarvitsee sekä sosiaali- että terveystuolen pitkäaikaista ja moniammatillista tukea, osalla vaiva ratkeaa yhdellä kerralla.

Parhaimmillaan tiimit muodostuvat sekä kokeneista konkareista että uransa alussa olevista sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista. Näin noviisi pääsee laajentamaan osaamistaan työn ohessa, ja varmuus työhön kasvaa ammattitaidon kehittymisen myötä. Tiimimalli luo samalla myös luonnollisen rakenteen koulutus- ja harjoittelujaksojen ohjaukselle.

Kun tiimi on laaja-alainen, ammattilaisten keskinäinen konsultointi ja asiakkaiden ja potilaiden ohjaaminen asiantuntijoiden välillä on mutkatonta. Tiimityötä hyödyntämällä asiakas tai potilas ei jää yhden ammattilaisen harteille. Hoidon jatkuvuus on turvattu.

Tulevaisuuden sote-keskuksessa palvelun käyttäjällä on oltava vastuutyöntekijä. Eli yksi henkilö, joka tietää ihmisen kokonaistilanteen, olipa kyseessä sitten fyysinen sairaus tai tarve taloudellisen tuen hakemiseen. Tulevaisuuden sote-keskuksessa tavoitellaan uudenlaista sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista. Tavoitteeseen päästään, kun sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ovat toistensa vahvoja kumppaneita ja ammattiryhmät tiivistävät yhteistyötään. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksessa työskentelee sosiaalityön ja sosiaalihuollon, lääketieteen ja hammaslääketieteen ja hoitotyön ammattilaisia sekä eri alojen erityistyöntekijöitä kuten psykologeja, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja, ravitsemusterapeutteja ja puheterapeutteja. Esimerkkinä käytännön integraatiosta on mielenterveys- ja päihdepalvelujen kytkeminen vahvemmin osaksi tavallisia perustason palveluja, joita erikoissairaanhoido tukee.

Sosiaali- ja terveyskeskuksessa työskentelevien tukena ovat erikoistason konsultaatiot sekä digitalisaatiota hyödyntävät uudet toimintamallit. Asiakaslähtöisyyttä ja työntekijöiden kehittymistä sekä hyvinvointia tuetaan näyttöön perustuvilla menetelmillä. Tutkimus- ja kehittämistoiminta tuodaan osaksi perustyötä.

Kehittämishjelman toimenpiteet on koottu viiden tavoitteen alle, joiden toteutumista seurataan puolivuositain. **Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –kehittämishjelmalla on viisi päätavoitetta**

1. Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen
2. Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön
3. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
4. Palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden varmistaminen
5. Kustannusten nousun hillitseminen

Digitaalisuuteen liittyvät toimenpiteet ovat osa kaikkien tavoitteiden toteutumista.

3.3 Tuusulan malli

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä ei jääty odottamaan sote-uudistuksen tuloa, vaan siellä ryhdyttiin kehittämään vastaanottoa v. 2018. Uuden toimintamallin tavoitteena oli asiakkaan hoitoon pääsyn nopeuttaminen, asiakaskokemuksen parantaminen sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen. Malli, jossa asiakkaalla on terveysasemalla oma yhteyshenkilö, otettiin käyttöön Jokelan, Kellokosken ja Hyrylän terveysasemien vastaanottoa v. marraskuussa 2018. Oma yhteyshenkilö oli nimetty huhtikuussa 2019 jo yli 11.000 asiakkaalle. Uusi toimintamalli osoitti toimivuutensa jo muutamassa kuukaudessa. Vuoden 2018 alkupuolella kiireettömän hoidon jono oli Tuusulassa 28 päivää, huhtikuussa 2019 jonoa kiireettömään hoitoon ei ollut ollenkaan. Saman mallin on ottanut Lapissa käyttöön Kolarin kunta.

Asiakkaalla oma yhteyshenkilö – hoito nopeutuu ja hoitotyytyväisyys paranee

Toimintamallissa asiakkaalla on terveysasemalla oma yhteyshenkilö, joka hoitaa asiakkaan kaikki asiat. Yhteyshenkilöllä on tukena moniammatillinen tiimi, mikä takaa konsultoinnin ja hoitovastuun sujuvan siirtymisen ammattilaisten välillä. **Hoito alkaa heti, kun asiakas ottaa yhteyttä terveysaseman omaan yhteyshenkilöön** ja jatkuu jouheasti läpi hoitoprosessin. Asiakas saa hoidon vaivaansa kohtuullisessa ajassa. Kun oma yhteyshenkilö ja asiakas tuntevat toisensa, nopeuttaa se hoitoa. Asiakkaan ei tarvitse kertoa, kuten ennen, sairaushistoriastaan joka kerta erikseen tai olla epätietoinen siitä, keneen terveydenhuollon ammattilaiseen ottaa yhteyttä kussakin asiassa. Hoito jatkuu oman yhteyshenkilön kanssa sujuvasti siitä, mihin se edellisellä kerralla päättyi. Kun osapuolet tuntevat toisensa voidaan hoito, asiakkaan vaivasta riippuen, toteuttaa sähköisiä ja kevyitä palveluja hyödyntämällä sekä etävastaanottoina. Asiakkaan ei tällöin välttämättä tarvitse lähteä terveysasemalle ollenkaan, vaan avunsaanti hoituu muilla keinoin.

Hoitosuunnitelma yhteistyössä asiakkaan kanssa

Hoitomallissa huomiota kiinnitetään pitkäaikaissairaisiin ja ennenaikaista kuolemaa aiheuttaviin terveysriskeihin, kuten depression, ylipainoon, tupakointiin tai alkoholin käyttöön. Nämä aiheuttavat muita terveysriskejä, joita asiakkaalla voi olla useampia. Tällaisia ovat esimerkiksi diabetes, verenpainetauti ja kohonneet kolesteroliarvot. Uudessa toimintamallissa on mahdollista hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisesti ja ennakoiden, havaita terveysriskit ennen kuin ne aikaansaavat sairastumisen. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakas määrittelee hoidon tavoitteet ja yhteistyössä oman yhteyshenkilön kanssa sovitaan keinot, tukitoimet ja seuranta, joilla tavoitteet saavutetaan. Terveystuollon ammattilaisen rooli on tukea ja kannustaa sekä pitää aktiivisesti yhteyttä asiakkaaseen, jotta asetetut tavoitteet saavutettaisiin. Asiakkaan osallistuminen ja omahoidon aktiivinen tukeminen parantavat hoitotuloksia.

Ajanvarauksesta luopuminen mullisti koko terveysaseman toiminnan. Nykyään asiakas soittaa terveyskeskukseen kerran ja saa heti oman hoitovastaavan, jolle on käytössä suora puhelinnumero. Jatkossa kaikista asioista soitetaan suoraan omalle hoitajalle. Hoitaja selvittää, millaista hoitoa asiakkaan soittama vaiva vaatii, ja tarkastaa samalla, mikä ihmisen kokonaistilanne on. Yli 70 prosenttia kaikista asioista pyritään hoitamaan etänä. Joskus hoitaja osaa suoraan ratkaista asian, joskus kysytään neuvoa lääkäriltä. Siksi lääkärit ja hoitajat työskentelevät samassa huoneessa. **Lähivastaanotto järjestetään vain niille asiakkaille, joiden fyysinen tapaaminen on oikeasti tarpeellista.**

”Lääkärin pitäisi pystyä jo konsultointivaiheessa kertomaan, miksi potilas on tulossa käymään. Tämä ei vielä täysin toteudu arjessa, mutta tarkoitus on, että ajatusprosessi käynnistyy lääkärin päässä alusta asti, eikä niin, että epäselvän tapauksen ratkaisemista lykätään kutsumalla asiakas käymään. Toimintamallissa on vielä hiottavaa, etenkin sähköisten palveluiden ja etävastaanottojen lisäämisessä sekä pitkäaikaissairaiden hoidon laajentamisessa entistä useammalle kuntayhtymän asukkaalle. Uskottavaa kuitenkin on, että jonottomuus pystytään pääsääntöisesti turvaamaan ja hoitotulokset saadaan paranemaan, millä on myös kauaskantoisempia hyötyjä kaikille osapuolille”, toteaa sairaanhoidon ylilääkäri Päivi Mäkelä-Bengs.

Lähteet:

<https://www.keski-uudenmaansote.fi/ajankohtaista/hyrylan-jokelan-ja-kellokosken-terveysasemien-uusi-toimintamalli-nopeuttaa-hoitoon-paasya/>

<https://www.mediuutiset.fi/uutiset/terveyskeskus-rysaytettiin-uusiksi-ajanvaraus-todettiin-taydeksi-hukaksi-ja-potilaiden-jaottelu-turhaksi/b8061660-827a-4929-b279-5cec5461175f>

4 BSC malli ja muutoksen hallinta

BSC (Balanced Score Card) eli tasapainotettu mittaristo kehitettiin aikoinaan Yhdysvalloissa yritysten suorituskyvyn mittaamisen tarpeisiin. Vaikka BSC kehitettiin nimenomaan yrityselämän tarpeisiin, on se osoittanut soveltuvuutensa myös julkisen sektorin organisaatioissa. Ilman vahvaa ja systemaattista johtamista tasapainoa ei saavuteta.

BSC koostuu neljästä näkökulmasta (kuvio 8):

1. Taloudellinen näkökulma
2. Asiakasnäkökulma
3. Sisäisten prosessien näkökulma
4. Oppimis- ja kasvunäkökulma

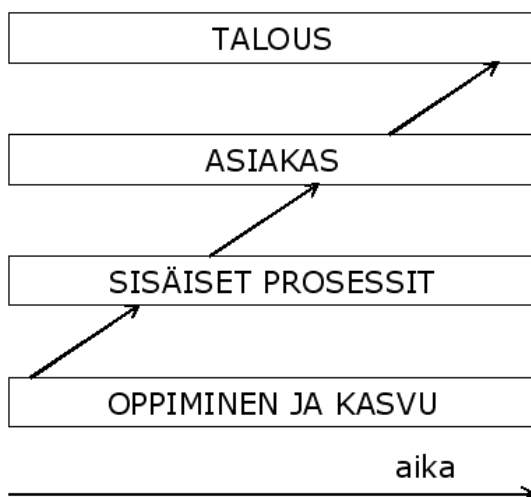
Kuvio 8: BSC kehikko



Kullekin näkökulmalle luodaan tavoitteet (5-10 kpl). Lähtökohtana ovat taloudelliset tavoitteet, joiden saavuttamisen keinot pohditaan ensiksi asiakasnäkökulmassa ja muotoillaan sitten tavoitteiksi. Tavoite-keinomäärittelyä jatketaan samalla tavoin muillekin näkökulmille, jonka lopputuloksena syntyy mittaristo, joka kuvaa sekä tuloksia, joihin halutaan päästä, että keinoja, joilla niihin aiotaan päästä.

Kun tavoite-keinohierarkia (tavoite → keino) luetaan keino-tavoitesuuntaan (keino → tavoite) ja kuvataan se aika-akselilla, saadaan kuvion 8 mukainen syy-seurauskartta. Syy-seuraussuhteen suunta on alhaalta ylös. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että alemman tason menestys on syy ja ylemmän tason menestys on seuraus. Kemijärven projektiin sovellettuna kuvio tarkoittaa sitä, että muutos lähtee ihmisistä, heidän motivaatiostansa ja halusta tehdä asioita toisin, kyseenalaistaa ja uudistaa toimintamalleja ja heidän halustaan oppia uutta. Tämän seurauksena prosessit kehittyvät ja uudistuvat, päällekkäinen työ jää pois ja toiminta tehostuu. Tämä näkyy puolestaan asiakkaiden nopeampana palvelujen saatavuutena ja parempana laatuina. Lopulta tämä näkyy Kemijärven kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten vähenemisenä. Eli taloudelliset tavoitteet saavutetaan toimintojen ja rakenteiden uudistamisella, ei yksittäisillä tempuilla tai toimenpiteillä.

Kuvio 9: BSC:n syy-seuraus -kuvaus



5 Projektin tavoitteet

Projektin tavoitteena on uudistaa Kemijärven kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vastaamaan Kemijärven kaupungin asiakastarpeita ja **vähentää kustannuksia Kemijärven kaupungin tarvevakioidujen kustannusten tasolle**. Vaikka kehittämisprojektin painopiste on avoterveydenhuollossa (päivystys, avovastaanotto toiminta), koskee kehittämistyö koko hoitoketjua mukaan lukien kotihoito (kotipalvelu, ksh), kotiutustiimi, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminenhoiva-asuminen, sairaalahoito ja erikoissairaanhoito. Rajapintoina ovat myös perhepalvelut, vammaisten palvelut, psykososiaaliset ja tukipalvelut sekä yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut.

Taulukoissa 1, 2 ja 3 on kirjattuna auki asiakkaita, prosesseja ja henkilöstöä koskevat konkreettiset tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. Mittarit täydennetään myöhemmin projektin edetessä. Keskeinen kysymys, johon mittareita mietittäessä tulee pystyä vastaamaan, on: ”Mistä tiedämme, että projekti on onnistunut?”

Asiakas

Tavoite	Keinot	Mittarit
Asiakas saa oikein mitoitettut ja oikea-aikaiset palvelut	Avovastaanotolla otetaan käyttöön tiimityömalli, jolloin kaikki potilaat pyritään hoitamaan ns. ”kerralla kuntoon” tai ainakin aloittamaan hoito kiireellisyydestä riippumatta Riskiryhmiin kuuluville / paljon palveluja tarvitseville asiakkailla nimetään ns. vastuuhenkilö	
Painopistettä siirretään korjauksista, raskaista ja kalliista palveluista ennaltaehkäiseviin ja toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin palveluihin	Kuntouttava hoitotyö Aktiivinen kuntoutus osaksi koko hoitoketjua Terveystiedon edistäminen	

Taulukko 1: Yhteenvedotaulukko asiakkaita koskevista tavoitteista, keinoista ja mittareista

Prosessit

Tavoite	Keinot	Mittarit
Päällekkäisestä työstä luovutaan	Asiakkaan hoito aloitetaan heti	
Prosesseja digitalisoidaan	Etätyövälineet (puhelin, chat, video, sähköiset palvelukanavat) otetaan täysimääräiseen käyttöön. Asiakas / potilas tulee paikan päälle vain silloin, kun se on erityisesti perusteltua.	

Prosesseja kehitetään koko palvelujärjestelmä huomioiden	Vastuualueiden osaoptimoinnista pois Kehitetään koko hoitoketjua, eikä vain osaa siitä	

Taulukko 2: Yhteenvetotaulukko prosesseja koskevista tavoitteista, keinoista ja mittareista

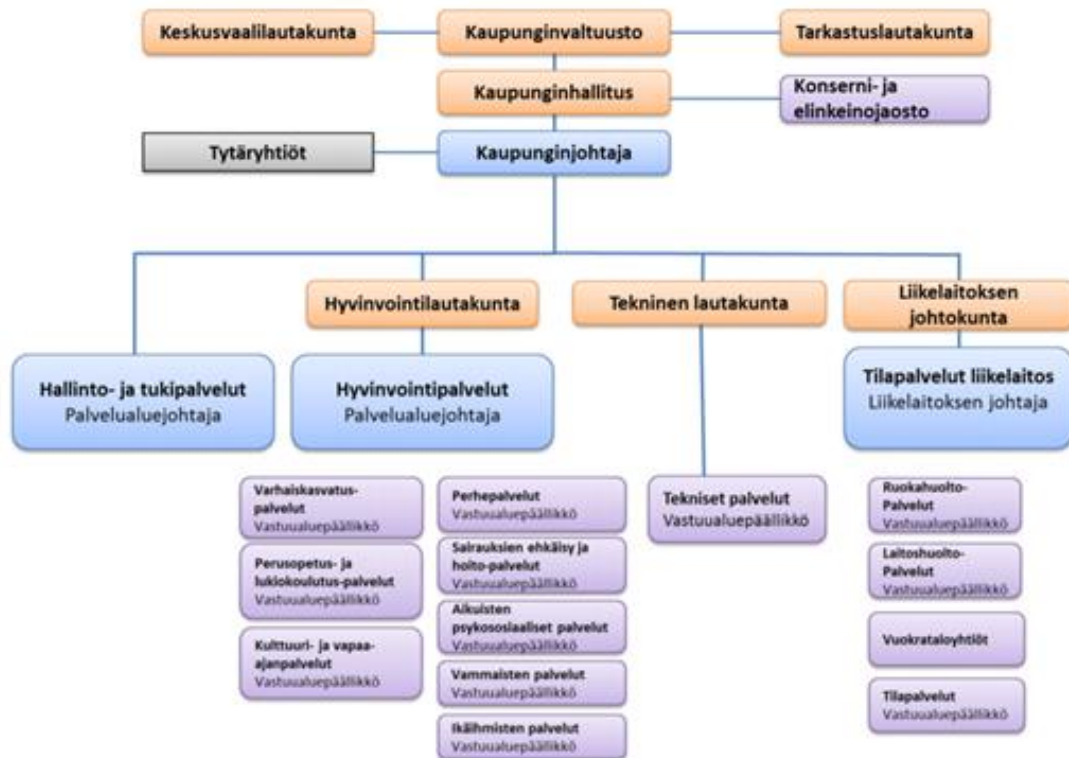
Henkilöstö

Henkilöstön osaamista hyödynnetään täysimääräisesti	Moniammatilliset tiimit Hoitajien osaamisen ja vastuun lisääminen osana koko hoitoketjua	
Työssä viihtyminen ja työmotivaatio paranee, työnkuva monipuolistuu	Koko henkilöstö otetaan mukaan toiminnan kehittämiseen.	
Eri yksiköiden välisten raja-aitojen murtaminen	Resurssien yhteiskäyttöisyys	

Taulukko 3: Yhteenvetotaulukko henkilöstöä koskevista tavoitteista, keinoista ja mittareista

Projektin lopputuloksena syntyy myös uusi Kemijärven kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva organisaatorakenne. Palveluja ja toimintamalleja uudelleen organisoitaessa sekä uutta organisaatorakennetta suunniteltaessa huomioidaan Lapin maakunnan sote-uudistuksen valmistelu ja sen mahdolliset linjaukset. Sote-uudistuksen valmistelua ei jäädä kuitenkaan odottamaan, sillä Kemijärven kaupungin taloudellisen tilanteen vuoksi projektin tulee edetä ripeästi. Organisaatorakenteen tulee tukea asiakkaiden tarvitsemia palveluja. Organisaatorakenteet eivät ole itseisarvo eikä niitä pidä luoda johtajia ja esimiehiä varten. Nykyinen Kemijärven kaupungin ja hyvinvointipalvelujen organisaatorakenne on kuvattu kuviossa 9.

Kuvio 10: Kemijärven kaupungin organisaatorakenne 27.9.2020



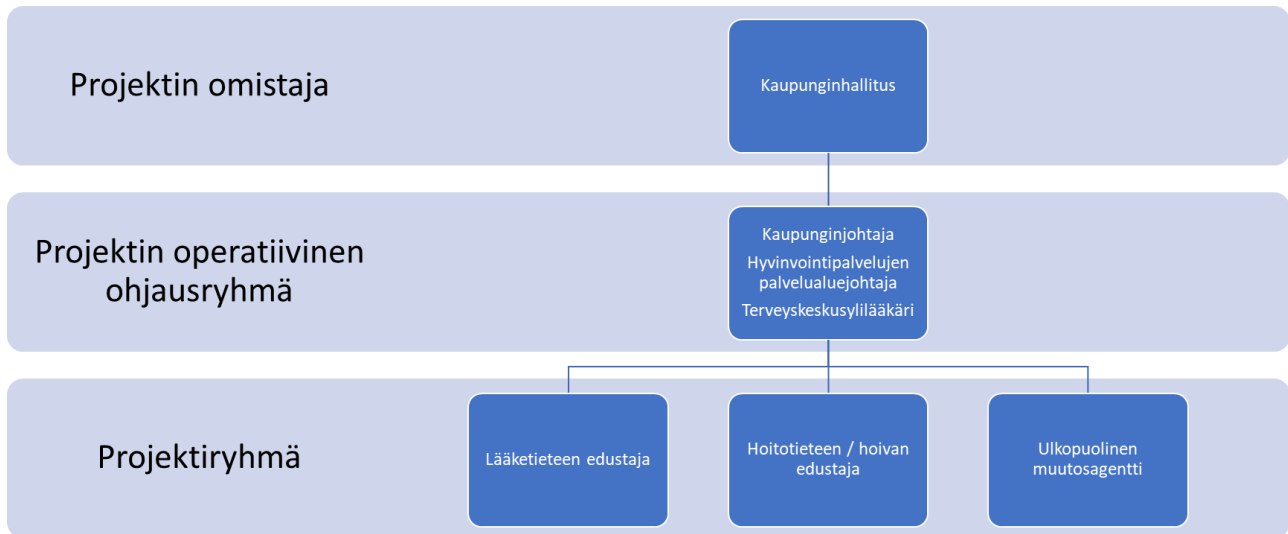
6 Projektin organisointi

Kemijärven kaupunginhallitus on tehnyt päätöksen projektin käynnistämisestä 21.9.2020 (KH 21.9.2023 § 253). Kaupunginhallitus toimii projektin **asettajana**, **omistajana** ja **ohjausryhmänä** ja projektin etenemisestä raportoidaan kaupunginhallitukselle kerran kuukaudessa.

Projektiryhmän ("projektiryhmän") muodostavat lääketieteen edustajana Anu Lautamo (50 %), hoito-/hoivatyön edustajana Päivi Piisilä (50 % työpanoksesta) ja ulkopuolisena muutosagenttina Maija Valta. Projektiryhmä hyödyntää ja kuulee työssään muita Kemijärven kaupungin palveluksessa olevia asiantuntijoita tilanteen ja tarpeen mukaan. Projektiryhmän tehtävänä on viedä projekti maaliin siten, että projektin tavoitteet toteutuvat sovitulla keinoilla ja sovitussa aikataulussa. Projektiryhmällä on vastuu ja velvollisuus luoda Kemijärven kaupungin asiakkaiden tarpeisiin soveltuva palvelujen tuottamisen malli. Projektiryhmä starttasi 1.10.2020 tilannekuvan äärellä ja jatkaa työskentelyä loka-kuussa tiivisti, vähintään 1 pv/ viikossa kasvotusten + muutoin etänä.

Projektin **operatiivisen ohjausryhmän** muodostavat kaupunginjohtaja Atte Rantanen, hyvinvointipalvelujen palvelualuejohtaja Juha Narkilahti ja terveyskeskuslääkäri Anne Poropudas. Operatiivisen ohjausryhmän rooli on varmistaa, että projektiryhmä saa tarvitsemansa resurssit käyttöönsä, viedä tarvittavat asiat päätöksentekoihin sekä tukea muutosten toimeenpanoa ja jalkauttamista.

Kuvio 11: Projektioorganisaatio



7 Riskien hallinta ja niihin varautuminen

Projektin toteutumiseen liittyy aina monia riskejä. Riskit on hyvä arvioida jo etukäteen sekä niiden vaikutusten, että niiden todennäköisen toteutumisen näkökulmasta.

Tässä projekteissa riskeiksi on tunnistettu seuraavat asiat ja niiden vaikutukset ja todennäköisyydet on sijoitettu kuvion 11 riskimatriisiin numeroilla. Mitä suuremman luvun riski saa sekä vaikutuksen että todennäköisyyden suhteen, sitä todennäköisemmin riskin arvioidaan toteutuvan ja vaikuttavan projektiin negatiivisesti. Suurimmat riskit liittyvät projektiryhmän resursseihin.

Riskit:

1. Projektiryhmä ei saa tarvittavaa työaikaa projektin läpiviemiseen tai projektiryhmän jäsen esim. sairastuu
2. Korona tilanne vaikeuttaa projektin läpiviemistä
3. Ylimmän johdon tuki ja sitoutuminen projektin tukemiseen
4. Poliittisten luottamushenkilöiden tuki ja työrauhan antaminen
5. Henkilöstön muutosvastarinta

Kuvio 12: Projektin riskimatriisi

Todennäköisyys	4				
	3				
	2	5		1	
	1		3, 4	2	
		1	2	3	4
		Vaikutus			

8 Projektiin liittyvät tehtäväkokonaisuudet

Tämä projekti liittyy erityisesti nykyisiin sairauksien ehkäisy ja hoito sekä ikäihmisten vastuualueisiin, mutta siinä on myös yhtymäpintoja myös vammaisten palveluihin, perhepalveluihin ja aikuisten psykososiaalisiin palveluihin.

1. Sairauksien ehkäisy ja hoito
 - Avovastaanotto toiminta
 - Sairaalahoido
 - Erikoissairaanhoito
2. Ikäihmisten palvelut
 - Kotiutustiimi / kotisairaala
 - Palveluasuminen / tehostettu palveluasuminen
 - Ikäihmisten laitoshoido
3. Vammaisten palvelut
4. Perhepalvelut
5. Aikuisten psykososiaaliset palvelut
6. Tukipalvelut

9 Projektin aikataulutus

Projekti toteutetaan ajalla 5.10.2020 – 31.12.2021 etupainotteisesti siten, että ensimmäiset 6 kk on tiivistä työskentelyä ja uusia toimintamalleja on otettu jo käyttöön. Muutos on iso sekä toiminnallisesti että kulttuurisesti ja se vaatii aikaa, mutta kaupungin taloudellinen tilanne huomioiden aikataulun on oltava kunnianhimoinen, mutta realistinen. Muutos on kuitenkin jatkuvaa eikä se pääty tämän projektin loppumiseen. Tarkempi aikataulusuunnitelma laaditaan aina kuukausittain ja sen toteutuksesta raportoidaan myös kuukausittain.

10 Projektiin liittyvät hankinnat ja niiden hallinta

Prosessien digitalisointia varten Kemijärven kaupunki tarvitsee modernit, nykyaikaiset, sähköiset etäkonsultaatio- ja toiminnan ohjaus- ja raportointiratkaisut. Uudet toimintamallit vaativat myös uudenlaisia tilaratkaisuja ja näihin palataan myös kuukausittaisessa tarkastelussa.

11 Projektin budjetti ja resurssointi

Projekti vaatii toteutuakseen lääketieteen ja hoito- ja hoivatyön edustajilta molemmilta 50 %:n työpanoksen ja sen lisäksi ulkopuolisen muutosagentin resurssoinnin. Lääketieteen ja hoitotyön edustajille tulee varata mahdollisuus tutustua Tuusulan malliin joko Kolarissa tai KeuSotessa. Nimetyn projektiryhmän kustannukset ovat n. 150 000 €. Tämän lisäksi projektissa hyödynnetään eri vastuualueiden asiantuntijoita osana heidän normaalia työpanostansa, jolloin ylimääräisiä kustannuksia ei synny. Moderneihin sähköisiin tuotannonohjaus- ja raportointijärjestelmiin tarvitaan n. 10000 € vuodessa.

12 Projektin raportointi

Projektin etenemisestä raportoidaan projektin asettajalle kaupunginhallitukselle kerran kuukaudessa. Raportoinnin yhteydessä kerrotaan mitä edellisen kuukauden aikana on tehty ja mitä seuraavan kuukauden aikana tullaan tekemään. Samassa yhteydessä käydään läpi ja päivitetään myös riskianalyysi ja mahdolliset haasteet /ongelmat projektin etenemiselle.

13 Projektin viestintä

Viestintä on erittäin tärkeä osa projektin onnistumisen näkökulmasta. Viestintäsuunnitelma tarkennetaan.

Projektin etenemisestä viestitään seuraaville tahoille:

- Kaupunginhallitus
- Hyvinvointilautakunta
- Kaupunginvaltuusto
- Tarkastuslautakunta

- Henkilöstö, henkilöstön edustajat / kehysryhmät
- Kuntalaiset / asiakkaat / potilaat
- Media
- Kolmas sektori, yksityiset toimijat

Viestimisen osalta laaditaan erillinen kuukausittainen viestintäsuunnitelma.