

Leini Sinervo (toim.)

Saumattomien toimintojen juurruttaminen

Juuria-hankkeen loppuraportti

Aiheita 26/2004

ISBN 951-33-1602-5
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2004

Tekijät Sinervo Leini (toim.)		Julkaisija Stakes	
		Kustantaja Stakes	
Julkaisun nimi Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Juuria-hankkeen loppuraportti			
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 26/2004			
Tiivistelmä <p>Teknologiatuettujen saumattomien palvelujen käyttöönotto ja juurrutus eli Juuria-hanke käynnistyi vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuspaketin rahoituksella. Hankkeen koordinaatio ja hallinnointi annettiin Stakesin Alueyhteistyöryhmälle. Juuria-hankkeen aluekoordinaattoriverkosto rakennettiin alkuvuodesta 2002, jonka jälkeen hankkeessa toimi 8–12 koordinaattoria eri puolilla Suomea kesäkuuhun 2003 saakka. Aluekoordinaattorit työskentelivät alueilla, jotka eivät ensivaiheessa kuuluneet saumattoman palveluketjun kokeilulain piiriin.</p> <p>Juuria-hanke myötävaikutti keskeisesti yhteistoimintaverkostojensa ansiosta kaikkien sairaanhoitopiirien alueellisten yhteenliittymien hakeutumiseen saumattomien palveluketjujen kehittämistä koskevan kokeilulain (811/2000 ja jatkolaki 1225/2003) pariin, mikä oli Juurian keskeinen tavoite alusta lähtien. Jatkolaki on voimassa vuoden 2005 loppuun saakka, minkä jälkeen pyritään pysyvän lain säätämiseen kehittämishankkeista saatujen kokemusten pohjalta.</p> <p>Juuria-hanke vahvisti tavoitteidensa mukaisesti alueellista, organisaatorajat ylittävää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon teknologiatuetuissa kehittämisessä. Hanke verkostoi alueiden kehittämishankkeita ja edisti niiden tulosten hyödynnettävyyttä muun muassa monensuuntaisen tiedon välittämisen avulla. Koordinaattorit kartoittivat alueidensa tilanteen ja edistivät yhteistä tahtotilaa kuntakäyntien, työkokousten, aluefoorumien ja erilaisten tapahtumien avulla. Hankkeessa osallistuttiin kartoitusten ja selvitysten tekoon ja organisoitiin valtakunnallisia ja alueellisia koulutustilaisuuksia sekä seminaareja. Hanke osallistui myös useiden työryhmien toimintaan, alueellisten hankkeiden valmisteluun, seurantaan ja niiden tunnetuksi tekemiseen.</p> <p>Tähän loppuraporttiin on koottu hankkeen aluekoordinaattoreiden ja yhteyshenkilöiden artikkeleita saumattomien palveluketjujen kehittämisen ympäriltä. Kokeilualuista mukana on Uudenmaan aluehanke Uuma ja siinä toteutettu kehittämistyö, hankkeen toteuttajien näkökulmasta. Muut kommentit ja pohdinnat keskittyvät alueellisiin ratkaisuihin seuduilla, joissa kokeilulain toimeenpano ei vielä ensivaiheessa ollut teknologisesti-toiminnallisen kehittämistyön taustalla. Artikkeleissa käsitellään palveluketjuajattelua ja teknologiaa niin organisaatioiden, työntekijöiden kuin kansalaisten näkökulmasta. Tarastelussa on myös yksityisen ja julkisen sektorin suhde sekä alueellinen yhteistyö ja joitakin konkreettisia esimerkkejä yhteistyön malleista. Raportti kokoaa yhteen ajatuksia ja tulkintoja hyvinvointiteknologioiden ja saumattoman palveluketjun kehittämisestä, alueellisista kokemuksista ja tulevaisuuden haasteista. Raporttiin on koottu myös alkuvuonna 2004 hankkeessa toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon teknologiahankkeiden kartoitus.</p> <p>Loppuraportti on artikkelikokoelma, jonka kirjoittajia ovat Erkki Aaltonen, Kari Harno, Pirjo Haukkaapää-Haara, Juhani Heikkinen, Esko Hänninen, Petteri Jääskeläinen, Aimo Korpilähde, Eila Korpivuoma, Tuula Palmén, Seija Parkkinen, Anitta Ruuska, Johanna Tulander-Välkki ja Eeva-Liisa Vesterinen.</p> <p>Raportin toivotaan hyödyntävän niitä toimijoita ja hankkeita, jotka hakeutuivat kokeilulain piiriin vuoden 2004 kuluessa sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallien kehittämisestä ja teknologiatuetuista palveluista kiinnostuneita tahoja.</p>			
Avainsanat Juuria-hanke, aluekoordinaattorit, saumattomat palveluketjut, sosiaali- ja terveydenhuollon teknologia, aluetietojärjestelmä, saumattoman palveluketjun kokeilulaki			
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)			
ISSN 1236-9845		ISBN 951-33-1602-5	
Kokonaissivumäärä 73		Kieli Suomi	Hinta 16 € (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2190 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450 www.stakes.fi/julkaisut			

Kirjoittajat

Aaltonen Erkki	projektipäällikkö/ Varsinais-Suomen aluekoordinaattori
Haukkapää-Haara Pirjo	Päijät-Hämeen aluekoordinaattori, TKK Lahden keskus
Harno Kari	Uudenmaan aluekoordinaattori, ylilääkäri, HUS
Heikkinen Juhani	Kaakkois-Suomen aluekoordinaattori, lehtori, Kymenlaakson amk
Hänninen Esko	johtaja, Alue- ja kuntapalvelut, Stakes
Jääskeläinen Petteri	Etelä-Pohjanmaan aluekoordinaattori, toiminnanjohtaja, EPTEK ry
Korpilähde Aimo	Kaakkois-Suomen aluekoordinaattori, erikoislääkäri, MedilT
Korpivuoma Eila	Lapin aluekoordinaattori, erikoissuunnittelija, Lapin lääninhallitus
Palmén Tuula	ohjelmajohtaja, Lääketieteen ja hyvinvoinnin teknologian osaamis- keskus
Parkkinen Seija	Itä-Suomen aluekoordinaattori, koulutussihteeri, ISAK-kehittämis- keskus
Ruuska Anitta	Itä-Suomen aluekoordinaattori, Kuopion yliopistollinen sairaala
Sinervo Leini	projektisuunnittelija, Stakes
Tulander-Välkki Johanna	Atk-päällikkö, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Vesterinen Eeva-Liisa	Keski-Suomen aluekoordinaattori, lääninsosiaalitarkastaja, Länsi- Suomen lääninhallitus Jyväskylän palveluyksikkö

Sisällys

Johdanto	7
<i>Esko Hänninen</i>	
Juuria-hanke vuosina 2001–2004	11
Tavoitteet ja toteutus	11
Aluekoordinaattoriverkosto	12
Saumattoman palveluketjun kokeilualueet	14
Kokeilulaki	14
Saumaton palveluketju ja kokeilulaki	14
Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköistä asiointia tukeva muu lainsäädäntö ja valtakunnallinen ohjaus	16
Case UUMA – Uudenmaan aluehanke	16
Uuman tausta ja hallinnointi	16
Tavoitteet ja toteutus	17
Vuosien 2004–2005 suunnitelma	17
Uuman arviointi	20
Alueellisia näkemyksiä saumattomuudesta ja sen edellytyksistä	26
Saumattomien palveluketjujen edellytyksiä – teknologia, muuttuvat toimintamallit ja alueellinen yhteistyö	26
<i>Anitta Ruuska & Pirjo Haukkapää-Haara</i>	
Potilaan saumaton palveluketju toimintamallien uudistajana	27
Terveydenhuollon toimijoiden välinen alueellinen yhteistyö	28
Miten tästä eteenpäin?	29
Saumattomat asiakaslähtöiset palveluketjut: haaste sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskäytölle	31
<i>Eeva-Liisa Vesterinen</i>	
Potilaskertomuksesta asiakaskertomukseen ja takaisin: tietojen kirjaamisen haasteita	32
Tietosuoja ja tietoturva palveluketjuissa	34
Lopuksi	35
Sairaanhoitopiirit alueellisen kehityksen koordinoijiksi	36
<i>Erkki Aaltonen</i>	
Kehittämistyö Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä	37
Sairaanhoitopiirit maakunnalliseksi koordinaattoriksi	38
Käytännön yhteistyö Varsinais-Suomessa	38
Alueellinen tiedon hallinta	39
Aluearkisto	39
Sosiaalitoimen asiakastiedon liittäminen tietokantoihin	40
Yksityisen sektorin ja kolmannen sektorin toiminnasta	40
Sähköinen asiointi ja terveydenhuollon palvelut kansalaisen näkökulmasta	41
<i>Petteri Jääskeläinen</i>	
Terveydenhuollon asiointi - omahoito- ja informaatiopalvelut kansalaisille	41
Kansalaisten kotihoito ja itsehoito	43
Puhelinneuvontapalvelut	44
Tulevaisuuden haasteet	44
Yksityisen ja julkisen sektorin rajapinnat ja yhteistyö	46
<i>Seija Parkkinen</i>	
Yksityisen hoiva-alan kehittämisyrittämykset HOPE	46
Julkisen palveluntuotannon kehittämisyrittämykset, toimintamalli ja sisältö	47
Kumppanuus ja uudet toimintamallit	48
Saumatonta palvelua Länsi-Pohjassa	50
<i>Ella Korpivuoma</i>	
Alueellinen tietojärjestelmä Länsi-Pohjassa	51

Kaapo-hanke	53
<i>Juhani Heikkinen & Aimo Korpilähde</i>	
Kahden eri organisaation näkemys	54
Forssan malli – terveydenhuollon saumattomuutta käytännössä	56
<i>Johanna Tulander-Välkki</i>	
Innovaatioista käytäntöihin	57
<i>Tuula Palmén</i>	
Hyvinvointisektorin vahvistumista edistäviä tekijöitä Uudellamaalla	57
Hyvinvointisektoria vahvistavan yhteistoimintamallin luominen	58
Yhteistoimintamallin mahdollisuudet	59
Yhteistoimintamallin testaaminen Uudenmaan Innovaatioista käytäntöihin -hankkeessa	59
Juurian hankekartoitus 2004	60
<i>Leini Sinervo</i>	
Aineiston kerääminen	60
Aineiston luokittelu	61
Hankkeiden sisällön mukainen luokittelu	62
Johtopäätöksiä – kohti seutukunnallisia ja alueellisia palvelukokonaisuuksia 2007	69
<i>Erkki Aaltonen</i>	

Johdanto

ESKO HÄNNINEN

Suomi on tieto- ja viestintäteknologian hyväksikäyttäjänä ja tuottajana yksi johtavista maista maailmassa. Kansainvälinen ja kansallinen taloudellinen taantuma, väestön ikärakenteen muutos, EU:n laajeneminen sekä globaalin kilpailun lisääntyminen ovat tuoneet yhteiskunnalle haasteita, jotka edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon vanhojen toimintojen kriittistä arviointia ja uusien mallien kehittämistä.

Terveydenhuollon menojen kasvu on johtanut siihen, että julkisuudessa on vaadittu terveydenhuollolta toimintojen tehostamista ja säästötoimia. Hoidon porrastus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja palveluketjujen merkitys on korostunut. Tämän hetkisinä, organisaatiokohtaisilla teknisillä ratkaisulla toimintoja on vaikea enää tehostaa, koska sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaprosesseja ei ole toistaiseksi suunniteltu kokonaisuutena asiakkaan näkökulmasta. Julkisuuksessa esitettyihin vaatimuksiin vastaaminen edellyttää muun muassa tietoteknologisten sovellusten tehokasta suunnittelua ja käyttöä. Yhteistyötä eri toimijoiden välillä on lisättävä.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla tietoteknologian kehitysohjelmat on aloitettu jo 1990-luvun puolivälissä. Vuonna 1996 julkistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Tästä alkoi vaihe, jonka aikana sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä muiden valtakunnallisten yhteistyötahojen, muun muassa Stakesin kanssa edistänyt tietoteknisiä innovaatioita. Valtioneuvoston 26.5.2000 tekemällä periaatepäätöksellä niin sanotusta tulevaisuuspaketista myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut otettiin tukitoimien piiriin. Tavoitteeksi asetettiin sellaisten uusien toimintamallien kehittäminen ja

käyttöönotto, joissa hyödynnetään uuden teknologian mahdollisuuksia.

Nykyisen hallituksen ohjelmassa, valtioneuvoston linjauksissa ja sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa vuoteen 2010 on asetettu useita tavoitteita, jotka koskevat kuntien keskinäistä, seudullista ja alueellista yhteistyötä. Tavoitteena on, että eri toimijat yhteistyössä hyödyntävät uutta tietoteknologiaa sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkaiden ja toimivien palveluketjujen kehittämiseksi tasapuolisesti koko maassa. Työssä noudatetaan sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian keskeisiä linjauksia saumattomuuteen perustuvien palvelumallien, alueellisten tietoverkkoratkaisujen sekä sähköisten informaatio- ja asiointipalvelujen kehittämiseksi.

Hallitus on laatinut myös erillisen tietoyhteiskuntaohjelman, jonka tarkoituksena on lisätä kilpailukykyä ja tuottavuutta, sosiaalista ja alueellista tasa-arvoa sekä kansalaisten hyvinvointia ja elämänlaatua hyödyntämällä tieto- ja viestintäteknikkaa koko yhteiskunnassa. Lisäksi ohjelman avulla pyritään säilyttämään Suomen asema yhtenä tieto- ja viestintäteknologian johtavista tuottajista ja hyödyntäjistä. Ohjelman avulla koordinoidaan valtionhallinnon omia toimenpiteitä horisontaalisella tasolla, jotta voidaan varmistua muun muassa siitä, että toteutettavat toimenpiteet eivät ole päällekkäisiä tai keskenään ristiriidassa. Ohjelma pohjautuu julkisen ja yksityisen sektorin läheiseen yhteistyöhön ja kumppanuuteen: hallituksen tietoyhteiskuntaa koskevat tavoitteet voidaan saavuttaa vain valtionhallinnon sisäisellä sekä valtionhallinnon, kuntasektorin, elinkeinoelämän ja muiden toimijoiden yhteistyöllä.

Palvelujen monituottajamalli on kehittymässä

Palvelujen monituottajamalli (welfare mix) kehittyy vähitellen kilpailutusikäntöjen laajentuessa. Monituottajamallin tietoinen käyttöönotto on myös erityinen osaamisalue. Yksityisten ja kolmannen sektorin organisaatioiden suunnitelmallinen kytkeminen kunnan palveluketjuihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen edellyttää monitahoista toiminnallista, taloudellista ja hallinnollista perehtymistä ja osaamisen kartuttamista. Tämä on haaste ja mahdollisuus myös Stakesille.

Saumattomien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien muodostamisessa ja hallinnassa tarvitaan tietoteknisiä ratkaisuja ja osaamista. Yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajien tietotekniikan ja henkilötietojen tur-

vallisuustason tulee olla samalla tasolla kuin kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien (tulevaisuudessa mahdollisesti sosiaali- ja terveystieteiden) tietotekniset järjestelmät. Tämä näkökulma korostuu palvelujen monituottajamallin yleistyessä ja edellyttää kaikkien palveluntuottajien henkilöstön kouluttamista.

Aluetietojärjestelmien ja sähköisten asiakas- ja potilaskertomusjärjestelmien käyttöönotto on haaste kuntien tilaajaorganisaatioiden ja tarjoavien tuottajaorganisaatioiden väliselle yhteistyölle. Jotta yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voisivat integroitua kuntien ja kuntayhtymien palveluihin ne tulisi ottaa mukaan asiakasryhmäkohtaisten palveluketjujen ja -verkostojen kehittämiseen.

Juuria-hanke toimi saumattomien palvelujen kehittämisen tukena koko maassa

Sosiaali- ja terveysministeriön tukemana Stakes käynnisti Juuria-projektin saumattomien palveluketjujen ja tietoteknologian käytännön sovellutusten edistämiseksi. Juuria-hankkeen toteutus aloitettiin Stakesissa keväällä 2001. Alueen toimintoja valmistelemaan ja koordinoimaan Stakes teki alueellisten organisaatioiden kanssa yhteistyösopimuksia, joiden puitteissa eri alueilla tapahtuvaa kehittämistyötä varten palkattiin kaikkiaan 12 aluekoordinaattoria, joiden toiminta jatkui kesään 2004 saakka. Lounais-Suomen alueella toiminta jatkuu vuoden 2004 loppuun.

Juuria-hanke suunniteltiin vuonna 1998 käynnistyneen Satakunnan makropilotin valtakunnallisen koordinoitavuuden yhteydessä. Valmistunut hyväksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto- ja juurrutussuunnitelma julkaistiin sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuna (STM 2001: 11). Suunnitelmaa valmisteltaessa perehdyttiin tuolloin käynnissä olleisiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Tekesin rahoittamiin sosiaali- ja

terveysalan tietoteknologiahankkeisiin järjestämällä eri puolilla maata projektien ja niiden tulosten esittelykokouksia. Valmistelu tukeutui myös innovaatioita ja niiden levittämistä koskeviin tieteellisiin koti- ja ulkomaisiin julkaisuihin.

Juuruttamisprosessin keskeiset teemat jaettiin kolmeen koriin: saumattomia palveluketjuja tukevat toiminnalliset ja tekniset innovaatiot, kuntien alueellisen yhteistyön ja tilaajaosaamisen kehittäminen sekä yritys yhteistyön periaatteiden selkiyttäminen. Juuria-hankkeen lähtökohdista olivat muun muassa hyvien ratkaisujen tunnistaminen yhdessä asiantuntijatahojen kanssa, maakuntien ja alueiden erilaisuus, vuorovaikutteisuus ja yhteistoiminta, hyvien toimintamallien tunnetuksi tekeminen ja levittäminen, niiden käyttöönoton edistäminen ja juurruttaminen osaksi ammatillisia palvelukäytäntöjä. Keskeisiä keinoja olivat kansallisten ja alueellisten toimijaverkostojen sekä aluekoordinaattoreiden toiminta. Kullakin maantieteellisellä alueella koottiin alueellinen kehittämis-

foorumi, joiden tehtävät sovittiin yhteen tekemällä tunnetuksi aluekohtaista hankesalkua. Sen avulla alueellista kehittämistä ohjattiin rakenteeltaan ja sisällöltään riittävän kattavaksi uusien toimintamallien ja teknisten ratkaisujen hyödyntämisen varmistamiseksi.

Juuria-hankkeen rinnalla on toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston tavoite 3 -ohjelmasta rahoitettua sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoteknologiavalmiuksia kehittävää TIVA-projektia, jonka toiminta jatkuu vuoden 2005 alkuun. Kiinteä yhteistyö toteutui myös Juuria-hankkeen sekä kauppa- ja teollisuusministeriön sekä TE-keskusten valtakunnallisen hoiva-alan yrittäjyyden kehittämishankkeen kanssa. Juuria-hankkeen edustajat toimivat sekä hoivayrittäjyyden valtakunnallisessa että joissakin alueellisissa ohjausryhmissä. Näiden rinnakkaisten projektien tulokset ja niissä kehitetyt toimintamallit tukevat osaltaan Juuria-hankkeen toiminnallista laaja-alaisuutta. Yhdessä mainittujen kolmen hankkeen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi valmisteltaessa jatkohankkeita saumattomien, integroitujen palveluketjujen ja niiden edellyttämien alueellisten teknisten ratkaisujen kehittämiseksi.

Toiminnallisen kehittämisen osalta Juuria-hanke on toiminut tiiviissä yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2001 saumattomien palveluketjujen kehittäjiksi hyväksymien Pirkanmaan, Satakunnan ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien ja niiden yhteistyökuntien kanssa. Yhteydet ovat olleet erityisen tiiviitä myös Varsinais-Suomen, Kaakkois-Suomen sekä Itä-Suomen sairaanhoitopiirien yhteenliittymän kanssa. Hyvä yhteistyö on koskenut myös kansallisen terveyshankkeen teknologiaosioita ja erityisesti sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kehittämistä, jonka toteuttamista koordinoi sosiaali- ja terveysministeriössä Juuria-hankkeen ensimmäinen projektipäällikkö.

Yhteenvetona voidaan perustellusti todeta, että Juuria-hanke on myötävaikuttanut keskeisesti koko maan kattavien yhteistoimintaverkoston ansiosta kaikkien sairaanhoitopiirien alueellisten yhteenliittymien ilmoittautumiseen saumattomien palveluketjujen kehittämistä koskevan kokeilulain (811/2000 ja jatkolaki 1225/2003) piiriin vuodesta 2004 alkaen, mikä on ollut Juurian keskeinen päätavoite alusta lähtien.

Hyvinvointipalvelujen kunta- ja aluerakenteet ovat muuttumassa

Tietoyhteiskunnan, uuden talouden ja verkostoitumisen luomat uudet toimintamallit ja -prosessit muuttavat vääjäämättä Suomen paikallisuus- ja alueinstituutioita ja niiden perustana olevia ihmisten arvoja ja arvostuksia. Muodonmuutos vaatii aikaa ja tapahtunee vaiheittaisena prosessina. Yritystoiminnan uudet lainalaisuudet ja tavat hyödyntää markkinoita muovaavat paikallisten instituutioiden arvoperustaa, mikä heijastuu myös kuntien ja alueorganisaatioiden taloudellisiin toimintoihin.

Käsitykset kunnasta, seutukunnasta ja alueista ovat muutoksen alla. Myös yritystoiminta on kokenut ja kokee jatkossakin omat raken-

ne- ja muodonmuutoksensa. Pääomaintensiivisten tuotantolaitosten rinnalle ja osin niiden tilalle on syntymässä uuden talouden avaamia mahdollisuuksia hyödyntävät tieto- ja osaamintensiiviset yritystoiminnan muodot, joiden lokalisoituminen tiettyihin kuntiin tapahtuu erilaisten pelisääntöjen puitteissa kuin aikaisemmin.

Hyvinvointiteknologian innovaatioiden juurrutushankkeena Juuria on osallistunut omalla toiminnallaan sosiaali- ja terveysministeriön tietoteknologian hyödyntämisstrategian ja tulevaisuuspaketin toimeenpanoon edistäen keskeisiä kansallisia tavoitteita ja alueellisia ke-

hitystoimia tasapuolisesti koko maassa. Juurruttajat ovat edistäneet edellä mainittua kehitysprosessia ja tässä työssä on noudatettu sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian keskeisiä linjauksia saumattomuuteen perustuvien palvelumallien, alueellisten tietoverkkoratkaisujen sekä sähköisten informaatio- ja asiointipalvelujen kehittämiseksi unohtamatta kansalaisten tieto-

suojaaja ja tietoturvallisuutta koskevia vaatimuksia.

Tietoteknologian hyödyntämisellä, seudullisella yhteistyöllä, toimivalla alueellisella työnjaolla ja palveluketjutoimintoja edistämällä on luotu vahva pohja toiminnallisille uudistuksille, joita voidaan edistää saumatonta palveluketjua koskevan kokeilulain ja myös tulevien kansallisten ohjelmien puitteissa.

Juuria-hanke vuosina 2001–2004

Teknologituetujen saumattomien palvelujen käyttöönotto- ja juurrutushanke käynnistyi vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuspaketin rahoituksella. Hankkeen suunnitelma on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja -sarjassa (2001:11). Väiliraportti vuoden 2002 toiminnasta julkaistiin Stakesin aiheita sarjassa: *Juuria-hankkeen*

alueellinen katsaus 2002 – näkökulmia juurruttamiseen (5/2003). Raportti on yhteenvedo aluekoordinaattorien käytännön työstä ja ajatuksista vuoden 2002 osalta. Raportti vuoden 2003 toiminnasta jätettiin sosiaali- ja terveysministeriöön 15.1.2004. (Julkaisu sähköisenä -> www.oskenet.fi -> hankkeet -> Juuria).

Tavoitteet ja toteutus

Juuria-hankkeen toiminta voidaan tiivistää seuraavasti:

- hanke edisti kuntien ja muiden alueellisten toimijoiden yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä tietoteknologiaa hyödyntämällä
- hanke edisti saumattomien palveluketjujen ja niitä tukevan teknologian käyttöönottoa
- hankkeen avulla edistettiin alueiden kehittämistyötä ja verkostoitettiin toimijoita
- hanke välitti tietoja, kokemuksia ja kansallisia suosituksia.

Juuria-hankkeen tavoitteena oli alueellisen, organisaatorajat ylittävän yhteistyön vahvistaminen. Aluekoordinaattori toiminnan avulla verkostoitettiin kehittämishankkeita ja parannettiin niiden tulosten hyödynnettävyyttä sekä edistettiin hankkeiden yhteistoiminnallisuutta. Juuria tuki kansallisten linjausten toteutumista palveluiden kehittämistyössä ja edisti saumattoman palveluketjun kokeilun laajenemista valtakunnalliseksi. Koordinointityön tukena toimi alueellisia ohjausryhmiä ja valtakunnallinen saumattoman palveluketjun ohjausryhmä.

Juuruttaminen oli käytännössä vuorovaihteista yhteistoimintaa, viestintää ja tiedotusta, koulutusta ja verkostoitumista. Juuria-hanke edisti alueellisten kehittämisfoorumien syntymistä ja tuki paikallista verkostomaista toimintaa. Hankkeessa julkaistiin kerran kuussa ilmestyvää sähköistä tiedotuslehteä, osallistuttiin kartoitusten ja selvitysten tekoon ja organisoitiin valtakunnallisia ja alueellisia koulutus-tilaisuuksia sekä seminaareja. Hanke osallistui myös useiden työryhmien toimintaan, alueellisten hankkeiden valmisteluun, seurantaan ja niiden tunnetuksi tekemiseen.

Hankkeen hallinnointi ja valtakunnallinen koordinointi annettiin vuonna 2001 Stakesin Alueyhteistyöryhmälle (vuodesta 2003 Alue- ja kuntapalvelut). Hankkeen johtajana toimi kyseisen yksikön johtaja Esko Hänninen. Projektipäällikkönä toimi helmikuuhun 2003 Annakaisa Iivari, elokuuhun 2003 Leena Nissilä ja siitä eteenpäin Erkki Aaltonen. Hankkeen tiedotuksesta vastasivat Leena Nissilä ja Leini Sinnero. Juuria-hankkeessa toimi vuosina 2002–2004 samanaikaisesti 8–12 aluekoordinaattoria kattavasti eri puolilla Suomea.

Aluekoordinaattoriverkosto

Juuria-hankkeen keskeisenä tavoitteena oli alueellisen yhteistyön käynnistäminen konkreettisella tasolla, yhteistyörakenteiden luominen ja tämän yhteistyön turvaaminen hankkeen päätyttyä. Aluekoordinaattorien toiminta linjattiin kymmenessä alueellisessa ohjausryhmässä, joissa oli edustajia kaikkiaan 123:sta eri organisaatiosta. Juuria-hankkeen toiminta perustui yhteistyöhön useiden toimijatahojen kanssa; keskeisiä sopimuskumppaneita olivat lääninhallitukset, sairaanhoitopiirit, maakunnan liitot, TE-keskukset, kunnat ja isot kaupungit.

Juuria-hankkeessa työskenteli vuosina 2002–2004 aluekoordinaattoreina:

Erkki Aaltonen, Varsinais-Suomi, Länsi-Suomen lääninhallitus/VSSH (01/2002–12/2004)

Kari Harno, Uusimaa, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (01/2002–06/2004)

Eila Korpivuoma, Lappi, Lapin lääninhallitus (01/2002–06/2004)

Pirjo Haukkapää-Haara, Päijät-Häme, Lahden TTK (02/2002–06/2004)

Eeva-Liisa Vesterinen, Keski-Suomi, Länsi-Suomen lääninhallitus, Jyväskylä (12/2001–06/2004)

Seija Parkkinen, Itä-Suomen sosiaalitoimi, ISAK-kehittämiskeskus (02/2002–06/2004)

Juha Soikkeli, Itä-Suomi, Itä-Suomen lääninhallitus (12/2001–11/2002)

Anitta Ruuska, Itä-Suomen terveystoimi, Kuopion yliopistollinen sairaala (11/2002–06/2004)

Seppo Suorsa, Pohjois-Pohjanmaa ja Kainuu, Oulun lääninhallitus (01/2002–12/2003)

Lea Liukku, Pohjanmaa, Länsi-Suomen lääninhallitus, Vaasa (02/2002–12/2002)

Mia Myllymäki, Pohjanmaa, Länsi-Suomen lääninhallitus, Vaasa (03/2003–12/2003)

Petteri Jäskeläinen, Etelä-Pohjanmaa, EPTEK ry (04/2003–06/2004)

Aimo Korpilähde, Kaakkois-Suomi, Medi-IT Lappeenranta (03/2003–03/2004)

Sami Kortelainen, Kaakkois-Suomi, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu (04/2003–10/2003)

Juhani Heikkinen, Kaakkois-Suomi, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu (10/2003–03/2004)

Aluekoordinaattorit perehtyivät alueilla tehtävään kehittämistyöhön ja kansallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämistä koskeviin linjauksiin. Koordinaattorit kartoittivat alueiden tilannetta ja edistivät yhteistä tahtotilaa kuntakäyntien, työkokousten, aluefoorumien ja erilaisten tapahtumien avulla. Koordinaattorit kartoittivat sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologisia valmiuksia ja osallistuivat Kuntaliiton tietojärjestelmäkartoituksen toteuttamiseen vuosina 2002 ja 2003. Koordinaattorit kokosivat tietoa alueensa hankkeista www.oskenet.fi – palvelimella olevaan hankerekisteriin, vuoden 2004 hankekartoitukseen ja osallistuivat aktiivisesti alueellisten hankkeiden valmisteluun ja seurantaan.

Aluekoordinaattoreiden toiminta määriteltiin yleisellä tasolla Stakesin ja alueellisten toimijoiden sopimuksissa, työn painotuksia tarkennettiin ja linjattiin alueellisissa ohjausryhmissä. Aluekoordinaatiota toteutettiin hie- man eri tavoin eri alueilla, siitä seuraavassa lyhyesti:

- Uudenmaan aluekoordinaattori on edistänyt aluetietojärjestelmä kokeilua HUS-piirissä ja kunnissa sekä tukenut kokeilun laajentumista ja välittänyt käyttöönotosta saatuja kokemuksia. Kehittämistyön ohella työ on painottunut Uuma-hankkeesta ja alueellisista yhteishankkeista tiedottamiseen niin kuntatasolla kuin valtakunnallisestikin.
- Kaakkois-Suomen kahden aluekoordinaattorin työnä on ollut keskeisimpien alueellisten hankkeiden yhteistyön edistäminen. Koordinaattorit ovat kartoittaneet alueen hanketilanteen, tukeneet verkostoitumista ja levittäneet valtakunnallisia suosituksia. Kaakkois-Suomessa on tehty yhteistyötä Kansallisen terveysprojektin tukihenkilön kanssa.

- Varsinais-Suomen aluekoordinaattori on aktivoinut alueensa toimijoita ja osallistunut alueellisten yhteistyörakenteiden luomiseen. Juuria-hanke organisoitui alueella neuvottelukunnan, ohjausryhmän ja kahden työryhmän kautta. Lisäksi Varsinais-Suomen aluekoordinaattori on selvittänyt Kelan ja terveydenhuollon yhteistyömahdollisuuksia.
- Päijät-Hämeen aluekoordinaattoritoiminnan pääpaino on ollut alueellisia palveluketjuja ja niihin liittyviä toimintamalleja kehittävässä hankkeessa. Koordinaattori on toiminut alueellisen lähete-palauteprojektin vastuuhenkilönä ja luonut perustaa laajalle yhteistyölle ja yhteneville toimintamalleille. Koordinaattori on myös jalkautunut kuntatasolle selvittäen eri toimijoiden tarpeita ja kehittämisehdotuksia yhteistyön lisäämiseksi.
- Itä-Suomen terveydenhuollon aluekoordinaatio on sidottu yhteen paikallisesti mitattavan Sonetti-ohjelman kanssa, jota toteutetaan viiden eri sairaanhoitopiirin yhteistyönä. Aluekoordinaattori on luonut kattavan yhteysverkoston kahdensuuntaiselle viestinnälle ja osallistunut alueellisten hankkeiden valmisteluun. Koordinaattori on myös kartoittanut alueen perusterveydenhuollon tietotekniikkatilanteen ja tavoitetilan.
- Itä-Suomen sosiaalihuollon aluekoordinaattorin työ on liittynyt erityisesti hoiva-alan yrittäjyyteen, hoiva-alan yrittäjien verkottumiseen ja kuntien ja yrittäjien sopimusten ja palveluketjujen kehittämiseen. Työ on osa valtakunnallista Hoiva-alan palveluverkkohanketta (HOPE). Toiminnassa on vahvistettu welfare mix -mallia.
- Keski-Suomen aluekoordinaattori on keskittynyt etenkin kolmannen sektorin, hyvinvointipalveluita tuottavan yritystoiminnan ja julkisten sosiaalipalveluiden yhteistyöhön. Aluekoordinaattori on tuonut alueensa kehittämistoimintaan sosiaalihuollon asiantuntemusta. Aluekoordinaattori on käyttänyt työmuotona alueellisia työkokouksia ja työryhmiä sekä osallistunut näkyvästi alueellisten hankkeiden valmisteluun ja ohjausryhmätyöskentelyyn.
- Etelä-Pohjanmaan aluekoordinaattori on luonut laajan hanke- ja kontaktiverkoston EPTEK:n ympärille, osallistunut hankkeiden suunnitteluun, seudullisen hyvinvointistrategian luomiseen sekä ylläpitänyt alueellista ja ylimaakunnallista yhteistyötä.
- Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan koordinaattori on kerännyt näkemyksiä ja hyvinvointipalveluita koskevia kehittämistarve-ehtotuksia alueellisen ohjausryhmän käsiteltäväksi. Koordinaattori on myös edistänyt alueen hankkeiden valmistelua ja tukenut käynnissä olevien hankkeiden toteutumista.
- Oulun aluekoordinaattorin työn painotuksena on ollut seutukuntayhteistyön vahvistaminen sekä projektien verkostominen lääninhallituksesta käsin. Koordinaattori osallistui myös perusterveydenhuollon tilannekartoitukseen, hankekar-toitukseen ja alueellisen hyvinvointistrategian valmisteluun.
- Lapin aluekoordinaattorilla on ollut merkittävä rooli alueellisten verkostojen luoja-jana ja keskustelufoorumien edistäjänä Lapi-ssa. Koordinointityössä lähtökohtana on ollut alueella jo käynnissä oleva kehittämistyö.

Saumattoman palveluketjun kokeilualueet

Kokeilulaki

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta (811/2000) astui voimaan lokakuussa 2000. Kokeilun kohteena olivat sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan saumaton palveluketju ja siihen liittyvät omanuovojapalvelut, palveluketjusuunnitelma, sähköinen asiakaskortti ja viitetietokanta. Laki säädettiin erityisesti Satakunnan alueella toteutetun Makropilottihankkeen toteuttamiseksi. Päätaavoitteena oli sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaslähtöisten toimintamallien ja niitä tukevan tietoteknisen järjestelmän luominen. Laki säädettiin määräaikaiseksi kokeilulakiaksi ja se oli voimassa vuoden 2003 loppuun.

Kokeilua laajennettiin Satakunnan kuntayhtymän ja kuntien lisäksi huhtikuussa 2001 myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin toimintayksiköihin sekä Helsingin, Espoon, Vantaan, Hyvinkään ja Keravan kaupunkeihin, Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, Tampereen, Valkeakosken ja Vammalan kaupunkeihin, Äetsän kunnan ja Vammala-Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymän toimintayksiköihin sekä Virtain kaupungin terveystoimeen ja Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymään.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2002 saumattoman palveluketjun kehittämisen tueksi ohjausryhmän, jonka tehtävänä oli koordinoita ja edistää neljän kokeilu-

alueen (Satakunta, Pirkanmaa, Uusimaa ja Raahen seutu) tietojärjestelmien yhtenäistä kehittämistä. Samalla haluttiin varmistaa, että kokeilualueilla otetaan huomioon riittävä tietosuojan ja -turvan taso ja kartoitetaan valtakunnallisen yhteistyön mahdollisuuksia. Ohjausryhmä antoi kesäkuussa 2003 neljätoista valtakunnallista suositusta niistä toimenpiteistä, joita saumattomiin palvelumalleihin siirtyminen eri tasoilta edellyttää tietohallinnan näkökulmasta (STM 2003:18). Ohjausryhmän toimikausi kesti vuoden 2003 loppuun.

Kokemusten kartoittamiseksi kokeilulakia jatkettiin vuoden 2004 alusta kahdella vuodella (1225/2003). Samalla lain nimi muuttui *laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta*. Lakia jatkettaessa luovutettiin sosiaaliturvakortin kokeilusta, koska sähköinen henkilökortti sisältää mahdollisuuden sekä sähköiseen allekirjoitukseen että kortin käyttämiseen sosiaaliturvakorttina. (Henkilökorttilaki 299/2003) Kokeilulakiin tehtiin eräitä muitakin tarkistuksia, mutta pääperiaatteet pysyivät samoina. Kokeilun alueellista kattavuutta laajennettiin vuoden 2004 aikana, jolloin kaikki Manner-Suomen sairaanhoitopiirit ja suurin osa kunnista liittyi hakemuksensa perusteella kokeilulain piiriin. Kokeilun tavoitteena on koota riittävästi tietoa kehittämishankkeista, jotta edellytykset pysyvän lainsäädännön säätämiseksi olisivat olemassa.

Saumaton palveluketju ja kokeilulain määrittämiä

Palveluketju on määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa seuraavasti:

- saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja tervey-

denhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava palveluprosessien kokonaisuus (Kuisisto-Niemi 2002).

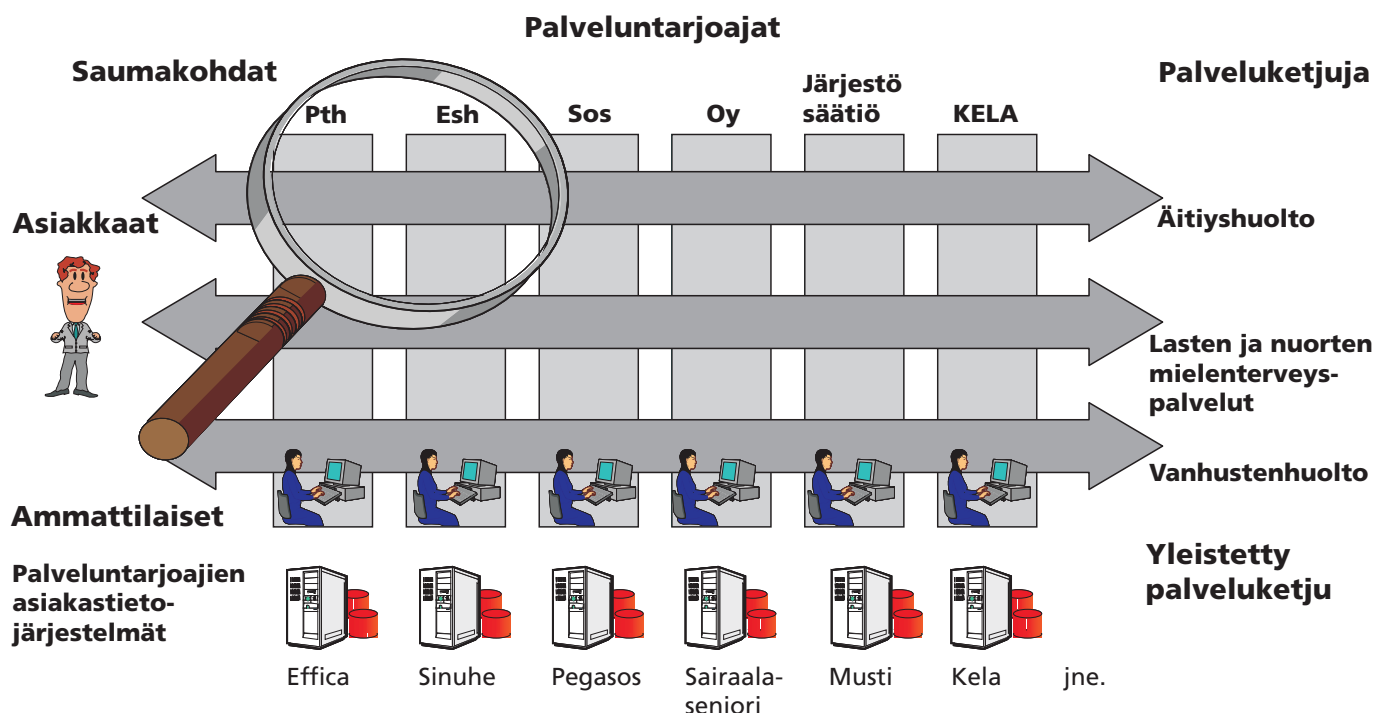
Kokeilulain (811/2000) mukaan saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan

- toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.

Omanuevojan tehtävänä on edistää asiakkaan palveluketjun sujuvaa toteutumista. Asiakas päättää itse, käyttääkö hän omanuevojalveluita ja kenet hän valitsee omanuevojakseen. Asiakas voi valita omanuevojan sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijöistä tai viranhaltijoista ja palvelu on maksuton. *Palveluketjusuunnitelmalla* tarkoitetaan asiakkaan yhden tai useamman saumattoman palveluketjun toteuttamiseksi ja seuraamiseksi laadittua yksilöllistä suunnitelmaa. *Viitetietokannan* avulla ammattilainen voi asiakkaan suostumuksella katsoa missä sähköisessä rekisterissä on asiakasta koskevaa tietoa. Laki sisältää viitetietokantaa, vii-

tietojen luovuttamista ja asiakkaan suostumusta koskevat säännökset. *Suostumuksella* tarkoitetaan asiakkaan antamaa riittävään tietoon perustuvaa, vapaaehtoista, yksilöityä, tietoista ja todennettavissa olevaa tahdonilmaisua, jolla hän hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn.

Saumattomaan palveluketjuun liittyvää käsitelmääritelyä tehtiin Satakunnan Makropilotti hankkeessa muun muassa aluetietojärjestelmän ja viitetietokannan osalta (www.oskenet.fi). Stakesin toimesta määriteltiin asiakaslähtöiseen saumattomaan palveluketjuun liittyvää sanastoa (Kuusisto-Niemi). Viimeisin kokeilulakiin ja aluetietojärjestelmään liittyviä uusia käsitteitä yhteen kokoava raportti on käytännönläheisestä näkökulmasta kirjoitettu *Saumattomat palveluketjut Pirke-hankkeessa* (06/2004). Stakes on myös julkaissut osana sähköistä potilasasiakirjahanketta vuonna 2004 muun muassa suostumusta ja tietojen luovutusta koskevia suosituksia (Itälä ym. 2004, Mikola ym. 2004) Osaavien keskusten verkoston julkaisui-



KUVA 1. Saumattoman palveluketjun osapuolia (laki 811/2000 & jatkolaki 1225/2003)

Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköistä asiointia tukeva muu lainsäädäntö ja valtakunnallinen ohjaus

Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa (13/2003) ja laki sähköisistä allekirjoituksesta (14/2003) tulivat voimaan helmikuussa 2003. Lait säätelevät sähköisen asioinnin osapuolten oikeuksia ja velvollisuuksia ja määrittelevät sähköiseen allekirjoitukseen liittyvästä laatuvarmenteesta. Sähköistä allekirjoitusta sovelletaan terveydenhuollossa sähköisen lääkemääräyksen kokeilussa, joka alkoi asetuksella syyskuussa 2003 (771/2203). Nämä lait ja asetukset tukevat osaltaan sähköisen asioinnin kehittymistä ja selkiyttävät toimintatapoja.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti helmikuussa 2003 *Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien kansallisen määrittelyhankkeen*, joka on osa Valtioneuvoston periaatepäätöksellä (11.4.2002) asetettua kansallista terveyshanketta. Keskeisenä tavoitteena on valtakunnallinen sähköinen sairauskertomus vuoden 2007

loppuun mennessä. Käytännössä tämä tarkoittaa sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuuden takaavaa määrittelyä, ohjeistusta ja niitä tukevien valtakunnallisten palveluiden rakentamista. Hankkeessa määritellään muun muassa potilasasiakirjojen rakennetta ja sisältöä, terminologiaa, avoimien rajapintojen ja tietoturvallisen tiedon käytön periaatteita. Sähköinen potilastieto ja mahdollisuus sen käyttöön ovat edellytyksiä palvelujen asiakaslähtöiselle ja tehokkaalle tuottamiselle ja uusien toimintamallien käyttöönotolle. (STM 2003:38) Vastaavasti kansallisen sosiaalialan kehittämishankkeen yhteydessä on painotettu tietoteknologian käytön edistämistä sosiaalihuollossa. Sosiaalialan kehittämishankkeessa tullaan hyödyntämään terveydenhuollon potilasasiakirjahankkeessa tehtyä määrittelytyötä.

Case UUMA – Uudenmaan aluehanke

Juuria-hankkeen Uudenmaan aluekoordinaattorina toimi ylilääkäri Kari Harno Uuma-hankkeesta, seuraava osio on koottu Uuman väli- ja arviointiraporttien pohjalta. Tarkoituksena on kuvata yhden kokeilualueella toimineen hankkeen kautta sitä, miten kokeilulain tarjoamia mahdollisuuksia on käytännössä lähdetty toteuttamaan. Raporttien kirjoittajia ovat Kari Harno, Maijaliisa Ihanus, Kyösti Kopra, Riitta Salo, Juha Syrjäläinen ja Maija Valta.

Uuman tausta ja hallinnointi

Sosiaali- ja terveysministeriö päätti hakemuksen perusteella 5.4.2001 kokeilulain (811/2000) soveltamisesta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintayksiköiden (HUS) sekä Espoon, Helsingin, Hyvinkään, Keravan ja

Vantaan kaupunkien alueella. Kokeilulain soveltamiseksi osapuolet muodostivat yhteenliittymän nimeltään Uudenmaan aluehanke eli Uuma. Hankkeen käytännön koordinoinnista ja projektien toteutuksesta huolehtii HUS:n asiantuntijaryhmä, jota ohjaa hankkeen osapuolten ja Etelä-Suomen lääninhallituksen, Itä-Uudenmaan maakuntaliiton, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Stakesin edustajista koostuva ohjausryhmä.

Alueellinen ohjausryhmä muodostaa hankkeen ylimmän johdon, joka päättää muun muassa hankesuunnitelmasta ja keskeisimmistä toimintaperiaatteista yhteistyösopimuksen hengen mukaisesti sekä käynnistää uudet projektit. Hankkeen johtoryhmä koostuu hankkeen osapuolien nimeämistä yhteyshenkilöistä ja hankkeen koordinaattoreista ja toteutusprojektien projektipäälliköistä. Käytännön työ

tehdään projekteissa ja osaprojekteissa taustaan organisaatioiden ja yritysten nimeämien asiantuntijoiden työpanoksella.

Tavoitteet ja toteutus

Uuman tavoitteena on aikaisempaa tietoa hyväksikäyttäen kehittää ja ottaa käyttöön uudenlaisia toimintamalleja, joissa uutta tekniikkaa hyödyntäen kehitetään nykyistä vaikuttavampia ja tehokkaampia palvelukokonaisuuksia. Tavoitteiden mukaan hanke edistää saumattomia ja joustavia palvelukokonaisuuksia, jotka korostavat asiakkaan asemaa palvelujen subjektina. Hankkeen tavoitteena on tukea asiakkaan itsenäistä suoriutumista ja parantaa hänen tietosuojaansa, luoda toimintamalleja, jotka takaavat tiedon joustavan saatavuuden asiakkaan suostumuksella sekä edistää e-osaamista Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tavoitteita toteutetaan osapuolten yhteisissä kehittämissuunnitelmissa, joita ovat viitetietojärjestelmän käyttöönotto, alueellisen digitaalisen kuva-arkiston käyttöönotto, diabeteksen ja keuhkohtaumataudin omahoidon tukeminen, ensihoidon, päivystyksen, sydänpotilaan ja kotihoidon hoitoketjun toimintamallin kehittäminen, yleisen ja yhteisen sähköisen ajanvarausjärjestelmän kehittäminen, sähköisen lääkemääräyksen kokeilu sekä kehitettävien uusien toimintamallien ja -välineiden arviointi.

Vuosien 2004–2005 suunnitelma

Uudenmaan aluehanke teki vuonna 2002 hankintasopimuksen aluetietojärjestelmäpalvelusta, jolla tuetaan potilastietojen alueellista hyväksikäyttöä. Palvelu on ollut käytössä vuoden 2003 alusta. Uuman vuosien 2004–2005 hankesuunnitelma rakentuu aluetietojärjestelmän varassa toteutettaviin osahankkeisiin. Näihin sisältyvät toteutukset ja selvittelyt vastaavat kysymyksiin, joiden avulla kokeilulain yleinen ja toiminnallinen tavoite pyritään saavuttamaan.

Aluetietojärjestelmäpalvelu

Uuman ohjausryhmä päätti 10.4.2002 käynnistää aluetietojärjestelmän hankintamenettelyn hankintailmoituksella Euroopan Yhteisöjen virallisessa lehdessä. Neuvottelumenettelyyn päädyttiin, koska hankittavaa kokonaisuutta ei sen luonteen johdosta voitu ennakolta rajata riittävän tarkasti tarjouserittelyn laatimiseksi (hankintalaki ja -asetus 13§). Hankintailmoitukseen vastanneista kahdeksasta yrityksestä/yrityskonsortioista kolme esitti aluetietojärjestelmän kokonaisratkaisua; muut pelkästään osapalveluja tai muita toteutuspalveluja. Tämän perusteella näiltä kolmelta yrityskonsortiolta pyydettiin tarjoukset aluetietojärjestelmästä 12.8.2002 mennessä, jonka jälkeen konsortioiden tarjouksia tarkennettiin vielä kirjallisin kysymyksin ja neuvotteluissa 22.–26.8.2002. Lisäselvitykset otettiin huomioon niiltä osin, kuin ne eivät muuttaneet hinnoittelua, vaan tarkensivat jo annettua tarjousta. Tällä menettelyllä päädyttiin Navitas-alue-tietojärjestelmään.

Aluetietojärjestelmän hankinnassa keskeisenä ajatuksena oli avoimiin rajapintoihin ja komponenttirakenteeseen perustuva järjestelmäkokonaisuus. Täsmällisemmät teknisen toteutuksen vaatimukset esitettiin vuoden 2002 tarjouspyynnössä ja sen liitteenä olleessa *Aluearkkitehtuuri 2002 -dokumentissa*, jonka Uudenmaan, Pirkanmaan ja Satakunnan aluehankkeet teettivät yhteisenä konsulttityönä. Sen tekemisestä vastasivat Antero Ensio Ensietiet Oy:stä ja Niilo Saranummi VTT:stä. Raportin työstämiseen osallistui myös professori Pekka Ruotsalainen Stakesista.

Navitas-järjestelmän jatkokehittämisessä on nojaututtu edellä mainittuihin dokumentteihin ja vuosien 2003–2004 aikana kansallisesa terveysprojektissa syntyneisiin dokumentteihin kuten CDA-dokumentaatioon. Uuma teetti syksyn 2003 aikana myös oman visioarkkitehtuuridokumentin jatkokehitystä varten, johon pyydettiin kannanottoja myös edellä mainituilta asiantuntijoilta. Arkkitehtuuri- ja tietoturvatoteutuksiin ovat osallistuneet myös HUS:n tietohallinnon omat asiantuntijat, joiden panos aluetietojärjestelmään liittyvissä tietoliikenne-

käyttäjähallinta-, sanomaliikennetoteutuksissa on ollut merkittävä.

Aluetietojärjestelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon aluetietojärjestelmällä (ATJ) tarkoitetaan Uudenmaan aluehankkeessa usean organisaation (sekä kansalaisten) käyttämää sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan yhteistä asiakas- ja potilastietojärjestelmäkokonaisuutta (viitetietojärjestelmä) sekä sen hallintaan tarvittavia komponentteja. Hankinnan kohteena oli aluetietojärjestelmäpalvelu (ATJ-palvelu), jolla tuotetaan kokeilulain aikana ja sen jälkeen valtiovallan päätösten mukaisesti Uudellamaalla tarvittavat alueelliset tietojärjestelmäpalvelut.

Hankittava aluetietojärjestelmä sisältää ensimmäisessä vaiheessa yhteen sovitettuna kokonaispalveluna seuraavat osapalvelut:

- sosiaali- ja terveydenhuollon viitetietokannan
- asiakkaan tietojen hallintasovelluksen
- asiakkaan suostumusten hallintasovelluksen
- järjestelmän käyttäjän tunnistamisen, todentamisen, käyttäjien hallinnan ja pääsynvalvonnan
- alueellisten koodistojen hallinnan
- hankkeen osapuolien ja niiden toimintayksiköiden asiakas- ja potilastyön perusjärjestelmien liittämisen viitetietojärjestelmän kautta aluetietojärjestelmäpalveluun
- valmiuden valtakunnallisten palveluiden hyödyntämiseen niiden valmistuttua, koskien muun muassa koodistoja, rekistereitä ja varmennepalveluita.

Aluetietojärjestelmän käyttöönotto alkoi vuoden 2003 alussa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä – HYKS Helsingin, HYKS Jorvin ja HYKS Peijaksen sairaaloissa – sekä Espoon, Keravan ja Vantaan terveydenhuollon toimipisteissä. HYKS-sairaaloiden potilashallinto-, laboratorio-, kuvantamis-, digitaalinen kuva-arkisto ja patologianjärjestelmät on nyt liitetty aluetietojärjestelmään. Maaliskuussa 2004 käynnistyi myös HUS:n Lohjan ja Hyvinkään sairaaloiden tietojärjestelmien liittäminen

aluetietojärjestelmään. Vantaan ja Keravan kaupunkien terveydenhuollon asiakastietojärjestelmät oli liitetty vuoden 2003 loppuun mennessä. Espoon toteutusprojekti on käynnissä ja asiakastietojärjestelmän tietojen yhdistäminen aluetietojärjestelmään valmistuu vuoden 2004 aikana. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen yksiköissä järjestelmän käyttöönotto alkoi huhtikuussa 2004. Hyvinkään terveydenhuollon yksiköt tulevat käyttäjiksi vuoden 2004 aikana erikseen sovittavassa järjestyksessä ja aikataulussa.

Aluetietojärjestelmän käyttöönotto teetti tietotekniikan infrastruktuurin osalta enemmän töitä kuin oli odotettu. Tämä koski sekä organisaatioiden välisiä että organisaatioiden sisäisiä tietoturvallisia tiedonsiirtoyhteyksiä ja käyttäjien työvälineratkaisuja. Järjestelmän käyttöönotossa jouduttiin harmonisoimaan tietosuojakäytäntöjä ja menettelytapoja.

Lähivuosien tavoitteena on aluetietojärjestelmän tietosisällön kasvattaminen ja monipuolistaminen, alueellisten palveluiden käytön vakiinnuttaminen ja niiden levittäminen sekä uusien ATJ-palveluiden kehittäminen. ATJ-palveluiden tietosisältöä lisätään ja monipuolistetaan liittämällä mukaan uusia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä sekä yhdistämällä viitetietojärjestelmä kansallisesti yhteensopivaksi kokonaisuudeksi.

Palveluketjusuunnitelma

Uudenmaan aluehanke on käynnistänyt osana aluetietojärjestelmäpalvelu kokonaisuutta *Palveluketjusuunnitelma*-projektin, jonka tarkoitus on määrittellä, suunnitella ja toteuttaa alueellisen palveluketjun tiedonhallintasovellus. Palveluketjuprojekti käynnistyi 3.6.2003, jolloin järjestettiin suunnitteluseminaari, *Palveluketjuverkoston suunnittelu alueellisessa palvelujärjestelmässä*.

Seminaarista saadun palautteen pohjalta tilattiin hoitoketju- ja ohjausjärjestelmän vaatimusmäärittely. Esimäärittelyksen lopputulokset kuvataan määrittelytyön loppuraportissa, joka valmistui joulukuussa 2003. Esimäärittelyprojektin tavoitteena oli kuvata geneerinen palveluketjusuunnitelma-prosessi, joka voisi toimia

yleisenä toimintamallina, kun uutta järjestelmää rakennetaan eri toimijoiden käyttöön. Uuden toimintamallin ja järjestelmän tarkoituksena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä sekä tietojen yhteiskäyttöisyyttä. Alueellisessa tiedonsiirrossa sekä yhteistyön malleissa on nykytilanteessa saumatonta palveluketjusuunnittelua estäviä seikkoja. Kyseessä oleva uusi tietojärjestelmä toimisi uuden toimintamallin tukena ja mahdollistajana.

Nykytilanteen case-esimerkiksi oli valittu Alueellinen hoitosopimuskäytäntö Lasten- ja Nuorten sairaalan (LNS), Iho- ja Allergiasairaalan ja Helsingin terveystieteiden välillä. Operaatiivisen toiminnallisuuden lisäksi selvitetiin alustavasti koko terveydenhuollon verkoston yhteisiä tarpeita palveluiden ja palveluketjujen suunnittelulle, ohjaukselle ja seurannalle. Lähtökohtana on ollut muilta toimialoilta otettu oppi verkostoitumisen malleista. Terveydenhuollon verkoston kehittämisessä on paljon itsenäisiä toimijoita, joiden toimintatapojen ja välineiden saattaminen yhteismitalliseen muotoon on työlästä. Tästä huolimatta verkoston yhteisellä näkemyksellä on selkeä arvo: kokonaisuuden suunnittelu ja ohjaus estää kalliiden osaoptimointien synnyn. Verkoston ohjaustyön selvityksessä olivat mukana HUS, Helsingin terveystieteiden ja sosiaalivirasto sekä Vantaan terveystieteiden virasto.

Palveluketjusuunnittelun operatiivinen toiminnallisuus on kuvattu ammattilaisen näkökulmasta. Asiakkaan näkökulma rajattiin tässä vaiheessa pois. Myös sosiaaliviraston näkökulma jäi ulkopuolelle. Sosiaalivirasto on kuitenkin mukana operatiivisen tason toimijana yhteistyöverkostossa.

Alueellisen palveluketjun lopullisesta määrittelystä ja toteutuksesta nykyiseen aluetietojärjestelmään on valmisteltu tarjouspyyntö. Julkisten hankintojen kilpailutuksesta johtuen tarjousten käsittelyn jälkeen päätös voidaan tehdä aikaisintaan kesäkuussa 2004. Kokeilukuntien sitoutuminen ja tarvittavien asiantuntijoiden osallistuminen määrittelytyöhön on lopputuloksen kannalta kriittistä. Hankkeen määrittelyssä ja toteuttamisessa tehdään yhteis-

työtä myös Pirkanmaan ja Satakunnan vastavien aluehankkeiden asiantuntijoiden kanssa.

Sähköreseptihanke

Sähköisestä reseptistä on käynnissä valtakunnallinen hanke, jota toteutetaan *sähköistä reseptiä koskevan esiselvityksen* (STM 2001:27) periaatteiden mukaisesti neljällä eri alueella. Malli perustuu yhtenäiseen, keskitettyyn Kelan laitteistossa toimivaan reseptitietokantaan. STM teki elokuussa 2003 päätöksen, jonka mukaan sähköisen lääkemääräyksen kokeiluun voivat osallistua Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä Meilahden gastroenterologinen poliklinikka ja Auroran sairaalan infektio- tautien poliklinikka. Sosiaali- ja terveysministeriön määräaikainen asetus sähköisen lääkemääräyksen kokeilusta (771/2003) on voimassa vuoden 2004 loppuun, ja tämän asetuksen perusteella potilaille voidaan toimittaa lääkkeitä sähköisellä lääkemääräyksellä.

HUS:n sähköresepti projektin tavoitteena on kokeilla valtakunnalliseen tietokantaan perustuvaa sähköisen reseptin toimintamallia käytännössä ja selvittää integrointi terveydenhuollon aluetietojärjestelmämalliin. Projektissa toteutetaan STM:n sähköiseen resepti-pilotiprojektiin liittyvä selainkäyttöinen reseptijärjestelmä HUS:n käyttöön sisältäen paikallisen resepti- ja lääkityskannan ja liittymän aluetietojärjestelmään (viitteiden lähetys ja reseptijärjestelmän käynnistys ATJ:n viitteestä samalla käyttäjätunnuksella ja potilastiedoilla). Aluetietojärjestelmää tullaan käyttämään potilaan sähköisen suostumuksen ja lääketietokannan viitteiden hallinnassa.

Sähköinen reseptijärjestelmä on asennettu pilotissa mukana olevien poliklinikoiden työasemille, ja henkilökunta on saanut koulutuksen sen käyttöön. Lääkäreillä, sairaanhoitajilla ja farmaseuteilla on käytössä HST-kortit (HST = henkilön sähköinen tunnistaminen), jonka avulla varmennetaan henkilöllisyys sekä oikeus kirjoittaa / katsella reseptejä ja päivittää niiden toimitustietoja. Pilotti hyödyntää sairaalan omaa tietokantaa. Pilotissa testataan sekä järjestelmän että prosessin toimivuutta ja turvallisuutta. Lääkemääräyksen tiedot tulevat jat-

kossa suoraan sairaala-apteekin järjestelmään, mikä vähentää virheiden mahdollisuutta.

Järjestelmä mahdollistaa sähköisen reseptin lähettämisen sekä HUS:n omaan tietokantaan että valtakunnalliseen Kelan reseptikeskukseen. Kelassa testiympäristöstä tuotantoympäristöön siirtyminen on ollut aikaa vievää. Huhtikuun 2004 aikana yhteyksiä Kelaan on testattu ja HUS:ssa on valmius aloittaa heti, kun yhteydet on saatu kuntoon. Ennen aloitusta testataan sähköisen reseptin lähettämistä molemmista toimipaikoista, Aurorasta ja Meilahdesta sekä reseptin toimittamista apteekkeista. Alkuvaiheessa apteekkeja on mukana neljä: Yliopiston apteekin Töölön toimipiste ja kolme Suomen Apteekkariliiton jäsenapteekkia.

Tiva-Uuma-pilotti

Stakesin koordinoimassa valtakunnallisessa Tiva-hankkeessa on viisi osaprojektia, joista yksi on Tiva-Uuma-pilotti. Se on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), Hyvinkään sairaalan, Hyvinkään terveyskeskuksen ja Stadia -ammattikorkeakoulun yhteistyössä toteuttama sydänpotilaan päivystyspalveluketjun henkilöstölle ja sairaanhoidon opiskelijoille suunnattu projekti.

Pilotissa vahvistetaan sydäntautia sairastavan potilaan palveluketjuun osallistuvan henkilöstön tiedonhallinta- ja tietoteknologiavalmiuksia. Akuutin koronaarisyndroomapotilaan hoitoon liittyvä verkko-oppimishanke on edennyt aikataulun mukaisesti. Keväällä 2003 valmistui sydänpotilaan päivystyspalveluketjun ja sen tiedonhallinnan kuvaus. Kuvauksen pohjalta käynnistyi useita tiedonkulun parantamiseen tähtäviä tehtäviä kyseisissä organisaatioissa. Palveluketjuun kuuluvien eri henkilöstöryhmien tietoteknisten osaamisprofiilien ja koulutustarpeiden kartoitus valmistui vuonna 2003. Tulokset osoittivat, että noin 30 prosenttia henkilöstöstä tarvitsee tietotekniikan koulutusta, erityisesti tietotekniikan perusteista, sähköpostin käytöstä sekä potilastietojärjestelmistä.

Syksyllä 2003 jatkettiin kevään aikana aloitettua perehtymistä e-oppimiseen ja verkko-opiskeluympäristöjen käyttöön täydennyskou-

lutuksessa ja järjestettiin useita A&O-oppimisympäristön koulutustilaisuuksia. Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden tueksi nimettiin mentor-verkosto, joka koulutettiin keväällä 2004. Mentorit toimivat uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttäjinä ja tukihenkilöinä.

Verkko-opetusmateriaali A&O-oppimisympäristöön saatiin valmiiksi vuoden 2004 alussa ja Stadian opiskelijaryhmä aloitti verkko-opiskelun suunnitellusti helmikuussa 2004. Palveluketjuun osallistuvan henkilöstön koulutus työpaikalla aloitettiin mentoreiden koulutuksen jälkeen. Opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjauksessa käyttämää verkko-opetusmateriaalia ja aluetietojärjestelmää pilotoidaan palveluketjun tiedonhallinnassa. Verkko-kurssin arviointipäivä järjestettiin kesäkuussa 2004, jolloin koottiin kokemuksia kurssista ja arvioitiin onnistumista sekä päätettiin jatkotoimenpiteistä.

Uuman arviointi

Hyväksyessään hankkeen arviointisuunnitelman Uuman johtoryhmä asetti tavoitteeksi, että arviointi suoritetaan monitieteisenä ja moniammatillisena yhteistyönä. Tämän vuoksi arvioinnin johtoryhmään pyrittiin saamaan mahdollisimman monipuolinen terveydenhuollon käytäntöjen ja arviointitutkimuksen tietämys. Arvioinnin johtoryhmällä ei kuitenkaan ole ollut voimavaroja itsenäisesti tehdä tai teettää arviointitutkimuksia, vaan vastuu arviointihankkeiden toteutumisesta on ollut hankkeella itsellään. Arvioinnin johtoryhmä on keskittynyt lähinnä Uuma hankkeen sisäisten arviointien seurantaan ja ohjeistamiseen. Toukokuuhun 2004 mennessä johtoryhmä oli käsitellyt viittä eri arviointihanketta.

Arviointisuunnitelman mukaan saumatomuutta arvioidaan sekä toteutuksen että käytetyn teknologian kannalta. Tarkastelun kohteena ovat toimivuus, soveltuvuus käyttötarkoitukseen, valittu teknologia, tiedonkulku, käytettävyys, tietosuojan ja tietoturvan toteutuminen. Toimintamallien ja prosessien arvioinnissa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon ydinprosesseja, jotka kuvataan graafisen ohjel-

mistötyökalun avulla. Prosessien tunnuslukui-
na käytetään läpäisyaikaa, tuottavuutta ja tehokkuutta, yhdellä suoritteella hoidettujen osuutta ja vaikuttavuutta. Taloudellisessa arvioinnissa pyritään osoittamaan ja mittaamaan hoitovaihtoehtojen kaikki olennaiset kustannukset ja hyödyt riippumatta siitä kenen osaksi ne viime kädessä koituvat. Ei siis rajoituta pelkästään terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle aiheutuviin hyötyihin ja kustannuksiin vaan

tarkastellaan myös potilaille ja heidän omaisilleen aiheutuvia hyötyjä ja kustannuksia.

Uuma-hankkeen arviointiprojektit ovat toistaiseksi olleet varsin pieniä ja diabetesjärjestelmän seurantutkimusta lukuun ottamatta lähinnä pilottiprojektin luonteisia. Eri sovellutuksien tutkiminen ja niiden hyvien ja huonojen puolten kirjaaminen on kuitenkin antanut järjestelmien myöhemmän kehittämisen kannalta välttämätöntä tietoa.

TAULUKKO 1. Uuma-hankkeen tavoitteet, tavoitteiden toteuttamiseen tähtäävät hankkeet ja arvio tavoitteiden toteutumisesta

Tavoite	Toteutus	Toteutuminen ja toteutumisen arviointi
Innovatiiviset toimintamallit ja vaikuttavat sekä tehokkaat palvelukokonaisuudet	Sähköinen ajanvarausjärjestelmä Sähköinen lääkemääräys	Toteutus kesken, toistaiseksi ei arvioitu.
Saumattomat, joustavat palvelukokonaisuudet	Ensihoidon, päivystyksen ja kotihoidon hoitoketju Viitetietojärjestelmän ja alueellisen kuva-arkiston toteutus	Hoitoketju toteutettu Hyvinkäällä. Arvioinnin perusteella saatu järjestelmän kehittämisen kannalta tärkeää tietoa. Viitetietojärjestelmä ja digitaalinen kuva-arkisto otettu rajoitetusti käyttöön.
Asiakkaan itsenäisen suoriutumisen tukeminen	Diabeteksen ja keuhkohtaumataudin omahoidon tukeminen Kotona tapahtuvan tilan arvioinnin toteutuminen päivystysketjussa	Alueellinen diabetesjärjestelmä kokeiluasteella. Alustavien tulosten mukaan potilaiden hoitotasoa parantunut, tiedot vaikutuksista järjestelmään ja kustannuksiin vielä puutteelliset. Kotona tapahtuva tilan arviointi päivystysketjun toteuttamisen aikana lisääntynyt.
Asiakkaan tietosuojan parantaminen	Saumattoman toimintamallin toteutus, viitetietokanta, sähköinen ajanvaraus, sähköinen lääkemääräys, sähköinen suostumus	Aluetietojärjestelmän ja viitetietokannan pilotointi käynnissä. Alustavat arviointiprojektit antaneet järjestelmien kehittämisen kannalta arvokasta tietoa.
Tieto saatavilla oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa	Viitetietokanta, digitaalinen kuva-arkisto	Viitetietojärjestelmä ja digitaalinen kuva-arkisto otettu käyttöön. Alustavat arviointiprojektit antaneet järjestelmien ja toiminnan kehittämisen kannalta arvokasta tietoa.
Yhteistyö muiden kokeilualueiden kanssa		
E-osaamisen edistäminen Uudemaan sosiaali- ja terveydenhuollossa	Kaikki toteutushankkeet, mutta erityisesti Tiva-hanke, jossa vahvistetaan akuuttia koronaarisyndroomaa sairastavan potilaan palveluketjuun osallistuvan henkilöstön tiedonhallinta- ja tietoteknologiavalmiuksia	E-osaaminen todennäköisesti lisääntynyt hankkeiden toimeenpanon myötä. Tutkimusnäyttöä osaamisen kehittymisestä saadaan jossain määrin UUMA-hankkeen kokonaisarvioinnin kautta.

I Navitas potilastietohakemiston pilotointivaiheen arviointitutkimus (Maija Valta)

Navitas – Potilastietohakemisto (= ATJ:n viitetietohakemisto) otettiin käyttöön ensimmäisenä perusterveydenhuollon yksikkönä Espoon Viherlaakson terveysasemalla huhtikuussa 2002. Arviointitutkimuksessa selvitettiin käyttäjien alkuvaiheen kokemuksia järjestelmän käytöstä. Kyselyllä selvitettiin ketkä olivat järjestelmän käyttäjiä sekä kuinka usein järjestelmää käytettiin ja mitä tietoa järjestelmästä löytyi tai puuttui. Kysely kartoitti myös sitä miten hyödylliseksi käyttäjät järjestelmän arvioivat ja miten järjestelmää voitaisiin kehittää. Tutkimukseen vastasi kuusi lääkäriä ja yhdeksän hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää.

Tutkimus antoi tietoa järjestelmän ja toiminnan jatkokehittämistä varten ja osoitti muun muassa, että järjestelmään liittyvää koulutusta ja tiedottamista tarvitaan enemmän, samoin aikaa järjestelmän käytön opetteluun. Suurimmaksi ongelmaksi muodostui se, että järjestelmästä ei löytynyt niitä tietoja, mitä sieltä etsittiin, erityisesti tämä koski hoitopalautetietoja. Kynnyskysymykseksi nousi myös asiakkaan luvan pyytäminen tietojen käyttämiseen. Järjestelmästä toivottiin myös helppokäyttöisyyttä.

II Työntekijöiden tiedon tarpeet ja näkemys palveluketjusuunnitelmasta (Maija Valta)

Maija Vallan progradun tarkoituksena oli kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asiakastiedon tietosisältövaatimukset ja selvittää, millaisen alueellisen palveluketjusuunnitelman avulla voidaan kehittää ja tukea asiakkaan palvelujen suunnittelua, ohjausta, seuranta ja arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa.

Tutkimukseen haastateltiin 31 Keravan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon työn-

tekijää keväällä 2003. Haastateltavia ryhmiä muodostettiin vuodeosastolta, poliklinikalta ja kotihoidosta ja lisäksi haastateltiin kahta Keravan kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa toimivaa lakisääteistä moniammatillista työryhmää.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät tarvitsevat monenlaista tietoa asiakkaasta: sairauskertomustietoja, asiakkaan kotihoitoa tukevia tietoja, yhteystietoja, tukipäätöksiä koskevia tietoja sekä ja palveluiden saatavuutta koskevia, lähinnä organisaatioon ja palvelujärjestelmään liittyviä tietoja. Tiedon tulee olla tallennettuna siinä muodossa, jossa se parhaiten palvelee työntekijöiden tiedontarpeita ja passiivisen tallentamisen sijasta tulisi pyrkiä tiedon aktiiviseen jakamiseen, jolloin sitä voivat hyödyntää kaikki asiakkaan palveluprosessissa osallisena olevat työntekijät.

Myös työntekijöiden välistä yhteistyötä, sekä organisaation sisällä että niiden välillä tarvitaan enemmän. Ei niinkään yhteisiä kokouksia saman pöydän ympärille kuin sujuvaa tiedon kulkua ja tietoa siitä, kehen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Yhteinen alueellinen palveluketjusuunnitelma nähtiin tarpeellisena palvelujen koordinoimiseksi.

Mikäli työntekijöillä ei ole käytössään työvälineitä, joilla he voisivat hyödyntää tietoa siellä missä sitä tarvitaan, tehdään helposti päällekkäistä työtä ja moninkertaista kirjaamista. Tilanne aiheuttaa myös useita mahdollisia virhetilanteita, jolloin tiedon laatu ja luotettavuus heikkenee. Työntekijät kokivat, että teknologian avulla näitä ongelmia voitaisiin vähentää.

Koska tutkimuksessa oli mukana sekä perusterveydenhuollon että sosiaalitoimen työntekijöitä, toi tutkimus esille varsin laajan, uudenlaisen näkökulman asiakkaan palveluketjuajatteluun; diagnosoikohtaisista hoitoketjuista tulisi siirtyä asiakkaan yksilöllisyyttä tukeviin palveluverkostoihin.

III Päivystyshoitoketjuprojekti – Hyvinkään ensihoitopilotti

(Juha Valli)

Hankkeen tavoitteena oli tehostaa kodin ja hoitolaitoksen välistä tiedon kulkua kehittämällä sähköistä tiedonsiirtoa. Keskeisenä tavoitteena oli osoittaa, että kuljetuksia päivystysyksiköihin voidaan vähentää telelääketieteen avulla ja potilaiden turhia siirtoja kotoa palvelujärjestelmän eri yksiköihin tai eri yksiköiden välillä välttää, jos ensihoitoketjun toimijat verkottuvat keskenään.

Pilottitutkimuksen tavoitteena oli hyödyntää potilastietojen kirjaukseen ensihoidossa käytetty työmäärä ja potilaasta kerätty tieto aiempaa tehokkaammin. Koska kaksoiskirjaus oli pilotin aikana välttämätöntä, ei työmäärän vähenemisestä saatu kuvaa. Tietoa ei myöskään vastaanottavassa yksikössä päästy hyödyntämään, koska sairauskertomusjärjestelmä ei ole sähköinen. Selkeä etu oli kuitenkin kertyneiden tietojen analysoinnin helppous verrattuna aiempaan käsin tehtyyn kirjanpitoon.

Tutkimuksessa todettiin, että kohteessa hoidettujen potilaiden sekä niiden potilaiden määrä, joiden sairaankuljetus todettiin kokonaan tarpeettomaksi, oli projektin aikana lähes kolminkertaistunut. Tähän vaikutti kuitenkin myös samanaikaisesti käynnistynyt hoitoyksikkökokeilu, joka liittyi hoitotason sairaankuljetuksen täydennyskoulutukseen.

Kaikkia suunniteltuja tavoitteita ei saavutettu. Yhtenä syynä oli muiden, toimintaan saumattomasti liittyvien tietojärjestelmien puutteet ja yhteensopimattomuus. Tietosuojongelmia on myös edelleen ratkaisematta. Aluepelastuslaitos- ja hätäkeskusuudistukset tulevat lähivuosina muuttamaan merkittävästi tietojärjestelmien tarpeita.

Tietojärjestelmiä tarvitaan päivystystoiminnan suunnittelussa ja ohjauksessa. Järjestelmät ovat monialaisia ja edellyttävät usean eri organisaation yhteistyötä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella on ollut käynnissä ainakin kaksi erillistä ensihoidon tietojärjestelmähanketta, toinen Helsingin pelastuslaitoksella ja toinen Uuman osaprojektina (Hyvinkään ensihoitopilotti). Sairaanhoitopiirin

kannalta ei ole järkevää muodostaa kahta erillistä tietojärjestelmää, vaan on selvitettävä mahdollisuudet yhdistää hankkeet koko sairaanhoitopiiriä palvelevaksi kokonaisuudeksi.

IV Arviointi Huspacs:n käytöstä Vantaan terveyskeskuksessa

(Irja Moisio)

Projektin tavoitteena oli arvioida digitaalisten röntgenkuvien hyödyntämistä ja digitaalisen kuvankatselun vaikutusta potilaan hoitoprosessiin Tikkurilan terveysasemalla. Potilaina olivat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla tai terveyskeskuspäivystyksessä konservatiivisesti hoidetut ranne- tai nilkkamurtumapotilaat, joille oli tehty yksi tai useampi röntgenitutkimus. Potilaiden jatkohoito toteutettiin perusterveydenhuollossa. Vertailuyksikkönä oli Keravan terveyskeskus, jossa tietojen hyväksikäyttö perustui perinteisiin menetelmiin.

Arviointi toteutettiin järjestelmän pilotoinnin jälkeen keväällä 2003. Tehdyn kyselyn (24 vastausta) mukaan käyttäjät olivat erittäin tyytyväisiä uuteen järjestelmään. Alin järjestelmän toimivuudelle annettu arvosana oli 7, peräti kymmenen vastaajaa antoi arvosanaksi 10. Hyvinä puolina pidettiin kuvien parantunutta saatavuutta ja niiden hyvää laatua. Lääkärit arvostivat kuvien katseluun liittyvää konsultointimahdollisuutta, joka tapahtui suoraan soittoina ortopedeille. Peijaksen sairaalaan rakennettiin Tikkurilan terveysaseman lääkäreiden käyttöön lähete-postilaatikko asiantuntijakonsultaatioita varten ja konsultaatiopoliklinikkaa pidettiin perjantaisin ajalla 9.20–10.00. Tämä järjestelmä ei kuitenkaan palvellut käytäntöä vaan kuvakonsultaatio tarvittiin heti.

Kaikilla Tikkurilan terveysaseman lääkäreillä oli ensimmäisen kontrollikäynnin yhteydessä aina käytettävissä sekä Peijaksen sairaalassa otetut röntgenkuvat että -lausunto. Röntgenitutkimuksista annettu lausunto oli tallennettu tietojärjestelmään tutkimuksen jälkeisenä ensimmäisenä arkipäivänä ja joskus jopa tutkimuspäivänä. Tikkurilan kaikista käynneistä (73 käyntiä) vain 2,7 prosentissa ei potilaan

kuvia ollut terveystakeskuslääkärin käytössä vastaanoton aikana.

Keravan terveystakeskuslääkäreillä ei ollut ensimmäisen kontrollikäynnin yhteydessä Peijaksessa otettuja primaarikuvia käytettävissä yhdestäkään potilaasta (5). Peijaksessa Mustijärjestelmään kirjoitettu röntgenlähete kontrollikäyntiä varten ei siirtynyt Keravan Finstar-järjestelmään vaan röntgenhoitajat tekivät lähetteen potilaan antamien tietojen perusteella. Kaikkia Keravan terveystakeskuslääkärit kirjoittavat röntgenläheteeseen erikseen lausuntopyynnön. Keravan kaikista käynneistä (46 käyntiä) seurannassa olleen 15 potilaan ryhmästä kolmelta potilaalta (6,5 %) oli pyydetty lausunto röntgentutkimuksesta kolme kertaa.

Saadut tulokset ovat alustavia, mutta osoittavat, että digitaalisten kuvien ja tietojärjestelmän käytöllä voidaan huomattavasti vähentää potilaspapereiden käsittelyyn kuluva aikaa. Primaarikuvan käyttömahdollisuus perusterveydenhuollon vastaanotolla ja konsultaatiomahdollisuus erikoissairaanhoidon on tärkeää potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnittelun kannalta.

V Alueellinen diabetesjärjestelmä

(Juha Syrjäläinen, Kari Harno)

HUS:n alueellisessa diabeteshankkeessa (2001–2003) pilotoitiin tietojärjestelmin tuettua diabetikon hoitoketjua. Hoitoketjun avulla diabetikon rooli on pyritty muuttamaan passiivisesta osallistujasta aktiiviseksi hoitotiimin jäseneksi, joka lähettää verensokerin omaseuran-

tatuloksia hoitotiimille ja kommunikoi sen kanssa. Hankkeessa olivat mukana Tapiolan ja Tikkurilan terveystakesemat sekä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden sisätautipoliklinikat.

Tutkimuksessa potilaat satunnaistettiin kahteen ryhmään, tietojärjestelmätuettuun sekä perinteiseen hoitoryhmään. Tietojärjestelmätuetun mallin avulla kartoitettiin, missä määrin perinteisiä hoitokäyntejä voidaan korvata tietojärjestelmäkäynneillä niin, että hoidon laatu pysyy samana tai parantuu. Hankkeessa pilotoitun tietojärjestelmän erikoissairaanhoidokeskeisyys hidasti järjestelmän käyttöönottoa terveystakesuksissa. Järjestelmästä saatuihin kokemuksiin vaikuttivat ensisijaisesti oma ennakkoarvioituminen ja valmiudet uuteen teknisvärätteiseen hoitokäytäntöön, hoitotiimin valmiudet kommunikointiin sekä laitteiston tekninen toimivuus.

Hankkeesta saatujen kokemusten sekä tutkimuksesta saatujen alustavien tulosten pohjalta näyttäisi siltä, että valikoiduilla potilasryhmillä perinteisiä hoitokäyntejä voidaan korvata tietojärjestelmäkäynneillä. Diabetikon hoitotasapainon mittaria, pitkäaikaisverensokeri-GHbA1c-tuloksia vertailtaessa kävi ilmi, että tietojärjestelmätuetun ja perinteisen ryhmän hoitotasapaino (GHbA1c-keskiarvojen perusteella) oli vuoden seurannassa parantunut. Perinteisen ryhmän tuloksen selittää tietojärjestelmätuetun ryhmän kanssa saman diabeteshenkilökunnan vastuu hoidosta. Veren kolesterolin arvossa ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden määrässä todettiin laskua vain tietojärjestelmätuettuun hoitoon osallistuneilla potilailla.

Lähteet

- Itälä Timo & Ruotsalainen Pekka (2004). Tietoturvallinen kommunikaatioalusta: Luovutusten ja luovutuslokin hallinnan suositukset. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 6/2004.
- Kuusisto-Niemi Sirpa (2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot III. Palvelusanasto. Ohjeita ja luokituksia 2002:3. Stakes. Helsinki.
- Lampe Kristian (2003). Monta näkökulmaa telelääketieteeseen arviointiin. Impakti 5/2003.

- Lausvaara Anni, Soidinmäki Pia, Tuuri Tia (2004). Saumatomat palveluketjut Pirke-hankkeessa. Alueellinen kehittämiskeskus 06/2004.
- Mikola Tuire, Sorvari Hannu ja Ruotsalainen Pekka (2004). Turvallinen kommunikaatioalusta: Suositukset sähköisen suostumuksen periaatteiksi. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 3/2004.
- Ohtonen Jukka (toim.) (2002). Satakunnan Makropilotti: Tulosten arviointi. FinOHTAn raportti 21. Stakes/FinOHTA. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1995). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Työryhmämuistioita 1995: 27. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Sähköistä reseptiä koskeva esiselvitys. Työryhmämuistioita 2001:27. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmä. Suosituksia. Työryhmämuistioita 2003:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38. Helsinki.

Alueellisia näkemyksiä saumattomuudesta ja sen edellytyksistä

Tämä luku kokoaa Juuria-hankkeessa työskennelleiden aluekoordinaattorien ajatuksia ja tulintoja hyvinvointiteknioiden ja saumattoman palveluketjun kehittämisestä, alueellisista kokemuksista ja tulevaisuuden haasteista. Ensimmäiset artikkelit pohtivat yleisemmällä tasolla palveluketju ajattelua ja teknologiaa niin organisaatioiden kuin kansalaisten näkökulmista käsin. Tekstit keskittyvät alueellisiin ratkaisuihin seuduilla, joissa kokeilulain toimeenpano ei vielä ensivaiheessa ollut teknologisesti-toiminnallisen kehittämistyön taustalla.

Ruuskan ja Haukkapää-Haaran artikkelissa käsitellään saumattomien palveluketjujen toteutumisen edellytyksiä. Palveluketjusta rajaudutaan tarkastelemaan terveydenhuollon toimialueelle sijoittuvaa palveluketjun osaa sekä sen muutospainetta. Lopuksi pohditaan nykyisen kehityksen esteitä ja tulevaisuuden haasteita. Vesterinen tarkastelee saumattoman palveluketjun keskeisiä elementtejä ja sen toteuttamista myös sosiaalitoimen kannalta sekä käytäntöjä Keski-Suomen alueella. Aaltonen lähestyy saumattomuutta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin näkökulmasta, hän kuvaa alueellista yhteistyötä, sen organisointia ja paikallisia ratkaisuja.

Jääskeläinen keskittyy niihin terveydenhuollon palveluihin, joita kansalaiset voivat hyödyntää nykyisen viestintä- ja tietotekniikan avulla. Hän käyttää esimerkkinä joitakin Pohjanmaan kehityshankkeita, joiden kautta hän kuvaa teknologian valjastamista arkipäivän selviytymisen tueksi. Parkkinen kirjoittaa yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöstä, kumppanuusajattelusta ja monituottajuusmallista. Hän lähestyy aihetta Itä-Suomen hoiva-alan yrittäjien ja Juuria-hankkeen aluekoordinaation kautta.

Korpivuoma kuvaa Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ratkaisuja tietohallinnon ja palveluketju yhteistyön kautta, esimerkkeinä ovat paikalliset PERES- ja HYVE-projektit. Korpilähde ja Heikkilä kuvaavat lyhyesti Kaakkois-Suomen Kaapo-hanketta ja alueellisten toimijoiden suhtautumista ja odotuksia Kaapon osalta. Juuria-hankkeen yhteyshenkilöinä toiminut atk-päällikkö Johanna Tulander-Välkki kuvaa Forssan tapaa ratkaista tietojärjestelmäyhteistyö. Culminatumin ohjelmajohtaja Tuula Palmén visio Uudenmaan innovaatiokeskuksen uutta avausta yhteistyön kehittämisessä.

Saumattomien palveluketjujen edellytyksiä – teknologia, muuttuvat toimintamallit ja alueellinen yhteistyö

ANITTA RUUSKA & PIRJO HAUKKAPÄÄ-HAARA

Valtioneuvoston huhtikuussa 2002 tekemä periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi pyrkii kansalaisten hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän takaamiseen. Periaatepäätöksen toteuttamista tavoitellaan muun muassa lisäämällä alueellista, sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden vä-

listä yhteistyötä (STM, 2002:3). Yhteistyötä on pyritty tiivistämään hyödyntämällä kehittyvää tietoteknologiaa. Kansallisissa strategioissa kehittämistyön kohteina ovat olleet tietotekniikan hyödyntämisen tehostaminen, palvelujärjestelmän päällekkäisyyksien purkaminen ja suurempiin alueellisiin kokonaisuuksiin sekä

tehokkaiisiin tiedonhallinnan käytäntöihin pyrkiminen (STM, 1998). Strategian toimeenpano on viime vuonna käynnistänyt niin kansallisella kuin alueellisella tasolla lukuisia palveluiden kehittämistoimia, joilla tavoitellaan edellä mainittuja asioita.

Tavoite tehostaa terveydenhuollon palveluita ja järjestelmää tietoteknologian tuella ei ole toteutunut siinä mittakaavassa, jossa sitä on odotettu. Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että useissa terveydenhuollon teknologiahankkeissa on kohdattu ongelmia teknologian ja toimintamallien samanaikaisen kehittämisen yhteensovittamisessa sekä tavoiteltuja kustannussäästöjen saavuttamisessa. (Miettinen, 2003; Hyppönen, 2004.) Kustannussäästöjen ja laadukkaampien palveluiden toteutumisen avaimeksi on osoittautunut terveydenhuollon kyky uudistaa samanaikaisesti vallitsevia organisaatioiden toimintakäytäntöjä ja niiden avulla toteutettuja palveluprosesseja (Stefanelli, 2002). Teknologian käyttöönotossa ja hyödyntämisessä on toistaiseksi jouduttu keskittymään ensisijaisesti tekniikan kehittämiseen. Vähemmälle huomiolle on jäänyt teknologian tuella toteutetun palvelun sisältö, sen käyttöönoton sosiaaliset vaikutukset tai sen aiheuttamat muutokset organisaation rakenteissa ja toimintamalleissa. Muun muassa nämä syyt ovat tutkimusten mukaan johtaneet terveydenhuollon henkilöstön toimintakäytäntöjen hallitsemattomasti tai suunnittelemattomasti tapahtuneisiin muutoksiin. (Hyppönen, 2004.) Teknologialla tavoitellut hyödyt ovat toistaiseksi jääneet saavuttamatta osittain myös siksi, että sitä on hyödynnetty joko vaillinaisesti tai sopeutettu osaksi aikaisempaa vallitsevaa toimintamallia (Miettinen, 2003).

Terveydenhuollon organisaatiota on perinteisesti pidetty funktionaalisenä yksikkönä, joka rakentuu eri sektoreista ja niissä olevasta yhden erikoisalnan syvällisestä asiantuntemuksesta. Viime aikoina terveydenhuoltoon on tuotu muilla toimialoilla kehitetty prosessikeskeinen ajattelumalli, joka terveydenhuoltoon sovellettuna muun muassa yhdentää potilaan hoidon kokonaisuutta ja korostaa prosessin läpimenoaika ja sen etenemisen sujuvuutta. (vrt. Lillrank, 1998) Sosiaali- ja terveydenhuoltoa

kokonaisuutena käsiteltäessä on käytetty palveluketju-käsitettä kuvaamaan kyseistä prosessiajattelua. Palveluketjuajattelu haastaa terveydenhuollon palveluita tuottavat toimijat sekä uudenlaiseen yhteistyömalliin että palvelujen laadun kehittämistoimiin. Palveluketjulla tarkoitetaan toimintamallia, jossa potilaan ongelmakokonaisuuden vaatimat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja organisaatorajoista riippumattoman kokonaisuuden (Ruotsalainen, 2000). Ajattelumalli korostaa asiakaslähtöisyyttä, mikä tarkoittaa, että potilaan tarvitsema palvelu ja hoito järjestetään joustavasti hänen asiansa kulloinkin edellyttämässä paikassa. Tämän toteutuminen vaatii palveluketjun muodostavien prosessien tunnistamista, toimintojen uudelleen organisointia potilaan näkökulmasta ja palveluprosessien ketjuttamista saumattomiksi kokonaisuuksiksi (STM, 1998:8). Tässä artikkelissa käsitellään saumattomien palveluketjujen toteutumisen edellytyksistä; teknologiaa, muuttuvia toimintamalleja ja alueellista yhteistyötä. Palveluketjusta rajaudutaan tarkastelemaan sen terveydenhuollon toimialueelle sijoittuvaan osaan pitäen mielessä, että ketju täydentyy kokonaisuudeksi vasta lisättäessä siihen asiakkaan tarvitsemat sosiaalihuollon palvelutoiminnot.

Potilaan saumaton palveluketju toimintamallien uudistajana

Terveydenhuollon osalta potilaan palveluketju rakentuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden kokonaisuudesta. Palveluntuottajiin voivat lukeutua niin julkisen, yksityisen kuin kolmannen sektorin toimijat. Toistaiseksi palveluketjujen sähköinen tiedon siirron kehittäminen on keskittynyt julkisten organisaatioiden välisten yhteyksien muodostamiseen. Terveydenhuollon osalta palveluketjun keskeisiä tiedon välittämisen välineitä ovat läheteet, konsultaatiot, hoitopalautteet sekä laboratorio- ja kuvantamistiedot. Niiden tuella on pyritty turvaamaan tarvittavan tiedon siirtymisen potilasta hoitavien eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. Palveluketjussa toimintaa tukevat käytössä olevat sähköiset

potilastietojärjestelmät sekä tulevaisuudessa lisääntyvässä määrin myös aluetietojärjestelmät. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmät sekä niihin liittyvät erilliset järjestelmät ovat muodostaneet pirstaleisen kokonaisuuden, jonka vuoksi potilaan palvelukokonaisuuden hallinta on ollut hankalaa. Hajanaista potilastietojärjestelmien joukkoa yhdistämään on tarvittu aluetietojärjestelmiä.

Palveluketjujen toteuttaminen on haastanut terveydenhuollon toimijat sekä yhtenäistämään toimintakäytäntöjään että sopimaan yhteisesti käytettävistä käsitteistä, termistöistä ja luokituksista. Yhtenäistämistä varten tehdään parhaillaan kansallisessa terveydenhuoltoprojektin sähköisen potilaskertomuksen osahankkeessa laaja-alaista määrittäystä, jotta sovellettaviksi saataisiin valtakunnallisesti yhtenäisesti sovitut käytännöt. Palveluketjuun osallistuvat terveydenhuollon toimijat tarvitsevat myös yhä enemmän tietoa toistensa toimintatavoista, uusia asiantuntijoiden välisiä tiedonvälityskanavia ja yhtenäisiä hoitokäytäntöjä. Jokaiselle palveluketjuun osallistuvalla terveydenhuollon ammattilaiselle on syntynyt tarve hahmottaa potilaan palveluketjua kokonaisuutena, jonka vuoksi tietoisuus muiden ketjuun osallistuvien toiminnoista ja toimintatavoista on muodostunut välttämättömäksi.

Uusi teknologia mahdollistaa tietojen sähköisen siirtymisen paikasta toiseen, mutta ei itsessään takaa potilaan palvelukokonaisuuden muuttumista joustavaksi. Palveluketjun kehittäminen ja joustavuus pohjautuu alueelliseen yhteistyöhön, sopimukseen ja yhteiseen toiminnan strategiaan. Teknologian rooli on toimia uudistuvien käytäntöjen ja toimintamallien välineenä. Ajoittain se on noussut tarpeettoman suureen asemaan, eivätkä kehittyvät terveydenhuollon palvelumuodot ja toimintamallit ole toimineet kehitystä ohjaavina tekijöinä. Toisaalta vielä on hyödyntämättä sähköisen tiedon muodostamisen, siirtämisen ja tallentamisen johdosta avautuneita mahdollisuuksia uudistaa käytäntöjä. Perinteiset käytössä olevat mallit ovat ohjanneet sähköisten ja teknologiatuettuja käytäntöjen käyttöönottoa tarpeettoman paljon.

Saumattoman palveluketjun toteutuminen edellyttää kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien siirtymistä sähköisen dokumentoinnin käytäntöihin. Eri ammattiryhmien osalta on sähköiseen dokumentointiin siirtyminen edennyt eriaikaisesti. Terveydenhuollossa sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto on tavanomaisesti aloitettu lääkärin työn dokumentoinnin muuttamisesta sähköiseen muotoon. Hoitotyön sähköisen dokumentoinnin käynnistyminen on ollut seuraava, hitaammin edennyt vaihe. Tämän lisäksi palveluketjun kokonaisuus muodostuu lukuisten ammattiryhmien kirjaamista potilaan hoitoa koskevista tiedoista. Ratkaisematta ovat vielä moniammatillista palvelua tukevat dokumentoinnin ja tiedonhallinnan käytännöt, jotka toisaalta mahdollistaisivat oikean tiedon löytymisen vaivatta kuhunkin palvelutapahtumaan, mutta estäisivät oleellisen tiedon hukkimisen kyseisessä tapauksessa tarpeettomaan tietomassaan.

Palveluketjujen kehittäminen edellyttää terveydenhuollon organisaatioilta uudistumista kaiken kaikkiaan usealla eri tavalla. Muutoksen toteuttaminen vaatii teknologisten ratkaisuiden luomisen lisäksi uudistuksia myös terveydenhuollon hallinnollisissa rakenteissa ja henkilöstön osaamisessa. Näitäkin haasteellisempaa saattaa olla toteuttaa palveluketjujen edellyttämät muutokset toimintamallien taustalla olevassa syvässä kulttuurisessa perustassa (Ruotsalainen, 2000).

Terveydenhuollon toimijoiden välinen alueellinen yhteistyö

Saumaton hoito- ja palveluketju käsitettä voidaan pitää sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteistyötä ohjaavana käsitteenä. (Niinimäki, 1999.) Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmä (STM, 2003:18) suosittaa alueellisen toimijan nimeämistä organisoimaan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista, verkostoitumista tukevaa tietohallinnon kehittämistyötä. Alueellisen toiminnan organisoitumisessa on alueilla nähtävissä erilaisia sovelluksia riippuen niiden eri-

laisista lähtökohdista ja aikaisemmista hallinto- ja toimintamalleista. Keskeisinä toimijoina Suomessa ovat olleet sairaanhoitopiirit tai niihin kiinteässä yhteydessä olevat kehittämisorganisaatiot. Tällä hetkellä hallinnollisesti itsenäisissä kunnissa ja terveydenhuollon organisaatioissa päätöksiä toiminnasta ja sen kehittämisestä ovat ohjanneet pääsääntöisesti organisaation sisäiset tarpeet ja toissijaisesti koko palveluketjun tarpeet. Ideaalissa tilanteessa palveluketjun kehittämistyö ohjautuu kansallisesti ja alueelliset kokonaisratkaisut toteutuvat alueen kaikkien toimijoiden ja potilaiden tarpeiden pohjalta muodostetussa yhteisymmärryksessä. Alueellisen toimijan rooli kokonaisvastuun ja ohjauksen toteuttajana näyttäisi vahvistuvan entisestään muun muassa alueellisen ja kansallisen yhtenäisyyden ja tasapuolisuuden turvaamisen näkökulmista.

Alueellisen toiminnan organisointi ja muutosten läpivienti edellyttää suunniteltua ja johdonmukaista etenemistä. Alueellisen arkkitehtuurin rakentaminen ja eri organisaatioiden intressien yhteensovittaminen vaatii sekä riittäviä resursseja että toimijoiden välistä aktiivista vuoropuhelua. Toisaalta se edellyttää myös mandaatin antamista jollekin alueelliselle toimijalle ja sitoutumista yhteisesti sovittuun kehityslinjaan. Keskeisiä menetelmiä sen saavuttamiseksi ovat alueella yhteisesti muodostettu käsitys strategisista palveluntuottamisen tavoitteista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Niiden ohjaamana syntyvä koko alueen tietohallinnollinen strategia tukee potilaiden tarpeista ja toiminnasta lähtevää kehittämistyötä.

Miten tästä eteenpäin?

Palveluketjujen kantavana ajatuksena on ollut lisätä sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaslähtöisyyttä. Tarkoituksena on ollut häivyttää organisaatioiden rajat ja luoda palveluketjusta asiakkaan näkökulmasta ja tarpeesta lähtevä yhtenäinen kokonaisuus. Tähän ei ole toistaiseksi aivan päästy. Toteuttamista hidastaa muun muassa se, että meillä Suomessa terveydenhuollon potilaskertomus perustuu organisaatiokeskeisen potilaan tietojen dokumentointiin ja

tallennukseen, johon lakikin velvoittaa organisaatioita. Organisaatioiden erilaisten tietojärjestelmien välisen integraation tarvetta käytäntö lisää merkittävästi. Kokeilulain puitteissa pilotoidut aluetietojärjestelmät ovat olleet ensimmäisiä konkreettisia välineitä integroida asiakkaiden tietoja sähköisesti laajemmin kuin kahden organisaation välillä. Nämä ovat ensi askeleita sille, että palveluketjun kaikki tiedot olisivat kokonaisuudessaan koossa ja käytettävissä. Asiakaslähtöisyyden periaatteen toteutumista eivät kyseiset uudistukset vielä takaa, mutta ne ovat omalta osaltaan luomassa edellytyksiä sen toteutumiselle. Toistaiseksi on pohdittu vielä sangen vähän sellaisia integroidun tiedon hallinnan käytäntöjä, jotka edesauttavat tietojen hyödynnettävyyden lisääntymistä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Kaiken kaikkiaan organisaatiokeskeinen ajattelumalli on tähän asti ollut asiakaslähtöisyyttä vallitsevampi toiminnan kehittämisen lähtökohta.

Aluetietojärjestelmien kehittämisen rinnalla yhtä tärkeäksi nousee toimintaprosessien uudelleen tarkastelu. Potilaan joustavan, saumattoman palvelukokonaisuuden kehittämisessä lähtökohtana tulee olla organisaatioiden rajat ylittävän toiminnan hahmottaminen. Kehittämistyössä huomio olisi ensisijaisesti suunnattava kokonaisuuksien hahmottamiseen. Pelkkä pitkiin palveluketjuun liittyvien osaprosessien hahmottaminen edistää helposti osaprosessien optimointia, joka kokonaisuuden kannalta voi olla merkityksetöntä tai pahimmassa tapauksessa jopa haitallista kokonaisuudelle. (Esim. Heino, 2004.)

Prosessiajattelu tukee asiakaslähtöistä palveluketjuajattelua, näin ollen myös prosessien kuvaaminen lähtee aina asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Terveydenhuollon moniulotteisuuden vuoksi prosessien kuvaamisen lähtökohdaksi tarvitaan kuitenkin monitasoisia toiminnan analyysijä, joiden avulla havainnollistuvat alueelliset toiminnot, toimijat, prosessin vastuutahot sekä prosessien väliset suhteet. Strategisen kuvauksen avulla on mahdollista tuottaa arvokasta tietoa muun muassa alueellisesti yhtenäisten tietojärjestelmien suunnitteluun. (Mm. Nykänen ja Karimaa, 2004.) Toimintayksikkötasolla prosessien kuvaus lähtee strate-

gisen tason määrityksistä, mutta on edellistä yksityiskohtaisempaa. Esimerkiksi poliklinikalla lähetteen vastaanottaminen edellyttää jokaisen toimijan työn uudelleen tarkastelua, työhön liittyvien tiedon siirron tarpeiden esiin tuomista sekä tietojärjestelmälle asetettavien vaatimusten määrittelyä. Keskeistä toimintaprosessien kuvaamisessa ja sen perustalta lähtevässä kehittämistyössä on paneutua kokonaisuuden kehittämiseen. Ideaalitulanteessa toiminnan kehittäminen sanelee suunnan, jota kehitettävä teknologia myötäillen tukee, mutta käytännössä jouduttaneen usein tyytymään kompromisseihin.

Tulevaisuudessa jää nähtäväksi, miten saumattomia palveluketjuja tukevat toimintamallit jalkautuvat käytäntöön. Saavutetaanko niiden avulla todella niitä oletettuja kansalaisille ja yhteiskunnalle toivottuja hyötyjä, joita asetetuissa tavoitteissa tavoitellaan. Kansalliselta tasolta alueellisten, palveluketjun saumattomuutta tukeviin kehittämishankkeisiin suunnattu taloudellinen panostus on merkittävä. Muun muassa sosiaali- ja terveystieteiden kehittä-

mishankkeisiin myöntämät hankerahat ja Tekesin FinnWell-ohjelma mahdollistavat laajan tutkimus- ja kehittämistyön. Pelkkä taloudellinen panostus ei kuitenkaan riitä, vaan hyötyjen saavuttamisessa on merkittävää alueiden oma tahdonvoima ja kehittämishalu, joka konkretisoi kehittämistoiminnan tulokselliseksi, potilasta ja yhteiskuntaa hyödyttäväksi toiminnaksi. Teknologian todellisten vaikutusten arvioinnin tueksi ja sen käyttöönoton perusteeksi tarvitaan laaja-alaista tutkimusta muun muassa teknologian vaikutuksista terveydenhuollon organisaatioihin, potilaiden saamaan hoitoon, terveydenhuollon ammattilaisten työtehtäviin ja työssä suoriutumiseen sekä teknologian vaikutusten tarkastelua laajemmassa yhteiskunnallisessa merkityksessä. (Nykänen ym. 2004.) Saumattomien palveluketjujen ja niitä tukevien alueellisten toimintamallien saavuttaminen on siis Suomen terveydenhuollolle haaste, johon vastaamisesta ei selviä ilman oikeiden vipuvarsien löytymistä ja niiden yksituumasta vääntämistä.

Lähteet

- Heino Juha (2004). Kansallisen terveystieteiden mukainen sairaanhoidon prosessin ja laadun kehittäminen. Esitys terveydenhuollon ATK-päivillä 10.5.2004. Tampere.
- Hyppönen Hannele (2004). Tekniikka kehittyä, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittämisestä teknologiahankkeessa. Tutkimuksia 134. Stakes. Helsinki.
- Lillrank Paul (1998). Laatuajattelu: laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki.
- Miettinen Reijo (2003). Teknologia käyttöarvona: teknisistä ominaisuuksista käyttötoiminnan ymmärtämiseen. Teoksessa Miettinen Reijo, Hyysalo Sampsa, Lehenkari Janne & Hasu Mervi. Tuotteesta työvälineeksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa. Stakes. Helsinki.
- Niinimäki Jaakko (1999). Tietotekniikka alueellisen yhteistyön ja saumattomuuden tukena. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY. Porvoo.
- Nykänen Pirkko & Karimaa Erkki (2004). Alueellisen tietojärjestelmän kehittäminen – olisiko tehdystä makropilotti-arvioinnista hyötyä? Systeemyö nro 2004:1.
- Ruotsalainen Pekka (2000). Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen Susanna, Ruotsalainen Pekka & Kiikkala Irma. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (1998). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen osa 1. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Työryhmämuistio 1998:8.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2002). Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi. Työryhmämuistio 2002:3.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2003). Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmä. Suosituksia. Työryhmämuistio 2003:18.
- Stefanelli, Mario (2002). The role of methodologies to improve efficiency and effectiveness of care delivery processes for the year 2013. International Journal of Medical Informatics, Vol. 66, Issues 1-3, 2002.

Saumattomat asiakaslähtöiset palveluketjut: haaste sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskäytölle

EVA-LIISA VESTERINEN

Palveluketju on tietojärjestelmien kannalta asiakkaan palveluprosesseja tai niiden osia koskeva tietojoukko, joka koetaan yhteen tietojärjestelmän määrittelyssä sovittujen kriteerien mukaisesti niistä palveluprosessien tiedoista, jotka ovat palveluketjun hallinnan, ohjauksen ja seurannan kannalta tarpeellisia. Tällaisia tietoja ovat muun muassa *palvelutapahtumien* tyypit, vaiheet, suunnitelmat, päätökset ja asiakkaan taustatiedot. Henkilötietolain kannalta asiakkaan palveluketjua koskevat tiedot voivat koostua ensisijaisesti vain sellaisista palveluprosesseissa ja palvelutapahtumissa syntyneistä tiedoista, joiden kokoamiseen ja tuon kokonaisuuden hallintaan, ohjaukseen ja seurantaan asiakas on antanut luvan. Palveluketjuun voi sisältyä myös sellaisia tietoja, esimerkiksi tahdonvastaisia toimenpiteitä koskevaa tietoa, joiden luovuttamisesta on säädetty erikseen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön saumattoman palveluketjun ohjausryhmän suosituksissa esitetään, että kuntien tulisi siirtyä asiakkaan palveluprosessin kokonaisvaltaiseen suunnitteluun, optimointiin ja hallintaan perustuviin palvelukokonaisuuksiin ja hankkia niitä tukevat aluetietojärjestelmäpalvelut ja perusjärjestelmäliittymät. Kuntien tulisi tehdä yhteistyötä seutukunnittain ja alueellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien hankinnan ja käyttötoiminnan keskittämiseksi suurempiin yksiköihin kustannussäästöjen ja korkeamman laadun aikaansaamiseksi sekä kehittämisen nopeuttamiseksi. (STM 2003:18.)

Keski-Suomessa Jyväseudulla ja Jämsän seutukunnalla kuin myös paikoitellen pohjoisessa Keski-Suomessa sosiaali- ja terveystoimi ovat verkostoitumassa tämän linjan mukaisesti. Tämän verkostoitumisen ja alueellisen yhteistoiminnan keskeinen ilmentymä on Jyväskylän seudun verkostokaupunkihanke. Se on kymmenen kunnan kumppanuuspohjainen yhteistyöverkosto, jonka yhteinen väestöpohja on runsaat 165 000 koko maakunnan väestöpohjan ollessa 265 000. Seudullisissa ja maa-

kunnallisissa tietotekniikka- ja tietojärjestelmä-hankkeissa on verkostokaupunkitoiminnassa mukana eriasteisesti 11 kuntaa, viisi kuntayhtymää ja ammattikorkeakoulu. Sosiaalitoimen seudullisena hankkeena toimii kotihoito-, päivähoito-, perhehuolto- ja elatusturva-hanke, jonka kautta rakentuvan järjestelmän käyttöönotto tapahtuu vuosina 2004–2005. Sosiaalihuollon tietojärjestelmien seudullisessa hankkeessa on mukana neljä kuntaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot ovat sekä julkisten että yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden erilaisiin asiakas- ja potilastietojärjestelmiin tallennettuja tai tallennettavia, kyseiseen palveluprosessiin liittyviä tietoja. Asiakas- ja potilastietojärjestelmät voidaan edelleen jakaa lähes kaikissa yksiköissä käytettäviin ydinjärjestelmiin, kuten perustietoihin ja ajanvaraustietoihin sekä yksikkökohtaisiin erillisjärjestelmiin. (Saranto & Korpela 1999). Keski-Suomessa tuollaiseksi ydinjärjestelmän kehittämistyöksi voidaan katsoa sairaanhoitopiirin painopistealueena oleva keskussairaalan potilastietojärjestelmien uusiminen, joka on aloitettu vuonna 2001 ja saatetaan loppuun vuonna 2004 eri erikoissairaanhoitojen yksikkökohtaisten tietojärjestelmien osalta. Erikoissairaanhoitojen sähköinen potilaskertomus ja potilashallinto eli ajanvaraus ja läheteet uusitaan vuosina 2003–2007.

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun toteutuksessa tarvitaan sekä ydinjärjestelmien että yksikkökohtaisten erillisjärjestelmien tietoja, joskin koko idea perustuu oikea-aikaiseen ja turvalliseen ydinjärjestelmän tietojen yhteiskäyttöön. Hyvin toimivan saumattoman palveluketjun kehittämiseen tarvitaan sekä ohjelmistojen ja järjestelmien tuottajien että tukipalveluiden ja käyttäjien intensiivistä yhteistyötä. Erityisen tärkeää tässä mielessä on sosiaalihuollon henkilöstön aktivoituminen kehittämistyöhön. Ennen kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä maakunnallisia tietojärjestelmiä voidaan kehittää, tarvitaan

yhteinen näkemys siitä mitkä ovat tarvittavat ydintiedot. Valtakunnallisesti tätä ydintietojen määrittelytyötä tehdään paraikaa ja tätä työtä aiotaan myös Keski-Suomessa hyödyntää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmällä tarkoitetaan tietotekniikan käyttämistä välineenä sosiaali- ja terveydenhuollon kollektiivisessa toimintakokonaisuudessa joko yksittäisten työntekijöiden välineenä, tekijöiden välisen koordinaation ja kommunikaation välineenä ja/tai toimintakokonaisuuksien välillä verkottumisen välineenä.

Saumattoman asiakaslähtöisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjun kehittäminen mielletään ehkä helposti pelkästään tietotekniikan kehittämiseksi. Tosiasiassa kyse on sosiaali- ja terveydenhuollon koko palveluprosessien kehittämisestä. Siinä kehittämisessä muutoksen alle joutuvat tai pitäisikö sanoa pääsevät niin ihminen eli asiakas/potilas sekä hänelle palveluja tuottavat työntekijät kuin työkulttuuri ja tietysti uusi tietotekniikka. Informaatioteknologiassa kysymys on tietojen käsittelystä ja tietojen siirrosta. Kun puhutaan tietojen käsittelystä ja siirrosta, puhutaan samalla myös vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutusta on tietoja antavan ja tietoja vastaanottavan tietojärjestelmän tai organisaation ja niiden edustajien välillä. Vuorovaikutusta on tietokonetta tai muuta käyttöliittymää käyttävän henkilön ja tuon laitteen välillä. Omaksi tutkimuksenalukseksi onkin muodostunut niin sanottu HCI-tutkimus (human-computer-interaction), jonka tulokset ovat merkittäviä tietoteknologiaa käyttöön otettaessa ja käytettäessä. Vuorovaikutusta on tietysti myös asiakkaan/potilaan ja palveluja tuottavan työntekijän välillä. Kun puhutaan vuorovaikutuksesta, puhutaan yhteistyöstä ja toiminnasta. (Saranto 2001.)

Saumattomasti potilaskertomuksesta asiakaskertomukseen ja takaisin: tietojen kirjaamisen haasteita

Sähköisen potilaskertomuksen kehittäminen on valtakunnallisen kehittämistyön aikana osoittautunut monimutkaisemmaksi asi-

aksi kuin vielä toistakymmentä vuotta sitten kuviteltiin. Tiedon tallentaminen sähköiseen kertomukseen ei joitakin laboratoriotuloksia lukuun ottamatta tapahdu automaattisesti, vaan käsin tietokoneen näppäimistöllä kirjoittamalla. Toisaalta puheentunnistamisen tekniikan kehittyminen saattaa aikanaan tuoda tähän asiaan helpotusta. Tällaista kehittämistyötä Keski-Suomessa on tehty muun muassa Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä.

Tiedon tallentaminen on edelleen monessa mielessä työlästä, mutta sähköisen potilaskertomuksen hyöty tulee tiedon käytöstä. Tällöin strukturoitu tieto on käyttökelpoisempaa kuin täysin strukturoimaton. Näitä osin monenlainen pitkäjänteinen luokittelutyö on erittäin tärkeää. Lopputulemana on kuitenkin se, että sekä sosiaali- että terveydenhuollolla on muun muassa erilaisen lainsäädäntöperustan johdosta omia käsitteitään, joiden vastaavuuksien ja keskinäisten luokittelusuhteiden selvittäminen on muodostanut oman lisukkeensa jo muutenkin massiiviseen luokitustyöhön. Luokitustutkimuksessa liikutaankin sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palveluketjujen ja potilaskertomusten sisällön kehittämisen ydinalueilla.

Ilkka Kunnamo arvioi sairaalapäivillä vuonna 2002 pitämässään puheenvuorossa, että käyttöliittymiä ja työasemasovelluksia on tulvaisuudessa paljon, mutta perusjärjestelmiä vain muutama. Rajapintoja ei tarvita vain eri yksiköiden ja eri perusjärjestelmien välisessä tiedonsiirrossa, vaan myös tiedonsiirrossa erilaisten käyttöliittymien kuten vaikkapa erilaisten langattomien tiedonsiirtovälineiden välillä. Viimeksi mainitut rajapinnat tuottavat myös lisää ratkaistavia tietosuoja- ja tietoturvapulmia. Eri työntekijät tarvitsevat tietoa eri tavalla järjestettynä ja esitettynä. Tähän tarpeeseen pyrkivät vastaamaan erilaiset työpöytänäkymien kehittämishankkeet. Jotta kaikki tuo tieto pysyisi kuitenkin käyttökelpoisessa muodossa, korostuu tietosisällön ja käsitteiden luokituksen merkitys.

Ydintiedot tuovat oman lisänsä sähköisen asiakaskertomuksen kehittämistyöhön. Ydintiedot koodataan ja valtakunnallista koodistopalvelinta ollaan parhaillaan kansalliseen

terveydenhuollon kehittämisohjelmaan liittyen luomassa Stakesiin. Samoin on määritelty valtakunnallinen tietoturvallinen kommunikatioalusta. Tällä tarkoitetaan tiedon luovutuksen ja käytön periaatteiden, suostumuksen hankinnan ja tiedon suojaukseen liittyviä määrittelyjä. Ratkaisuksi on esitetty julkisen avaimen järjestelmään perustuvaa PKI-arkkitehtuuria.

Sähköistä asiakas/potilaskertomusta kehitettäessä on myös sosiaalihuollon monitieteinen tietämys ja terveydenhuollon lääketieteellinen tietämys kaikkien järjestettävä muotoon, jossa ne ovat valtakunnallisena palveluna saatavissa ja jossa ne auttavat palvelujen järjestämisessä tarvittavien päätösten teossa. Terveydenhuollon osalta tässä ollaan sosiaalihuoltoa pidemmällä. Sosiaalipalveluiden osalta kuljettavana onkin vielä pitkä matka ja runsaasti esimerkiksi sosiaalityön vaikuttavuustutkimusta tekemättä.

Keski-Suomessa on valittu perus- ja erikoissairaanhoidon välisessä tietojärjestelmien kehittämisessä malli, joka ei perustu viitetietojärjestelmään. Aluetietojärjestelmän osalta vahva perusta on luotu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin MediKesin kautta jonka kehittäminen jatkuu edelleen. MediKes on terveydenhuollon ammattilaisten yhteisöverkko Keski-Suomessa. MediKes on verkossa toimiva virtuaaliyhteisö, joka mahdollistaa keskisuomalaisen terveydenhuollon väen verkottumisen ja verkostoitumisen. MediKes-yhteisöverkon palveluja käyttävät Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin sekä kaikkien Keski-Suomen maakunnan terveyskeskusten ja terveyskeskuskuntayhtymien terveydenhuollon ammattilaiset. Alueellisen verkkopalvelun avulla tehostetaan toimintaa sekä parannetaan hoitoketjun laatua ensisijaisesti hoidon tarpeessa olevan asiakkaan näkökulmasta. MediKes on ulkopuolisilta suljettu, kaikki yhteisön jäsenet rekisteröidään ja he saavat henkilökohtaiset käyttäjätunnukset.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä on alueellinen tietohallintostrategia, joka noudattelee kansallisen terveysprojektin linjauksia. Tietohallintostrategian keskiössä ovat alueelliset tietojärjestelmät ja tietotekniikkapalvelujen lisääminen terveyskeskuksille. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tietojärjestelmien integrointi eli elektroninen lähete ja hoitopalaute, laboratoriojärjestelmä ja patologia on aloitettu vuosina 2001–2003. Maakunnallinen digitaalinen kuva-arkisto on lähes valmis. Maakunnallinen yöpäivystysvuorojen varaus tapahtuu MediKes-järjestelmän kautta ja käytännössä yöpäivystys hoituu siis yhtenä kokonaisuutena keskussairaalassa aiemman terveyskeskuspäivystämisen sijaan. Sähköinen hoitopalaute erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toimii kaikkiin terveyskeskuksiin. Erikoissairaanhoidon saadaan MediKesin kautta myös sähköinen lähete suoraan terveyskeskuksen tietojärjestelmästä. Effica käyttävien terveyskeskusten osalta Jyväskylän maalaiskunnan Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä on pilottina, seuraavaksi toteutuvat yhteydet muihin Effica-terveyskeskuksiin ja viimeiseksi Mediatricia ja Pegasosta käyttäviin terveyskeskuksiin. Kaikki erikoisalut tullaan ottamaan mukaan.

MediKesin teknistä alustaa voidaan haluttaessa hyödyntää myös niin sanotun SosKeshankeidean pohjalta sosiaalihuollon ja sitä kautta aikanaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen aluetietojärjestelmän suuntaan. Sen jälkeen kun riittävä yhteinen tahtotila tässä asiassa on maakunnassa saatu aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon aluetietojärjestelmää vastaavan kokonaisuuden toimiminen Keski-Suomessa onkin enemmän tahdon ja toimintakulttuurien yhteensovittamisen ja rahoituksen hankkimisen kuin tietotekniikan ongelma.

Pyrittäessä kohti saumatonta tiedonsiirtoa, on tärkeää panostaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tietotekniikan käyttökoulutukseen. Yhtä tärkeää kuin tiedon jakaminen saumattoman palveluketjun edusta on asenteita ravistelevan keskustelun herättäminen: millaiset ovat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asenteet teknologian käyttöön ja miten henkilöstön työhyvinvointi alati muuttuvissa oloissa turvataan. Teknologia on yhtä kuin tekniikka ja niitä käyttävät ihmiset. Parhainkin tietotekniikka voi tuottaa pettymyksen, ellei sitä käyttävä henkilöstö ole sen käyttöön motivoitunut.

Stakes, Aiheita 26/2004

Tietosuoja ja tietoturva palveluketjuissa

Kun asiakastietoja siirretään palveluketjussa organisaatiosta toiseen, tietosuojalle ja tietoturvalle asetetut vaatimukset kasvavat. Organisaatioiden täytyy huolehtia tietojen luottamuksellisuudesta, eheydestä, kiistämättömyydestä, oikeellisuudesta, käytettävyydestä ja siitä kuka ja missä roolissa pääsee tietoja käyttämään sekä tietoja vaihtavien organisaatioiden sisällä että etenkin niiden rajapinnassa. Tietoja vaihtavien organisaatioiden on myös sovittava keskenään siitä missä ja miten asiakkaan tietoja arkistoidaan. Organisaatioilla on oltava myös tietoturvastrategiat. Kaikki tietoturvan kahdeksan osa-alueetta on huomioitava: hallinnollinen turvallisuus, henkilöstöturvallisuus, fyysinen turvallisuus, tietoliikenneturvallisuus, laitteistoturvallisuus, ohjelmistoturvallisuus, tietoineistoturvallisuus ja käyttöturvallisuus. (Immonen, 2004.)

Tietoturva ja tietosuoja vaativat toteutukseen luotettavan varmenneympäristön. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden on ratkaistava se, kuka tätä varmenneympäristöä ylläpitää: onko se organisaatio itse vai ulkoistetaanko varmenneympäristö. Sekä asiakkaalle palveluja tuottava ja tässä ominaisuudessa tietojärjestelmää käyttävä työntekijä on pystyttävä tunnistamaan, samoin on voitava luotettavasti todentaa se, kenen asiakkaan tai potilaan tiedoista on kyse. Tietojärjestelmäarkkitehtuuri voi olla osittain keskitetty tai hajautettu. (Immonen, 2004.)

Tietoturvan käsitettä laajempi ja mielestäni käyttökelpoisempi on ajatus hallitusta informaation käytöstä. Hallitun informaation käytön osatekijöistä tärkein on luottamus ja mistäpä muusta saumattomissa palveluketjuisakaan on loppujen lopuksi kyse? Pelkkä tiedon siirtyminen turvallisesti ja jonkinlaisen palvelun saaminen ei riitä. Jotta saumattoman palveluketjun edut saadaan täysimääräisesti käyttöön, täytyy potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä olla potilaan suostumukseen ja ammattilaisen osaamiseen perustuva

perinpohjainen luottamus. Samaa luottamusta tarvitaan samaisen terveydenhuollon potilaan siirtyessä sosiaalipalvelujen asiakkaaksi saumattomasti siten, että siellä organisaatiossa taas palveluja tuottava työntekijä ammatilliseen osaamiseensa perustuvaan arvioon pohjautuen saa asiakkaan luvalla käyttöönsä ne terveydenhuollon potilastietojärjestelmään kirjatut tiedot, joita asiakkaan asian hoitamiseen parhaalla mahdollisella tavalla sosiaalihuollossa tarvitaan. Tuon luottamuksen pohjana on tietoturvaa ja -suojaaja sekä yksityisyyden suojaaja koskeva lainsäädäntö, jonka laajuudesta Antero Ension (2004) laatima luettelo antaa hyvän kokonaiskäsityksen. Erityisen pulman saumattomien palveluketjujen tietoturvaan tuo tilanne, jossa sama henkilö toimii useassa eri organisaatiossa. Aapo Immosen (2004) esittämässä 3-ulotteisessa mallissa tämäkin tärkeä tietoturvasuuden osio on huomioitu ottamalla kyseiseen malliin roolimäärittelyn ulottuvuus.

Tietoturvapoliittikka ja edellä mainittu asiakkaan ja palvelujen tuottajan välinen luottamus toimii usealla eri tasolla: käyttäjän (työntekijän) ympäristössä, työasemilla (työntekijän käyttämässä laitteistossa), tietoliikenteessä ja palvelimilla ja atk-palveluissa. Näistä kaksi viime mainittua eivät tavallisesti näy asiakkaalle, eivät ainakaan silloin kun tietojärjestelmät toimivat asianmukaisesti. Työntekijän ammatillisuuteen kuuluu asiakas/potilastietoja käsitellessä myös tietojen turvaluokituksen hallitseminen. Palveluja tuotettaessa ja tietoja saumattomasti siirrettäessä täytyy käyttäjän optimaalisessa tapauksessa tietojärjestelmän tai käytettävän ohjelman tukemana pystyä erottelemaan mikä asiakas/potilastieto on julkista, luottamuksellista ja mikä salassa pidettävää tai arkaluonteista (Ensio 2004).

Aikaisemmin tietoturvan katsottiin olevan asia, joka kuuluu organisaatioiden tietohallinnolle. Nykyisen käsityksen mukaan se koskettaa jokaista työntekijää. Saumattomissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjuissa kunnossa oleva tietoturva on osa hyvän palvelun laatua. (Saranto, 2001.)

Lopuksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien kirjo on moninainen: on olemassa eri ammattiryhmien henkilökohtaiset tietojärjestelmät, eri organisaatioiden tietojärjestelmät, on paikallisia, seutukunnallisia ja alueellisia tietojärjestelmiä ja lisäksi potilaan/kansalaisen/asiakkaan tietojärjestelmiä. Eri tuottajien ohjelmistot ja järjestelmät ovat keskenään yhteensopimattomia. Saumattomien palveluketjujen ohjausryhmän vaativana työnä on ollut asiakaslähtöisyyden nimissä hahmotella koko tätä kenttää ja niitä toimia millä tuo määrältään runsas ja usein päällekkäinenkin tieto saadaan oikeaan aikaan oikeaan paikkaan turvallisesti.

Oman osansa kehityksen kulkuun on tuonut myös se miten valtion harjoittama ohjaus suhteessa kuntiin ja kuntayhtymiin on vuosien varrella muuttunut. Kansallisen terveydenhuoltoprojektin valtakunnallisen sähköisen sairauskertomuksen käyttöönotto -hankkeen tavoitteena on, että valtakunnallinen sähköinen sairauskertomus on käytössä vuonna 2007. Tavoitteena on myös, että sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Stakes, Kuntaliitto ja muut toimijat määrittelevät terveydenhuollon järjestelmien yhteensopivuuden, takaavat yhteiset hallinnolliset palvelut ja avoimet rajapinnat alue- ja perustietojärjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon. Tämä lähestymistapa hyödyntää suoraan siis myös sosiaali- ja terveydenhuollon välisen tietojärjestelmien hallitun yhteiskäytön kehittämistä.

Kansallisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelman puitteissa annetaan valtakunnallisia suosituksia joiden pohjalta voidaan hiljalleen päästä kohti aidosti saumattomia palveluketjuja, joita kehitettäessä ei ole unohdettu myöskään sosiaalihuollon tietotarpeita. Vuonna 2005 tullaan kansallisen sosiaalialan kehittämissuunnitelman puitteissa rahoitettavissa kehittämissuunnitelmissa keskittymään erityisesti myös sosiaalihuollon tietoteknologiahankkeiden eteenpäin viemiseen. Henkilön sähköisen tunnistam-

misen mahdollistavien HST-korttien käytön laajeneminen tuonee lähivuosina uutta vauhtia niin saumattomien palveluketjujen kehittämiseen kuin sähköiseen asiointiin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Saumattoman palveluketjun kehityksen kokonaisuuden hahmottaminen saattaa tuoda kehityksen ytimen ulkopuoliselle tarkkailijalle olla hankalaa, koska tällä kehittämisen alueella tapahtuu nyt paljon ja monenlaisia asioita useiden eri toimijoiden voimin. Keskeiset piirteet kehittämistyöstä voi kuitenkin hahmottaa tutustumalla kahteen tietolähteeseen: kansallisen terveydenhuoltoprojektin ja sosiaalihuollon kehittämissuunnitelman aineistoon sekä aiheeseen liittyvään lainsäädäntöön esimerkiksi tietosuojavaltuutetun toimiston [www.sivuilla](http://www.sivuilla.fi) (www.tietosuojafi.fi). Lisäksi eri puolilla valtakuntaa on menossa kiinnostavia kehittämissuunnitelmia.

Tietoyhteiskuntakeskustelua seurattaessa joutuu melko pian pohtimaan sitä, mikä on tietohallinnon ja tietojohdamisen ja organisaation johtamisen eli perinteisen työnjohdon suhde. Informaatioteknologian lisääntyvä tunkeutuminen yhteiskunnan eri alueille näyttää aiheuttavan myös sen, että organisaatioiden johtamista aletaan pohtia yhä enemmän myös tiedonhallinnan ja tietojohdamisen näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveydenhuollolla ja niiden tietotekniikan kehittämisellä on ollut oma historiansa. Hyvä kooste noista kehityspoluista löytyy Sarannon ja Korpelan vuonna 1999 ilmestyneestä kirjasta. Saumattoman palveluketjun idea pyrkii hakemaan asiakkaan näkökulmasta niitä yhteisiä ydintietojen alueita, joita molemmat organisaatiot palvelujen käyttäjiä keräävät. Ajatus siitä, että informaatioteknologinen näkökulma saattaa olla se, joka ehkä pienentää sosiaali- ja terveydenhuollon välistä palvelukulttuurikuilua kansalaisen parhaaksi, on houkutteleva. Tämäkö on yksi niistä keinoista, joilla suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyminen taataan?

Lähteet

- Ensio Antero (2004). Tietosuoja ja -turva. Luennot Kuopion yliopiston sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon koulutusohjelmassa keväällä 2004.
- Heikkilä Matti, Kaakinen Juha, Korpelainen Niina (2003). Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. Helsinki.
- Immonen Aapo (2004). Tietosuoja ja -turva. Luennot Kuopion yliopiston sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon koulutusohjelmassa keväällä 2004.
- Kallinen-Kräkin Salme (2001). Sosiaalityön luokituksen lähtökohdat. Aiheita-monistesarja 12/2001. Stakes. Helsinki.
- Kunnamo Ilkka (2002). Sähköinen potilaskertomus tehokkaaseen käyttöön. Puheenvuoro Sairaalapäivillä 13.11.2002.
- Ohtonen Jukka (toim.) (2002). Satakunnan Makropilotti: tulosten arviointi. FinOhtan raportti 21/2002. Stakes. Helsinki.
- Saranto Kaija, Korpela Mikko (toim.) (1999). Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY. Porvoo.
- Saranto Kaija (2001). Tietosuoja ja -turvakysymyksiä. Kuopion yliopiston sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon koulutusohjelma luennot syksyllä 2001.

Saranto Kaija (2001). Tietoverkot asiantuntijan ja asiakkaan apuna. Kuopion yliopiston sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon koulutusohjelma luennot syksyllä 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmä. Suosituksia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:10. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Kansallisen terveydenhuoltoprojektin hanke 4.1.3. Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomuksen käyttöönotto. Hankesuunnitelma 17.12.2002.

Sähköiset lähteet

<http://www.koske.jyu.fi/hankkeet/> [Viitattu 25.5.2004]

www.oskenet.fi [Viitattu 25.5.2004]

<http://www.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/index.html> [Viitattu 25.5.2004]

www.tietosuoja.fi [Viitattu 25.5.2004]

Sairaanhoidopiirit alueellisen kehityksen koordinoijiksi

ERKKI AALTONEN

Sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä ja tuotannossa on meneillään rakennemuutos. Palvelujärjestelmiä pyritään kehittämään nykyajan tarpeita vastaavaksi. Keskeisiä haasteita nykypäivänä ovat tietojärjestelmien yhdistäminen, yhteistoiminnallisuus, käytettävyyden, yleisten kansainvälisesti hyväksytyjen standardien käyttöönotto, asiakastietojen saatavuuden mahdollistaminen ajasta ja paikasta riippumatta, yksityisyyden suoja, tietosuoja ja aktiivisen kansalaisen oman osallistumisen vahvistaminen.

Kunnalliset palveluntuottajat, erikoissairaanhoido, sosiaalivakuutus, yksityiset sairaalat ja kolmannen sektorin toimijat ovat kukin kilvan kehittäneet uusia palveluprosesseja. Toisaalta pyritään tuottamaan parempaa hoitoa ja toisaalta haetaan kustannussäästöjä. Nykyinen kehitys on huolestuttavaa, koska kaikki alan toimijat tekevät omia suunnitelmiaan. Kokonai-

suuden hallintaan ja asiakkaan näkökulmaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota.

Tiedon käyttö ja sen välittäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon työtä. Tarpeellisen tiedon on oltava viiveettä ja rajoituksetta ammattihenkilöstön käytettävissä. Toimintatapojen uudistaminen ja yhteistyön kehittäminen edellyttävät perinteisissä organisaatioissa rakennemuutoksia, toimintaprosessien uudelleenarviointeja ja päällekkäisten toimintojen purkamista. Tietotekniikan ja tiedonvälityksen kehittäminen eri tahojen välillä tehostaa palveluja lisäten niiden tuottavuutta. Organisaatioiden sisällä tietojärjestelmien kehittäminen parantaa palveluja tehostaen organisaation sisäisiä rutiineja ja tarjoaa tukea myös asiakaspalveluun. Tietotekniikka muuttaa organisaation toimintaa ja kulttuuria sekä henkilöstön työnkuvaa.

Kehittämistyö Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä

Varsinais-Suomessa toimii 26 terveyskeskusta, joilla kaikilla paria pientä toimintayksikköä lukuun ottamatta on käytössä oma erillinen potilastietojärjestelmänsä. Julkisen sektorin potilaskertomuksista Pegasos ja Effica kattavat valtaosan väestöstä. Yksityissektorilla kahdella suurella toimijalla on omat järjestelmänsä, ja pienempien asemien hankinnat ovat pääosin vielä ratkaisematta. Järjestelmien ylläpito hoidetaan yksikkökohtaisin ratkaisuin.

Varsinais-Suomessa terveydenhuollon tietohallinnan kehittämisen perusta on organisaatioiden tekemissä panostuksissa potilastietojen hallintaan. Kehittämistyötä on tehty niin julkisella sektorilla kuin yksityisellä sektorilla. Toteutetut projektit tuovat myös erityisen haasteen uuteen kehittämisvaiheeseen siirtymiselle, kun investointien jälkeen aloitetaan konkreettinen arkipäivän työ.

Terveyskeskusten järjestelmiä pyritään keskittämään ohjelmistokohtaisesti suurempiin yksiköihin. Lähtökohtana ovat olemassa olevat järjestelmät. Ohjelmistojen vaihto ei ole tavoitteena, integrointi kylläkin. Keskittämällä järjestelmät fyysisesti samoihin konesaleihin, samoille palvelimille tai jopa samaan tietokantaan voidaan järjestelmien liittämiseen tarvittavaa infrastruktuuria yksinkertaistaa. Samalla voidaan järjestelmien käyttöpalveluympäristöä kehittää varmemmaksi.

Lähetehoitopalauteliikenne toimii sähköisesti sairaanhoitopiirin osavastuualueiden välillä sekä sairaanhoitopiirin ja kahdeksan perusterveydenhuollon yksikön välillä. Myös hanke yksityisen lääkäriaseman läheteliikenteen alkamisesta on käynnistynyt.

Lähetehoitopalauteliikenteen mahdollistavat yhteydet toteutetaan kaikkiin alueen terveyskeskusjärjestelmiin, joissa tarvittavat tiedonsiirron rajapinnat ovat olemassa, sekä Satakunnan sairaanhoitopiiriin. Samoin toteutetaan yhteys yksityiselle sektorille keskitetyn palvelun kautta. Sairaanhoitopiirin järjestelmien kautta järjestetään liikenne kaikkien kumppanien kesken niin, että sairaanhoitopiirin palvelu toimii viestikeskuksena. Samaa yhteyttä käyttäen ratkais-

taan Turun terveystoimeen keskitetyn päivystyksen tietojen välitys asiakkaan omaan terveyskeskukseen.

Turun yliopistollisessa keskussairaalaossa elektroninen potilaskertomus (EPK) on edennyt suotuisasti. Kunniահimoisena tavoitteena on, että Turun yliopistollisessa keskussairaalaossa on vuoden 2005 loppuun mennessä elektroninen potilaskertomusjärjestelmä, joka mahdollistaa paperittoman työskentelyn sairaalan kaikilla potilashoidon osa-alueilla. Projektin ytimen muodostavat potilaskertomusohjelma ja potilashallinto-ohjelma. Henkilöstön kouluttaminen käyttämään sähköistä potilastietojärjestelmää on ollut työlästä, ja muutosvastarintakin on esiintynyt. Tältä osin kouluttaminen jatkuu ja koulutusresurssien lisääntyessä tulokset tulevat luonnollisesti paranemaan.

Potilas- ja asiakastyön lisäksi terveystieteellinen ammatillinen täydennyskoulutus on tärkeä osa hoitoyhteistyöjärjestelmän kehittämistyötä. Turun yliopistossa ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on käynnistetty laaja terveydenhuoltosektorin täydennyskoulutushanke, jossa pyritään erityisesti takaamaan perusterveydenhuollon suunnitelmallinen, koko maakuntaa palveleva alueellinen koulutusjärjestelmä. Yliopistossa oleva koulutuksellinen ammattitaito ja uudet opetusmenetelmät mahdollistavat uudentyypin koulutuksen luomisen, jossa kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Koulutuksen peruslähtökohdat ovat koulutukseen osallistuvien ja heidän potilaidensa alueellisissa ja seutukunnallisissa tarpeissa. Hanke yhdistää hoitoketjujen mallintamisen internet-sivuille, hoitokäytännöistä sopimisen sekä täydennyskoulutuksen. Suositukset perustuvat valtakunnallisiin Käypä hoito -suosituksiin (www.duodecim.fi/kh). Käypä hoito -suositukset palvelevat valtakunnallisesti sekä ammattihenkilöitä että potilaita.

Alueellinen tiedon hallinta nousee avainasemaan, mutta se edellyttää muutosta organisaatioiden jo vakiintuneesta, hyvin itsenäisestä tietoteknologian kehittämisestä, yhteiseen sopimiseen ja toimien yhteensovittamiseen. Ennen kaikkea kyse on terveydenhuollon eri toimijoiden ja toisaalta sosiaalialan toimijoiden

arkipäivän yhteistyön parantamisesta, ja palvelujärjestelmän saumakohtien poistamisesta asiakkaan ja potilaan tarvitseman palvelun lähikohdista. Yhteistoiminnallisuuteen pystyvät asiakastietojärjestelmät, nykyistä tehokkaammin hyväksi käytetyt hallintojärjestelmät ja niiden perustalla toimivat laadun ja prosessihallinnan järjestelmät luovat edellytykset tälle käytännön yhteistyölle. Investointien aika ei näin voi olla vielä ohi, koska nykyiset järjestelmät on tehty organisaatiokohtaisiin tarpeisiin.

Sairaanhoitopiiri maakunnalliseksi koordinaattoriksi

Valtion ja kuntien nykyisen työnjaon mukaan lähes kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toiminnot on sovittu kuntien tehtäviksi. Kunnat ovat kehittäneet omia toimintojaan, mutta yhteistyön edistämiseen on kiinnitetty varsin vähän huomiota. Tämä antaa aiheen kysymykseen, kuka koordinoi kuntien välistä, seudullista ja alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Onko se sairaanhoitopiiri, joka Suomessa jo monella suunnalla on kuntien valtuuttamana tehnyt hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon koordinoituvuutta? Olisiko maakunnan liitoilla tähän mahdollisuuksia? Liitot ovat uuden aluekehityslain velvoittamana luomassa edellytyksiä alueiden kilpailukyvyille ja parantamassa väestön elinoloja myös sosiaali- ja terveydenhuollon alalla.

Varsinais-Suomessa, jossa kuntia, terveyskeskuksia, sairaaloita ja muita yksiköitä on paljon, jo parin vuoden ajan on ollut ilmeistä, että eri toimijoiden koordinoitua tulisi lisätä. Varsinais-Suomen maakunnan mutta myös yksittäisen peruskunnan ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kannalta on tärkeää, että maakunnassa suunnitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita yhtenäisesti.

Sairaanhoitopiirin hallitus on päättänyt nimetä 15.10.2003–31.12.2006 väliselle ajalle IT-neuvottelukunnan, jonka tärkeimpänä tehtävänä on koordinoita maakunnassa eri toimijoiden tietohallinnollista kehittämistyötä ja linjata osaltaan alueellisen tietoturvalisen tiedon-

siirtotekniikan rakentamisen periaatteita ja aikataulua. IT-neuvottelukunta toimii yhteistyössä Varsinais-Suomen liiton kanssa. Tavoitteena on muodostaa alueellinen näkemys siitä, miten

- hyvinvoinnin prosesseja kehitetään maakunnallisesti eri toimijoiden kanssa yhteistyössä
- luodaan alueellinen hyvinvoinnin IT-strategia
- hyvinvoinnin prosesseja arvioidaan suurina kokonaisuuksina.

Neuvottelukunnan suunnittelutehtävistä mainittakoon seuraavat:

- synkronoida eri toimijoiden tietohallinnollista kehittämistyötä
- muodostaa yhteneväinen vaatimustaso ohjelmatoimittajiin päin
- huolehtia siitä, ettei tehtäisi turhia ja virheellisiä investointeja
- linjata alueellisen tietoturvalisen tiedon- siirtotekniikan rakentamisen periaatteet ja aikataulu
- toimia yhteistyöryhmänä Satakunnan sairaanhoitopiirin aluetietojärjestelmän kehittämisyhtymän kanssa koko erityisvastuualuetta koskevissa asioissa.

Käytännön yhteistyö Varsinais-Suomessa

Vastuu alueellisesta tietohallinnosta kuuluu ensisijaisesti kuntien tai kuntayhtymien johdolle. Paikallisen ja seutukuntatason toimenpiteet strategian toteuttamisesta ovat kyseisen yksikön tai yhteisön johdon vastuulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon strategisen yhteistyön piiriin kuuluvat tehtävät – tietohallinta- ja tietoturvastrategioiden ylläpito, investointien synkronointi, yhteiset arkkitehtuurit, tietoturva, tietohallinnon organisoinnin kehittäminen ja osaamisen varmistaminen eri organisaatioissa sekä tutkimus- ja kokeiluhankkeiden käynnistäminen uusien toimintatapojen etsimiseksi – kuuluvat pääsääntöisesti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vastuulle.

Kaikki alueelliset järjestelmät vaativat toimiakseen myös tietoturvalliset, toimivat ja riittävän nopeat tietoverkot. Nykyiset yhteydet eri terveydenhuollon organisaatioiden välillä on toteutettu pääsääntöisesti kahdenvälisinä.

Kuntien ja terveyskeskusten osalta tähän asti toteutettua kahdenvälisiä malleja on vaikea hallita. Tulevaisuudessa yhteisillä verkkoratkaisuilla pitäisi liittää toisiinsa alueen 26 terveyskeskusta, 58 kunnan sosiaalitoimet, sairaanhoitopiirin yksiköt, Satakunnan sairaanhoitopiiri, yksityissektorin toimijat sekä muut toimijat. Ratkaisuna tähän on malli, jossa laajakaistaiset verkkoyhteydet toteutetaan seutukuntakohtaisesti. Sairaanhoitopiirin verkkoon luodaan riittävät yhteydet seutuverkosta ja näin saadaan verkotettua koko alue.

Sähköiset tiedonhallintajärjestelmät tarjoavat enemmän mahdollisuuksia kuin mitä tällä hetkellä käytetään. Sairaanhoitopiirin erityisvastuualue muodostaa vahvan hyvinvointisektorin tietoteknologian kehittämisalueen, jossa yhdistyvät laaja Varsinais-Suomen terveydenhuollon yksiköiden tietoteknologiaosaaminen ja Satakunnan kokemus alueellisten järjestelmien ja hoitoketjutoimintojen kehittämisestä. Yhtenä painopisteenä on kokonaisvaltainen yhteistoiminnallisuuden kehittäminen.

Terveydenhuollon ammattilaisten saumatonta yhteistoimintaa potilaan hoidossa edellyttää myös helposti saatavilla olevaa tietoa alueellisesti sovitusta menettelytavoista. Varsinais-Suomen alueella on hoitoketjujen osalta käynnissä Käypä hoito -suositusten paikallistamishanke Reitit-hanke. Tämän lisäksi käynnistymässä on lukuisia hoidon ja hoidon laadun hallintaan liittyviä kehittämishankkeita.

Alueellinen tiedon hallinta

Valtakunnallisten suunnitelmien mukaisesti sosiaali- ja terveystoimissa ollaan nyt siirtymässä alueellisiin tietojärjestelmiin. Kansallisen terveysprojektin yhtenä tavoitteena on, että vuoteen 2007 mennessä maassamme otetaan käyttöön valtakunnallinen sähköinen sairauskertomus. Tavoitteiden toteuttaminen edellyttää, että eri organisaatioiden tietojärjestelmiä kehitetään

niin, että ne voivat kommunikoida keskenään. Erityisesti uusissa tietotekniikkahankinnoissa on tärkeää ottaa huomioon se seikka, että eri järjestelmät ovat yhteensopivia. Tavoitteena on, että eri järjestelmät sopeutuvat yhteiseen alueelliseen tietohallintostrategiaan ja että tulevassa kehittämistyössä eri osapuolet noudattavat yleisesti käyttöön otettavia standardeja.

Terveydenhuollon tietoteknologian kehittäminen on vaikea ja monitahoinen kokonaisuus. Valmistaa ratkaisua ei vielä ole, mutta työtä tehdään paljon, hyvänä esimerkkinä tästä ovat kansallisen terveysprojektin lukuisat työryhmät. Työryhmät yrittävät löytää vastauksia siihen, millainen aluetietojärjestelmä olisi käytökelpoisin ja miten eri järjestelmät tuottavat yhteiskäytöllisessä muodossa olevaa tietoa.

Tietohallintoon liittyvä sähköinen yhteistyö konkretisoituu eri organisaatioiden teknisille rajapinnoille, joissa sähköisen aikakauden teknologiat pitäisi voida viisaasti ratkaista niin, että voisimme puhua saumattomasta, joustavasta toiminnasta ja yhteistyöstä. Edellytyksenä saumattomalle palvelutuotannolle on, että sosiaali- ja terveydenhuollon edustajat eri tahoilla tunnistavat kansalaisten tarpeet ja omat palveluprosessinsa, ja ryhtyvät tältä pohjalta luomaan ja hallitsemaan uutta yhteistyöhön pohjautuvaa saumatonta palvelutoimintaa, jossa yhtenä tärkeänä näkökulmana ovat koko ajan asiakkaan tarpeet. Konkreettisesti edellä oleva tarkoittaa sitä, että meillä on käytössä valtakunnalliset aluetietojärjestelmät.

Valtakunnallisten suunnitelmien mukaisesti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on valmistauduttu alueellisten tietojärjestelmien kehittämiseen ja käyttöönottoon. Yhteistyötä on tehty myös Varsinais-Suomen liiton kanssa, jotta muu aluekehitys ja seutukuntien kehitystyö ottaisi huomioon yhteistoiminnallisuuden ja sairaanhoitopiirin toimesta toteutettavan kehitystyön.

Aluearkisto

Aluetietojärjestelmissä keskeinen hakemisto eri organisaatioista saataviin potilaan tietoihin on viitetietokanta. Varsinais-Suomen alueella vii-

tietotokanta perustetaan yksinkertaisen ja hallitun tietoteknologian ympärille. Viitetiedot muodostetaan kansallisten ydintietomäärittysten mukaisista potilastiedoista. Tiedot, joista ryhdytään tuottamaan aluetietojärjestelmään viite, ja joiden osalta siis tullaan tilamaan adapteri (adapteri on ohjelma, joka muodostaa organisaation omasta potilasjärjestelmästä kansallisen standardin mukaisen tietojoukon), tallennetaan alusta pitäen alueelliseksi arkistoksi.

Aluearkiston toimintaan kuuluvat arkistokanta, arkiston hallinta, säilytysaikojen mukainen ylläpito, tiedon suojaus, arkistointi, potilaan suostumuksen hallinta ja käyttäjän tunnistaminen eli interaktio perusjärjestelmien tunnistautumisen kanssa. (V-S terveydenhuollon tietohallintostrategia ja tietojenkäsittelyn kehittämissuunnitelma 2005–2010.)

Alueellinen potilastietoarkisto muodostaa aluksi saumattoman toiminnan kannalta riittävän ydintietoarkiston. Perusjärjestelmien kehittyessä alueellinen arkisto täydentää tai korvaa perusjärjestelmien arkistoinnin. Aluearkisto toimii samalla myös alueellisena raportointikantana. Arkistoratkaisun päälle rakennettava aluetietojärjestelmä (viitetietokanta, käyttäjähallinta, suostumuksen hallinta ja palveluketjut) toimii potilastiedon aluearkiston ja siihen liittyvien tutkimustulosarkistojen käyttöliittymänä.

Suunnitteluprosessissa määritellään myös käytännön yhteistoiminnallisuus Satakunnan viitetietokannan kanssa. Aluearkistojen lainsäädäntöä odoteltaessa aluearkistossa arkistoitavaa tietoa hallinnoidaan organisaatiokohtaisesti, ja tarvittaessa potilaan suostumuksen pohjalta.

Tavoitteena on, että samaa sovellusta käyttävät terveyskeskukset yhdistävät tietokantansa, mutta tiedot käsitellään edelleen terveyskeskukohtaisesti. Tiedon käyttö yli organisaatio-ajan tapahtuu aluearkiston kautta, jonka käyttöliittymä on osana työpöytää sujuvasti käytettävissä. Omaan perusjärjestelmään kirjautumisen tietoturva rakennetaan tasolle, jossa käyttäjän tunnistus on luotettava myös alueellisen tiedon kannalta. Terveyskeskusten sovelluskantojen yhdistäminen ja yhteinen ylläpito edis-

tää alueellisen toiminnan tehokkuutta ja taloudellisuutta. Aluearkistoa täydentää turvattu- ja tietoliikenneyhteyksiään käyttävä konsultaatiojärjestelmä.

Sosiaalitoimen asiakastiedon liittäminen tietokantoihin

Terveydenhuollon alueella tietosisältöjen ja tiedonsiirron standardoinnilla on jo pitkät perinteet. Kansallisen terveystietohankkeen toimesta terveydenhuollon tietojen sisällön, rakenteiden ja koodien standardointi on edelleen voimakkaasti edistymässä. Sosiaalitoimen järjestelmissä kehitys on vasta alussa.

Sosiaalitoimen organisaatiot poikkeavat usein terveydenhuollon organisaatioista. Tämän seikan tuoma lisähaaste yhteistyölle ja asiakastiedon hallinnalle on ratkaistu panostamalla standardien mukaisiin tiedonsiirtorajapintoihin ja tiedon rakenteeseen. Näin sosiaalitoimi on välttämässä pitkän ja resursseja vaativan terveyssektorilla toteutetun kehitysvaiheen, jossa tietojärjestelmiin tehtiin kahdenvälisiä räätälöityjä tiedonsiirtoyhteyksiä ja jossa oli syntymässä vaikeasti ylläpidettävä ja kehitettävä kahdenvälisen yhteyksien ristiverkosto. Varsinais-Suomen sosiaalialan tietohallinnon peruskartoitus on valmistunut 2004.

Yksityisen sektorin ja kolmannen sektorin toiminnasta

Yksityinen palvelutuotanto on osallistunut julkisesti rahoitetun toiminnan tuottamiseen sopimus pohjaisesti. Yksityisen sektorin ja yksityisten ammatinharjoittajien verkottuminen on tehnyt mahdolliseksi täydentää julkisia palveluita joustavasti myös osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Uusia yksityisiä kohdennettuja verkkoterveyspalveluita on kehittymässä, kun potilaan terveystiedot voivat potilaan niin halutessa olla käytössä myös verkkotoimijalla.

Kolmannen sektorin järjestöt ja yleishyödylliset säätiöt osallistuvat potilaan hoidon kehittämiseen sekä järjestämällä palveluita että

ylläpitämällä tietopalveluitaan. Yhteistyö sähköisen toiminnan kehittämiseksi julkisen sektorin kanssa on alkanut.

Lähteet

Varsinais-Suomen terveydenhuollon tietohallintostrategia ja tietojenkäsittelyn kehittämissuunnitelma 2005–2010, versio 03/11.8.2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38.

Sähköinen asiointi ja terveydenhuollon palvelut kansalaisen näkökulmasta

PETTERI JÄÄSKELÄINEN

Valtakunnallisena tavoitteena voidaan pitää kansalaisten kasvavaa osallistumista omaan terveydenhuoltoonsa. Nykyisten tietoteknologia-hankkeiden kautta on pyritty edistämään muun muassa kansalaisten jokapäiväistä selviytymistä, sairauksien seurantaa, erityisryhmien suoriutumista kotona sekä lapsiperheiden ohjausta. Erityisesti on haluttu tukea asiakaslähteisiä hankkeita, joissa asiakkaat osallistuvat terveytensä ylläpitoon ja oman sairautensa hoitoon. Nopeat tietoverkot, sähköinen tiedon tallennus ja langattomuus ovat tuoneet lisäarvoa kansalaisen asioinnille terveydenhuollossa. Tulvaisuudessa kansalaisilla on mahdollisuus osallistua terveystietojensa tuottamisen lisäksi tietojensa tarkkailuun ajasta ja paikasta riippumatta (Saranto 2002, STM 1995, STM 1996, STM 1998).

Tietoverkot mahdollistavat uudenlaisen palvelun. Puhelinneuvontapalvelun tai verkkoportaalin kautta terveydenhuollon ammattilainen on helposti tavoitettavissa. Palveluiden avulla kansalainen voi varata ajan tai kysyä neuvoa verkkohoitajalta tai -lääkäriltä. Ajanvarauksesta voidaan myös lähettää potilaille sähköinen muistutus matkapuhelimeen. Uusien palveluiden tavoitteena on tuoda sosiaali- ja tervey-

denhuollon palvelut helpommin kansalaisten saataville ja vähentää turhaa odottelua esimerkiksi lääkärin vastaanotto- ja puhelinjonoissa. Internetiin kautta eri väestöryhmien palvelun saanti helpottuu ja siten myös tasa-arvoistuu huomattavasti (Turunen, 2004). Osaltaan palvelu vähentää myös henkilökunnan kuormitusta ja välittömiä lääkärissä käyntejä. Näin perinteisesti monimutkaisesta palvelukentästä muodostuu kansalaiselle kokonaisuus, jossa tieto liikkuu potilaan sijaan.

Olennaista on, että tietoverkot mahdollistavat eri organisaatioiden linkittämisen toisiinsa. Alueellisten viitetietojärjestelmien avulla lääkäri voi tarkastella potilastietoja niin, että potilaan kokonaisvaltainen hoito toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla. Tähän tarvitaan tietysti potilaan suostumus. Sovellusten avulla voidaan poistaa palveluketjujen saumakohtia. Potilaasta tarvittava tieto on paikasta ja ajasta riippumatta aina saatavilla. Esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon väliset konsultaatiot lisäävät kansalaisten tasa-arvoa niillä alueilla, joissa erikoislääkäreistä on pulaa tai toimipisteiden välimatkat ovat kohuttomia (STM 1998).

Terveystieteiden huollon asiointi – omahoito- ja informaatiopalvelut kansalaisille

Verkkoportaalit

Internetin kautta kansalaiset voivat hakea runsaasti terveyttä koskevaa tietoa. Erityisesti niin sanotut terveystieteiden portaalit ovat suosittuja, koska niiden kautta on mahdollista löytää tarpeelliset palvelut yhdestä paikasta. Portaalit sisältävät yleisiä keskustelu- tai kysymyspalstoja, sairaanhoitopiiriin tai terveystieteiden keskuksen ylläpitämiä neuvonta- tai ajanvarauspalveluita, kansallisia sekä kansainvälisiä hakukoneita tai linkkejä muihin palveluihin.

Sari Wallden (2004) on luokitellut lääketieteelliset portaalit sosiaalisiin, esittäviin, interaktiivisiin ja yhdistelmäpalveluihin. Sosiaaliset portaalit on tarkoitettu potilaille ja heidän omaisilleen. Sosiaaliset portaalien keskusteluryhmien kautta varsinkin kroonisesti sairaiden on mahdollista saada vertaistukea, neuvoja ja vinkkejä. Koska keskustelufoorumit ovat vapaasti kenen tahansa käytettävissä, tarjolla saatavaa on myös virheellistä tietoa. Keskustelupalstoja voidaan kuitenkin valvoa säännöllisesti ylläpitäjän toimesta. Tällöin luottamus perustuu palstan ylläpitäjään ja toisiin keskustelijoihin.

Yleensä terveystieteiden portaalit toimivat lähinnä linkkikirjastoina ja tietolähteinä. Näitä kutsutaan esittäviksi eli presentatiivisiksi portaaleiksi (Wallden, 2004). Näiden sivustojen kautta voi etsiä tietoa sairaudesta, niiden oireista sekä itsehoito-ohjeita. Joskus on mahdollista osallistua gallup-kyselyihin. Toisinaan tämän tyyppisten palveluiden kautta oleellisen terveystieteen etsiminen saattaa olla huomattavan hankalaa ja tiedon luotettavuus perustuu käyttäjän käsitykseen palvelun tarjoajan laadusta. Terveystieteen haussa kannattaakin yleensä käyttää kansallisella tasolla toteutettuja terveystieteiden portaaleja, koska niiden sisältö on tarkistettu. Tällöin taustalla oleva organisaatio onkin yleensä jokin viranomaistaho.

Interaktiivisten portaalien kautta kansalaisen on mahdollista esittää kysymyksiä eri lääketieteiden alojen ammattilaisille. Usein myös aikaisemmat kysymykset vastauksineen on ar-

kistoitu. Sivustoissa on myös jonkin verran esitettävää osuutta.

Monikäyttöportaaleista löytyy esittäviä, interaktiivinen ja sosiaalinen osuus. Toki löytyy myös sellaisia yhdistelmäportaaleja, joista puuttuvat vaikkapa keskusteluryhmät, jolloin ne ovat esittävien ja interaktiivisten portaalien yhdistelmiä (mt). Kaikkien portaalien kautta ei myöskään voi esittää kysymyksiä terveystieteiden huollon asiantuntijoille.

Internet-palveluita voidaan laadullisesti tutkia ainakin seitsemästä näkökulmasta. Näitä ovat uskottavuus, sisältö, ilmaiseminen, linkit, suunnittelu, interaktiivisuus ja varoitukset. Uskottavuutta eli kuluttajien luottamusta internet-palveluihin tutkitaankin parhaillaan neljän yliopiston yhteisessä eLaku-projektissa. Projektin tavoitteena on luoda suunnittelun työkalu, jonka avulla sähköisiä palveluita tarjoavat yritykset ja muut yhteisöt voivat hallita kuluttajien luottamuksen muodostumisprosessia tarjottaviin palveluihin. Terveystieteiden huolto-palveluiden osalta tutkimusta tehdään Tampereen teknillisen yliopiston Seinäjoen toimipisteen telelääketieteen laboratoriossa (Lemmetty, 2004).

Seuraavissa kappaleissa on kuvattu niitä palveluita, joita kansalaisten on mahdollista käyttää internetin kautta. Useimmiten kyseessä on juuri yhdistelmäpalvelu, mutta näiden edellä mainittujen ominaisuuksien lisäksi on mahdollista osallistua hyvinkin vuorovaikuttavasti muun muassa itsensä hoitamiseen.

Toteutettuja kansalaisten asiointipalveluja

Kuntien portaalit ovat useimmiten suunnattu palvelemaan kyseisen kunnan asukkaiden tarpeita. Kuntalainen voi esimerkiksi tiedustella suojatun yhteyden kautta omaan terveyteensä liittyviä asioita verkkohoitajalta. Verkkohoitajalla on tarvittaessa käytössään potilaan terveystiedot, jolloin palvelu on mahdollisimman henkilökohtaista. Portaalien kautta terveystieteiden huollon organisaatiot voivat tiedottaa ajankohtaisista asioista, antaa neuvoja epidemioiden yhteydessä sekä kertoa vapaista vastaanottoajoista. Parhaimmillaan kysymyksiin luvataan vastaus 24 tunnissa. Tarvittaessa kansalainen voi

myös konsultoida lääkäriä niin sanotun verkkolääkäri-järjestelmän kautta julkisesti, jolloin kysymykset ja vastaukset ovat kaikkien käyttäjien käytettävissä. Konsultointi voi tapahtua myös salatusti kansalaisen ja lääkärin välillä.

Käyttäessään sähköistä ajanvarusjärjestelmää kuntalainen täyttää ajanvarauskaavakkeen, johon kuvataan vastaanotolle hakeutumisen syy, toivotut vastaanottoajat ja mahdollisesti toivomus lääkäristä. Pyynnön saavuttua terveyskeskuksen ajanvaraukseen, henkilökunta varaa ajan ja lähettää tiedon kuntalaisen antamaan sähköpostiosoitteeseen. Tällainen järjestelmä on toteutettu muun muassa Seinäjoen seudun terveysyhtymässä (Hakala, 2004).

Internetin kautta on mahdollista myös varata aika vaikkapa verikokeisiin tai sydänfilmiin. Asiakas valitsee tarvitsemansa laboratoriotutkimuksen, toimipisteen ja sopivan ajan kokeelle. Kun sopiva aika on löytynyt, asiakas voi varata ajan täyttämällä henkilötiedot ja vahvistamalla varauksen. Tarvittaessa asiakas voi perua ajan aikavarauksen vahvistamisen jälkeen saadun hakuavaimen avulla. Palvelu on käytössä esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin laboratoriuksessa (Saren, 2004).

Verkkoneuvolapalvelun kautta perheet voivat tehdä kysymyksiä kättilöille, terveydenhoitajille ja lääkäreille. Osaltaan verkkoneuvola tuottaa tietoa myös äitiyshuollon ammattilaisten ja oppilaitosten käyttöön. Keskusteluryhmien kautta perheet saavat myös vertaistukea ja keskustelua seuraava terveydenhoitaja voi viestiä ryhmissä esiintyvillä keskustelijoille. Internet-neuvolan asiakas voi lisäksi pyytää hoitavalta lääkäriltä laboratoriotuloksia tai muita itseään koskevia tietoja kotiinsa. Kyseisiä palveluja on kokeiltu ainakin Satakunnan Makropilotti-kehittämishankkeessa ja Kuopion Kotineuvola hankkeessa (Palomäki-Jägeroos, 2000).

Kansalaisten kotihoito ja itsehoito mahdollisuudet

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon osuus terveydenhuoltopalveluista lisääntyy koko ajan vanhusten määrän kasvaessa. Tavoitteena onkin

siirtää painopistettä kohti kotihoitoa ja ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa. Kemi-Tornion meneillään olevassa Virtuaalinen kotihoito-hankkeessa kohderyhmänä ovat alueen dementoituvat vanhukset. Hankkeessa testataan muun muassa IST:n hyvinvointiranneketta yhteensä 24:lle kotona asuvalle vanhukselle. Turvajärjestelmään on liitetty asiakaskohtaisesti myös apuvälineitä ja turvalaitteita kuten palo-varoitin, liesivahti ja ovivahti. Kotihoidon henkilökunnalla on mahdollisuus olla yhteydessä asiakkaisiin kommunikaattorin avulla. Puhelimeen suunniteltuun erilliseen asiakastieto-ohjelmaan on talletettu tärkeimmät tiedot potilaista. Hankkeen ensimmäisen arvion mukaan vanhuksien ja omaishoitajien suhtautuminen turvateknologiaan oli myönteistä (Holma, 2004).

Langaton teknologia ja nykyiset tietoverkot ovat mahdollistaneet erilaisten telemaattisten järjestelmien liittämisen sairauskohtaisiin hoitoketjuihin. Näitä ovat esimerkiksi diabeteksen hoitojärjestelmä ja omatoiminen verenpaineen hallintajärjestelmä. Potilailla on mahdollisuus lähettää mittaamia arvoja terveydenhuollon ammattilaisille. Esimerkiksi diabeetiko voi ilmoittaa GSM-puhelimen avulla veren-sokeriarvonsa ja muut hoitotasapainoon liittyvät tiedot järjestelmän tietokantaan. Potilas siis toimii osana hoitotiimiä. Tällaiset järjestelmät mahdollistavat potilaan tilan pitkäaikaisseurannan ja lääkärin nopean reagoimisen muuttuviin tilanteisiin. Samalla myös joidenkin potilaiden tarve käydä lääkärin vastaanotolla vähenee, kun tilanne on hallinnassa. Palvelu voi myös osaltaan ehkäistä diabeteksen liitännäissairauksia ja vähentää kalliita hoitokustannuksia (Kivisaari, 1998).

Johtuen syrjäisimpien kuntien vaikeasta lääkäritilanteesta on tutkittu myös mahdollisuutta hoitaa perusterveydenhuollon lääkäri-vastaanotto etätynä. Tällaista virtuaalilääkärin kokeilua on toteutettu ainakin Kainuussa. Keskussairaalan lääkärin ja erikoiskoulutetun hoitajan yhteydenpito hoidettiin IP-pohjaisen videoneuvottelulaitteiston avulla. Liikennöintiin käytettiin suojattua alueverkkoa ja sairauskertomuksen siirtoon Net Meeting -ohjelmaa. Etävastaanotolle valikoiduista potilaista kolme

neljäosaa voitiin hoitaa onnistuneesti. Potilailta saadun tyytyväisyyskyselyn ja lääkäri/hoitaja arvion mukaan etävastaanotto näyttäisi soveltuvan parhaiten kroonisten pitkäaikaissairauksien hoitoon. Vuoden 2003 alusta projektia jatkettiin hoitamalla diabetespotilaita etävastaanotolla (Timonen, 2003).

Etävastaanotolla lääkäri voi kuunnella elektronisen stetoskoopin avulla sydämen ja keuhkot. Videokamera voidaan kohdistaa tutkittavaan paikkaan. Dokumenttikameran avulla lääkäri voi katsoa potilaan seurantataulukot ja sydänfilmit. Omalta näyttöpäätteeltään lääkäri näkee potilaan sairauskertomuksen, laboratoriotulokset ja röntgenkuvat. Ja tarvittaessa esimerkiksi kliininen rasituskoete voidaan tehdä valikoiduille potilaille etänä, sillä EKG-dataan voidaan videokuvan lisäksi siirtää suoraan internetin yli terveyskeskuksesta keskussairaalaan. Potilastyytyväisyys etävastaanotolla on todettu jopa paremmaksi kuin tavallisella vastaanotolla käyneillä. Osaltaan tähän vaikuttaa varmasti se, että etävastaanotolla tilanne ohjautuu potilaskeskeisemmäksi. Videoneuvottelussa päälle puhuminen puurouttaa tilanteen, jolloin lääkärin on ”pakko” keskittyä kuuntelemaan potilasta. Etävastaanoton kautta potilaalle tulee säästöä myös aika- ja matkakuluisa (Lahti, 2004).

Potilaan hoitoketjun kannalta on tärkeää, että kaikilla hoitoketjun osapuolilla on ajantasaaiset tiedot potilaasta. Erityisesti hoitoprosessien hallintajärjestelmien kehittämistä tukee myös meneillään oleva Tekesin FinnWell -ohjelma sekä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hoidon saatavuus ja jonojen hallinta raportti. Kyseiset hallintajärjestelmät antavat potilaille tietoa siitä, missä hänen hoidossaan ollaan menossa ja mitä hänelle ollaan tekemässä ja miksi. Potilas on paremmin perillä eri hoitoketjujen vaiheista ja kestoajoista. Kun hoitolinjojen standardit ja hoitosuosituksia noudatetaan, saavat potilaat myös tasalaatuisempaa hoitoa ja hoitovirheet vähenevät. Tarvittaessa potilailla on parempi mahdollisuus vertailla eri sairaaloiden ja yksiköiden toimintojen tuloksia ja jonoaikoja mahdollisesti jopa eri terveydenhuollon asiantuntijoiden töiden tuloksia ja laadua (Rönkä, 2004).

Puhelinneuvontapalvelut

Puhelinneuvontapalvelun avulla pyritään vastaamaan kansalaisten lisääntyneeseen terveyspalveluiden kysyntään. Puhelinneuvontapalvelulle on olemassa muun muassa seuraavia nimityksiä: call center, puhelinpalvelutoiminta ja ensineuvonta. Puhelinpalvelutoiminta voi olla yleistä palveluneuvontaa, jolloin kansalaisia voidaan informoida terveyspalveluiden toimipisteiden sijainnista ja aukioloajoista. Tällöin palvelua antavan henkilöstön ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattilaisia. Anonyymi terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta taas sisältää terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa yleisellä tasolla. Yksilöllisessä puhelinneuvonnassa otetaan kantaan kansalaisen terveydentilaan tai hänelle annetaan esimerkiksi yksilöllisiä lääkitysohjeita. Kun hoito-ohjeita annetaan potilasasiakirjatietoja apuna käyttäen, tulee erityisesti varmistaa potilaan henkilöllisyys. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole olemassa teknisiä keinoja potilaan ehdottoman varamaan tunnistamiseen. Pääsääntöisesti tunnistaminen tapahtuu kysymällä soittajalta henkilötiedot.

Tulevaisuuden haasteet

Tulevaisuudessa verkkoportaaleilla tulee olemaan merkitystä myös ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa. Viitteitä tämän suuntaisesta toiminnasta on saatu muun muassa Etelä-Pohjanmaalta, jossa useiden terveydenhuollon toimijoiden tarpeesta päätettiin käynnistää Terve Etelä-Pohjanmaa -portaalihanke. Hankkeessa kehitetään yhteinen portaalimalli sekä alueellinen portaalikonaisuus osaksi alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon aluetietojärjestelmää. Portaalin kautta on mahdollista informoida kansalaisia sekä alueensa terveydenhuollon henkilökuntaa ennaltaehkäisyä ja hoitoa käsittelevistä ratkaisuista. Portaaliiin liitetyn liikuntakalenteripalvelun kautta voidaan tiedottaa reaaliajassa kuntien liikunta- ja ravitsemispalveluista. Diabetes osaportaalien kautta on mahdollista saada tietoa riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulonnasta ja ohjauksesta sekä saada omahoitoa tukevat Käypä hoito-ohjeet

jo sairastuneille. Tällä hetkellä verkkopalvelun kehittämistyö jatkuu Verka-hankkeessa, jonka toteutuksesta ja koordinoinnista vastaa Etelä-Pohjanmaan Telelääketieteen Palvelukeskus Ry yhdessä Vaasan Yliopiston Seinäjoen yksikön kanssa. Hankkeen on tarkoitus tukea Etelä-Pohjanmaan terveysstrategiaan kuuluvaa ennaltaehkäisevää toimintaa sekä potilaan ohjausta.

Kaikki edellä mainitut palvelut ja ratkaisut tukevat osaltaan vuoden 2005 alusta alkavan hoitotakuun toteutumista. Palveluprosessien on oltava kunnossa. Potilaan tutkimuksen ja hoidon tulee ohjautua mahdollisimman tehokkaasti sinne missä sitä on saatavilla. Tällöin myös aikaisemman potilastiedon on oltava reaaliajassa jokaisella hoitoketjuun kuuluvalla toimijalla. Terveystietojen mahdollisimman tehokkaan toiminnan tukemiseksi on myös päätöksiä tekeville tahoille luotava tehokkaat

tuotannonohjausjärjestelmät päätöksen ja resurssien ohjauksen tueksi.

Toteutettaessa kansallisia tavoitettava potilastiedon saatavuudesta yli organisaatorajojen on pohdittava myös, kuinka palvelujen ja tiedon liikkuminen toteutetaan EU:n sisällä ja ulkopuolella. Pitäisikö kaikki terveydenhuollon perustiedot olla saatavilla esimerkiksi englanniksi? Tulevaisuudessa alueellisten tietojärjestelmien kautta kansalaisetkin pääsevät katsomaan omia terveystietojaan. Tällöin kansalaisen saama terveystieto on seuloittava ja muokattava kansalaiselle ymmärrettävään muotoon. Verkkoportaalien kautta kansalaisille tarjottavien terveystietojen laatu on varmistettava. Samalla olisi varmistettava, että terveydenhuoltohenkilöstö ja kansalaiset ovat verkkolukutaitoisia, niin että he kykenevät erottamaan kyseenalaiset tiedot ja palvelut asianmukaisista.

Lähteet

- Hakala Jari (2004). Seinäjoen seudulla sairaanhoitajat neuvovat asukkaita internetin välityksellä. Sairaala 1-2/2004. Sairaalatalousyhdistys Ry.
- Holma Kaisa (2004). Virtuaalikoito. Kansallinen telelääketieteen seminaari. Suomen telelääketieteen seura Ry. Kemi 2004.
- Kivisaari Sirkka, Kortelainen Sami, Saranummi Niilo (1998). Terveystietojen tekniikan innovaatiot: tuotekonseptista markkinoille. Digitaalisen median raportti 1/98. Tekes. Helsinki.
- Kivisaari Sirkka, Kortelainen Sami, Saranummi Niilo (1999). Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoille. Digitaalisen median raportti 7/99. Tekes. Helsinki.
- Lahti Hilka (2004). Etävastaanotto sopii lääkärin työvälineeksi. Suomen lääkäri-lehti 3/2004 vsk 59.
- Lemmetty Riku (2004). Terveystietojen verkkopalvelut. Erikoistyö. Tampereen tekninen yliopisto.
- Palomäki-Jägerroos Tuula (2000). Äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksia Kotineuvola-verkkopalvelusta sen käyttöönottoaiheessa. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutus.
- Rönkä Marko, Markkanen Pasi (2004). Sepelvaltimotautipotilaan hoitoketju kehittämiskohteena. Sairaala 5/2004. Sairaalatalousyhdistys Ry.
- Saranto Kaija (2002). Teleterveydenhuollosta apua asiakkaan arkipäivään. Kansallinen telelääketieteen seminaari 2002. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Seinäjoki.
- Saren Sirpa (2004). Joensuussa lähetettiin asiakkaan resepti sairaalasta apteekkiin sähköisesti allekirjoitettuna. Sairaala 4/2004. Sairaalatalousyhdistys Ry.
- Saren Sirpa (2004). Internet-ajanvarauksella jonottamatta laboratorioon. Sairaala 4/2004. Sairaalatalousyhdistys Ry.
- Silvennoinen Ritva (2001). Tavoitteena äitiyshuollon saumaton hoitoketju. Dialogi 2001:1:21–22.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1995). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1995:27. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1998). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa 1. Joustava hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:8.
- Timonen Olavi (2003). Tuleeko virtuaalilääkärinä pelastus? VIII Kansallinen telelääketieteen seminaari 2003. Suomen telelääketieteen seura Ry. Helsinki.
- Turunen Pekka, Kinnunen Juha, Kiviaho Kari, Immonen Aapo (2004). Terveystieto asiakkaille uusien keinoin. Sairaala 1–2/2004. Sairaalatalousyhdistys Ry.
- Wallden Sari (2004). Lääketieteellisten www-portaalien käytettävyys ja käyttökokemus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja tietotekniikan tutkimuspäivät SoTeTiTe 2004. Tampere.

Elektroninen lähde

Etelä-Pohjanmaan Telelääketieteen Palvelukeskus Ry. Terveysteknologiakeskus Mediwestin [www-sivusto](http://www.mediwest.net). [Viitattu 15.8.2004]. Saatavissa: <http://www.mediwest.net>.

Yksityisen ja julkisen sektorin rajapinnat ja yhteistyö

SEIJA PARKKINEN

Yksityisen hoiva-alan kehittyminen yhä vahvemmaksi osaksi kuntien järjestämisvastuulla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on ollut selvä kehityksen suunta viime vuosina. Väestön ikääntyminen ja työikäisten muuttovirta kasvukeskuksiin aiheuttaa kunnille kasvavia paineita laadukkaiden palvelujen järjestämisessä.

Julkisen sektorin ja yksityisen palveluntuotannon välinen yhteistyö on keskeinen sosiaali- ja terveysalojen yritystoimintaan liittyvä tekijä. Kunnilla on palvelutuotannossa monta roolia; rahoittajan, tuottajan, ostajan ja valvojan. Julkisella sektorilla on siis ratkaiseva rooli myös palvelujärjestelmän kehittämistyössä. Toimialalle on kehittymässä verkostomainen toimintatapa, joka mahdollistaa markkinoiden hyödyntämisen palvelujen tuottamisessa asiakkaille. Koska palvelujen järjestämisvastuu on kunnilla, on kunnissa syytä jatkossa kiinnittää yhä enemmän huomiota riittäviin resursseihin palvelujen tuotteistamisessa ja laatukriteerien sekä hankintaosaamisen kehittämisessä.

Yksityisten sosiaalipalvelujen rooli on tähän asti ollut lähinnä julkisen palvelutarjonnan täydentämisessä ja julkisen palvelutuotannon ruuhkahuippujen tasaamisessa. Kauppa- ja teollisuusministeriön toimialapalvelut-yksikön arvion mukaan viimeaikainen kehitys on kuitenkin johtamassa siihen, että yritysten merkitys palvelujen tuottajana tulee kasvamaan kuntien keskittyessä palvelujen järjestämisvastuun tehokkaaseen hoitamiseen. (Kauppinen, 2003.)

Vuonna 2000 kunnat ostivat sosiaalipalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta 536,5 miljoonalla eurolla, mikä on 10 prosenttia kaikista sosiaalihuollon käyttökustannuksista, sisältäen myös rahalliset etuudet. Ostopalvelujen osuus on viime vuosina ollut selvässä kasvussa. (Kauppinen, 2003.) Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstöstä ja kustannuksista yksityisten tuottajien osuus on viidesosa. Viidessä vuodessa yksityisen toiminnan osuus on sosiaalipalveluissa noussut lähes seitsemän prosenttiyksikköä ja terveystalouden palveluissa kaksi prosenttiyksikköä.

Yksityisen hoiva-alan kehittämisyhtymät HOPE

Yksityiseen hoivayrittäjyyteen liittyviä kehittämishankkeita on viime vuosina käynnistetty alueellisina eripuolilla Suomea. Esimerkiksi Terveys- ja sosiaalialojen yrittäjät, TESO ry on käynnistänyt useita toimialan yrittäjyyttä kehittäviä hankkeita liittyen hoivayritysten laatu-työhön sekä hoivayrittäjien yrittäjävalmiuksiin ja jaksamiseen. Alueelliset toimijat ovat käynnistäneet lukuisia hankkeita alueella toimivan ja käynnistyvän yritystoiminnan vahvistamiseen, työllistämiseen ja palvelurakenteen uudistamiseen liittyen, esimerkkinä Herperti – Hervannan palvelurakenteen uudistamisprojekti Tampereella.

Valtakunnallisesti hoiva-alan yrittäjyyden kehittämistä on linjattu ja lähdetty työstämään muun muassa kansallisen yrittäjyyshankkeen kautta. Kauppa- ja teollisuusministeriö (KTM) käynnisti vuoden 2000 alussa hallitusohjelmaan sisältyvän yrittäjyyshankkeen. Hankkeen tavoitteena oli uusien yritysten perustaminen ja yritysten kasvun ja kilpailukyvyn lisääminen. Hallituksen yrittäjyyshankkeessa pyrittiin kehittämään hoiva-alan toimintaympäristöä yrittäjyyttä paremmin suosivaksi. Toimenpiteiden listalle ovat kuuluneet yrittäjävalmiuksien ja yritysten verkottumisen edistäminen. Hanketta toteutetaan ministeriöiden ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä. Työssä ovat keskeisesti mukana myös työvoima- ja elinkeinokeskukset sekä elinkeinoelämän sidosryhmät.

Kauppa- ja teollisuusministeriön toimesta vuosina 1999–2001 toteutettiin HOIVA 2000 -hanke. Hanke loi pohjaa hoivayritysten laatu-työn ja verkostoitumisen kehittämiseksi. Hankkeen toimesta toteutetut yrityskontaktit, selvitykset ja kyselyt osoittivat selkeästi, että yritysten välistä ja kuntien välistä yhteistyötä on tarpeen tehostaa. Vastuut ja velvoitteet tulee konkretisoida ja kahdensuuntaista tiedon kulkua tulee tehostaa. Kunnan olemassa oleva palvelurakenne on monille yrityksistä elintärkeä.

Monet yritykset pitävätkin itseään osana kunnan vanhustenhuollon palvelukokonaisuutta. Ne eivät muodosta mitään erillistä saarekettä. (Tedre ym. 2001.)

Tehty selvitys osoitti myös, että yritysten fyysiset toimintaympäristöt ja käytössä oleva teknologia sekä näihin liittyvä kehittäminen kuuluvat oleellisesti kehittämisen painopistealueisiin. Valtaosa yritysten toimintaympäristöistä ei ole alun perin tarkoitettu nykyiseen käyttötarkoitukseensa. Tietotekniikan käyttö on vielä vähäistä ja sen hyödyntäminen vaatii informointia sekä koulutusta, jolla tuetaan yritysten valmiuksia ottaa käyttöön uudenlaisia palvelu- ja toimintamalleja.

KTM käynnisti loppuvuonna 2001 valtakunnallisen Hoiva-alan palveluverkkohankkeen (HOPE). Hanke käynnistyi ensivaiheessa viidellä pilottialueella: Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla, Lapissa sekä Pohjois-Karjalassa. HOIVA 2000 -hankkeen kokemukset antoivat suuntaa HOPE-hankkeen käytännön toimenpiteille tarjoamalla tietoa yritysten kehitystarpeista. Valtakunnallisena tavoitteena on tietoverkkojen monipuolinen hyödyntäminen hoiva-alan yrittäjien ja yrittäjiksi tähyävien liiketoiminnassa. Tavoitteena on myös vahvistaa hoivayritysten liiketoimintaa tukemalla erityisesti markkinointia ja verkostoitumista sekä henkilöstön osaamista. Osaamista on tuettu käynnistämällä laatutyö yrityksissä sekä lisäämällä IT-osaamista. (Viitaniemi 2001).

Hoiva-alan palveluverkkohankkeen toimesta toteutettu verkkopalvelu löytyy osoitteesta www.hoivayrittajat.com. Tähän valtakunnalliseen verkkopalveluun kootaan kattava hakemisto yksityisistä hoivapalveluista Suomessa. Hakemisto toimii ajankohtaisena yhteistyövälineenä yrittäjille, asiakkaille, kunnille ja muille yhteistyötahoille. Esimerkiksi vapautuvat paikat voi ilmoittaa palvelutietoihin. Hakemistosta on suora yhteys yrityksen sähköpostiin ja kotisivuihin. Mukana olevat yritykset ovat luvan- tai ilmoituksenvaraisia eli yritysten toimintaa valvoo lääninhallitus ja kunta, jossa palvelua annetaan. Verkkopalvelussa on myös tietopankki, jossa on valtakunnallista ja alueellista tietoa koulutuksista ja ajankohtaisis-

ta tapahtumista sekä hoivayrittäjille tärkeitä linkkitietoja.

Palveluportaalin lisäksi hankkeen painopisteinä ovat olleet ympärivuorokautisia asumispalveluja tarjoavien yritysten kehittämistyön tukeminen. Menetelmänä on käytetty yrityskohtaisia toimintaympäristöjen ja teknologian kehittämistarpeiden kartoituksia sekä kehittämisuosituksia ja toimenpide-ehtouksia, joiden avulla yritykset ovat voineet ja voivat edetä palveluympäristöjensä toimivuuden ja laadun kehittämisessä.

Julkisen palveluntuotannon kehittämisyhtymykset, toimintamalli ja sisältö

Tarkasteltaessa hyvinvointisektorin kehittämistoimintaa on nimenomaan paikallisen päätöksenteon merkitys kasvanut. Rahoitusvastuu on siirtynyt paikallistasolle, palvelujen ja kehittämisen rahoittamiseen on tullut ennakoimattomuutta ja rahoituslähteiden määrä on lisääntynyt (Ruuskanen, 2002).

Valtakunnallisen Juuria-hankkeen keskeisenä tavoitteena on ollut kuntien tilaajaosaimisen kehittäminen ja hankintojen järjeistäminen. Valtakunnallisesti tätä tavoitetta on hankkeessa lähestytty pitkälti tietoteknologian aluetietojärjestelmien ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon järjestelmien yhteensopivuuden näkökulmasta. ISAK:n ja Itä-Suomen lääninhallituksen välisen sopimuksen mukaan Juuria-hankkeen Itä-Suomen sosiaalitoimen aluekoordinaation keskeisenä sisältönä on ollut tutkia, kehittää ja tukea julkisten tahojen ja yksityisen sektorin välistä saumattomuutta ja tiedon kulkua.

Hankkeessa aihetta lähestyttiin kahden pilottikunnan Lieksan ja Tohmajärven osalta. Kohdekunnissa nostettiin esille olemassa oleva tilanne, toiveet ja tarpeet yhteistyön kehittämiseksi tilaajaostajan ja yksityisten palveluntuottajien välille. Pilottikunnissa järjestettiin muun muassa kunnan sisäisiä yhteistyökeskusteluja. Neuvotteluihin kutsuttiin yksityisiä hoivayrittäjiä ja kunnan sosiaali- ja terveydenhuol-

lon viranhaltijoita, luottamushenkilöitä ja TE-keskuksen edustajia keskustelemaan yhteistyön kehittämisestä. Tavoitteena on ollut tarkastella yksityisten hoivayritysten asemaa sosiaali- ja terveystalouden tuottajana ja osana kuntien saumatonta palveluketjua sekä tuoda esille asioita, joilla on merkitystä yhteistyökumppanuuden saavuttamisessa.

Juuria-hankkeen Itä-Suomen aluekoordinaation sosiaalitoimen osio on liittynyt keskeisesti koko muuhun ISAK:n toimintaan. Itsenäisen Suoriutumisen Innovaatiokeskuksen käynnistäminen toteutuu osana Joensuun seudun aluekeskusohjelmaa (2002–2006), jota toteuttaa Joensuun Seudun Kehittämisyhtiö JOSEK Oy ja jota rahoittavat sisäministeriö sekä seudun kunnat. Käynnistettävä Itsenäisen Suoriutumisen Innovaatiokeskus ISAK hyödyntää maakunnallista erityisosaamista tuottaen itsenäistä suoriutumista edistäviä tuotteita, palvelukonsepteja ja uutta yritystoimintaa. ISAK:n käynnistämävaihe on osoittanut, että toimialalla on kasvavaa kysyntää ratkaisusta, joilla itsenäisen suoriutumisen edellytyksiä parannetaan. Väestön ikääntyminen synnyttää alalle megatrendejä, joihin vastaamalla ollaan mukana niin hyvinvoinnin kuin liiketaloudenkin menestystekijöissä. Innovaatiokeskusverkoston ydintoimijat edustavat maakunnan kärkiosamista hyvinvointialan eri sektoreilta.

Kumppanuus ja uudet toimintamallit

Kaikkien osapuolten kannalta hyödyllistä olisi, että hoivapalveluja tuottavat yritykset ja palveluja järjestävät ja kehittävät julkiset organisaatiot toimisivat kumppaneina saumattomien palvelujen tuottamiseksi kuntalaisille eli asiakkaille. Kumppanuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä yritysten ja julkisen hallinnon avointa toimintatapaa. Tavallisesti kumppanuuteen liitetään ajatus tasavertaisuudesta, molemminpuolisesta kunnioituksesta ja luottamuksesta. Usein kuitenkin julkiset organisaatiot epäilevät yritysten vilpittömyyttä ja yritykset puolestaan pitävät julkista hallintoa kankeana. Käsitteitä ruokkivat ennakkoluulot, mutta myös

kokemukset, käytössä olevat toimintatavat, rakenteet ja poliittiset sitoumukset. Luottamus edellyttää pelisääntöjen selkiyttämistä sekä toiminnan läpinäkyvyyden ja avoimuuden lisäämistä.

Kumppanuutta rakennettaessa on tärkeää erottaa toisistaan toimijoiden erilaiset visiot ja tavoitteet. Yhteinen visio edistää yhteistyötä, mutta toisaalta sen puuttuminen ei estä yhteistyötä. Sen sijaan tavoitteita voi olla useita ja eri tahoilla erilaisia. Menestyksenkäs yhteistyö rakentuu vain yhteisymmärrykselle siitä, että osapuolten erilaiset tavoitteet ovat luonnollisia ja rikastuttavat lopputulosta. Yrity maailmassa tavoitellaan eettisten ja laadullisten tavoitteiden lisäksi myös liiketoiminnan voittoa, kun taas hyvinvointisektorin julkiset organisaatiot pyrkivät yleensä parantamaan hoidon laatua, saatavuutta ja palvelutuotannon kustannustehokkuutta. Kun tavoitteiden ja toimintalogiikan erot hyväksytään, on helpompi löytää mahdollisiin ongelmiin konkreettisia ratkaisuja, jotka palvelevat kaikkia osapuolia.

Itä-Suomessa toteutuvien Juuria-hankkeen sosiaalitoimen aluekoordinaation ja HOPE – Pohjois-Karjala -hankkeen yhdistämisellä on saatu aikaan innovatiivinen uusi toimintamalli. Konkreettisen kehittämishankkeen sisään on luontevasti ja luovasti yhdistetty kauppa- ja teollisuusministeriön, Pohjois-Karjalan TE-keskuksen sekä toisaalta sosiaali- ja terveystalouden/Stakesin ja Itä-Suomen lääninhallituksen intressit kehittää yksityisen sosiaali- ja terveystalouden yrittäjyyden tukipalveluja, yhteistyötä ja yrittämisen mahdollisuuksia.

Voimien yhdistämisellä on hankkeessa saatu aikaan taloudellisesti ja toiminnallisesti synergiaetuja. Itä-Suomen Juuria/Hope-hanke suunniteltiin ja toimeenpantiin valtakunnallisten hankkeiden koordinaatiossa ja toteutettiin alueen sisällä yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa. Eri tahoilla tunnistettiin jo lähtötilanteessa samansuuntaisia intressejä hankkeen tavoitteissa ja sisällössä.

Yritysten ja julkisen sektorin yhteistyö edellyttää uudenlaisen kumppanuussuhteen rakentamista. Osapuolten suhteet eivät tällöin määräydy hierarkian pohjalta, eivätkä niitä määrää markkinat kuten organisaatioiden si-

säisessä tai yritysten välisessä yhteistyössä. Kumppanuussuhteet muotoutuvat neuvottelemalla ja siksi osapuolilta vaaditaan erityistä kykyä dialogiin, neuvotteluun ja keskinäiseen vuorovaikutukseen.

Tavoitteena kunnissa on niukkenevien määrärahojen kohdentaminen uudelleen ja palvelujen tuottaminen kasvavalle asiakasmäärälle. Kunnilla ei ole mahdollisuutta ja resursseja tuottaa kaikkea itse. Palvelujen tuottajina ja järjestäjinä voivat toimia julkisen sektorin ohella erilaiset yhteisöt tai yksittäiset yritykset. Keskustelua palvelujen järjestämistavoista käydään usein mustavalkoisesti joko/tai -periaatteella. Yksityisten palvelujen käyttö käsitetään usein myös ideologiseksi suunnanmuutokseksi, mitä sen ei tarvitse olla. Käytännössä julkinen järjestelmä muodostaa hyvinvointipalvelujen rungon, jota vaihtoehtoisilla tavoilla järjestetyt palvelut täydentävät.

Palvelujen monituottajuus -ajattelun tavoitteena on tuoda palvelutuotantoon tehokkuutta, joustavuutta ja valinnanvapautta. On syytä hahmotella sellaisia palvelumalleja, joissa yhdistyisivät julkisen ja yksityisen palvelutuotannon parhaat puolet. Kuntien omana toimintana järjestämien sosiaali- ja terveystalve-

lujen rinnalle on jo syntynyt uusia palvelujen tuotantotapoja. Ostopalvelujen lisäksi on joissakin kunnissa jo pienimuotoisesti kokeiltu palvelusetelien käyttöä. Kiinnostus palvelusetelitä kohtaan on kasvussa. Palvelusetelien käyttöön kaivataan vielä yhtenäisiä toiminta-periaatteita. Palvelusetelit ovat yksi työkalu, joilla voidaan muun muassa edistää ikäihmisten ja vammaisten henkilöiden kotona asumista. Se tarjoaa myös mahdollisuuden lisätä yrittäjyyttä ja työllisyyttä kunnassa.

Kuntien luottamushenkilöt ja viranhaltijat tarvitsevat lisää tietoa uusista mahdollisuuksista palvelujen järjestämisessä. Uusien asioiden läpimeno vaatii myös aikaa. Asenteet eivät muutu hetkessä. Tarvitaan myös konkreettisia esimerkkejä onnistuneesta yhteistyöstä kuntien ja yrittäjien välillä. Hyvinvointipalvelujen monituottajuus -ajattelussa on tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaan oikeusturvaan siten, että kunnissa panostetaan nykyistä enemmän palvelujen käytön ohjaamiseen. Oleellinen kysymys on tietysti myös palvelujen laadun arviointi, johon tulisi kehittää soveltuvia menetelmiä. Itsetarkoitus ei ole se, kuka palvelut tuottaa vaan se, että ne järjestetään mahdollisimman hyvin.

Lähteet

- Hänninen Esko, Koivunen Mari, Paaso Piia (2001). Hyvinvointia tietoteknologiahankkeilla. Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001:11. Edita. Helsinki.
- Kauppinen Sari, Niskanen Tapani (2003). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Raportteja 275. Helsinki.
- Koivukangas Pirjo, Valtonen Hannu (1995). Hyvinvointiklusteri. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, teollisuuden ja tutkimuksen verkko. Stakes, Raportteja 181. Helsinki.
- Ohtonen Jukka (toim.) (2002). Satakunnan Makropilotti: tulosten arviointi. FinOhtan raportti 21/2002. Stakes. Helsinki.
- Ruuskanen Petri (2002). Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. PS- kustannus. Keuruu.
- Sinervo Leini, Nissilä Leena (toim.) (2003). Juuria -hankkeen alueellinen katsaus 2002. Näkökulmia juurruttamiseen. Stakes, Aiheita 5/2003. Helsinki.
- Tedre Silva, Pöllänen Pirjo (2001). Sosiaalialan hoivayritysten asema kunnassa. Tapausselvitys Pohjois-Karjalassa. Joensuun yliopiston raportteja nro 8. Joensuun yliopistopaino. Joensuu.
- Viitaniemi Marjo (2001). Hoiva-alan palveluverkkohanke, projektihakemus. ESR:n osittain rahoittamat projektit, 31.8.2000.

Saumatonta palvelua Länsi-Pohjassa

EILA KORPIVUOMA

Asukasluvultaan Länsi-Pohja on maan toiseksi pienin sairaanhoitopiiri, asukkaita on noin 70 000. Sairaanhoitopiiriin kuuluu kuusi jäsenkuntaa eli Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio ja Ylitornio. Pienuudesta on myös etua. Puolen tunnin ajomatkan päässä keskussairaalasta asuu suurin osa eli yli 90 prosenttia alueen väestöstä. Vuonna 2002 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän hallituksessa tehtiin käynnistyspäätös PERES-projektille. Hanke muodostaa kokonaisuuden, joka tähtää sujuvaan seudulliseen terveyspalvelujen verkostoon ja jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijat kytketään yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi palvelulinjoin. Tavoitteena on myös toimintakulttuurin muutos.

Palvelulinjojen tavoitteena on, että sairaanhoitopiirin alueella on sovittu yhteiset tavoitteet, järjestelyt ja toimintatavat, jotka kattavat terveydenhuollon ja sosiaalitoimen terveyttä edistävät palvelut. Palvelulinjat voidaan jakaa kahteen osaan eli kliinisiin palvelulinjoin ja kliinisiä palveluita tukeviin palvelulinjoin. Kliinisiä palvelulinjoja on seitsemän:

- seudullisen päivystystoiminnan palvelulinja
- iäkkäiden ihmisten palvelulinja
- diabetespotilaiden palvelulinja
- hammashuollon palvelulinja
- äitiyshuollon palvelulinja
- kouluterveydenhuollon palvelulinja
- työterveydenhuollon palvelulinja.

Tukipalveluiden palvelulinja jakaantuu vastavasti Tietohallintopalvelulinjaan ja Hankintapalveluiden palvelulinjaan. Alueelle on muodostettu myös Alueellinen apuvälinekeskus. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin laaditaan parhaillaan Mielenterveyshoidon kehittämisstrategiaa, jossa on seitsemän osa-aluetta:

- lasten ja nuorten mielenterveyshoidon kehittäminen
- aikuisväestön mielenterveyshoidon kehittäminen

- psykiatristen pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen
- vanhusten mielenterveyshoidon ja psykiatrian kehittäminen
- yleissairaalapsykiatrian kehittäminen
- päihdepsykiatristen hoidon kehittäminen
- mielenterveyshoidon osaamisen, koulutuksen ja tutkimuksen kehittäminen.

Palvelulinjat ovat laatineet toiminta-ajatuksen ja kehittämissuunnitelman ja niiden toimintaa seuraa kuukausittain kokoontuva projektin johtoryhmä, joka on hyväksynyt palvelulinjojen työsuunnitelmat. Palvelulinjat ovat kokoon-tuneet pääsääntöisesti kuukausittain ja niiden toiminta jatkuu vuoteen 2005 asti, jolloin ensimmäiset alueelliset toimintamallit ovat tavoitteiden mukaisesti käytössä.

PERES-projektin lisäksi alueella on käynnissä EU-rahoitteinen *Länsi-Pohjan hyvinvointijärjestelmät ja -palvelut* (HYVI) -projekti, jonka tavoitteena on rakentaa ja pilotoida koko sairaanhoitopiirin alueella saumatonta hoitoketjua. Saumatonta hoitoketjua toteutetaan liittämällä alueen kuuden terveyskeskuksen potilastietojärjestelmät Länsi-Pohjan keskussairaalan potilastietojärjestelmään. Lisäksi hankkeessa liitetään koko sairaanhoitopiiri tietoteknisesti Oulun yliopistolliseen sairaalaan ja Lapin keskussairaalan potilastietojärjestelmiin.

HYVI-hankkeen I-vaiheessa vuosina 2001–2003 on otettu käyttöön ja hankittu:

- alueellinen diabetespotilaiden rekisteri, jolla tuetaan diabetespotilaiden palvelulinjan toteutusta
- alueellinen silmäpohjakuvien rekisteri, joka niin ikään toteuttaa muun muassa diabetespotilaiden hoitojärjestelyjä terveyskeskuksissa ja keskussairaalassa
- sähköiset alueen yhteiset hoito-ohjeet
- erikoissairaanhoidon sähköinen potilaskertomus
- perusterveydenhuollon alueellinen tietojärjestelmä, kesäkuussa 2004 alueellinen tietojärjestelmä otettiin käyttöön neljässä terveyskeskuksessa

- valmisteltu alueellista digitaalista kuvantamisen ja neuvontapalvelu toimintaa sekä selvitetty henkilöstön koulutustarvetta
- hankittu ja rahoitettu terveydenhuollon seudullinen tietoverkko palvelu ja kone-salipalvelut
- rahoitettu 1.7.2003 lähtien kuntien terveydenhuollon tietojärjestelmäkustannukset.

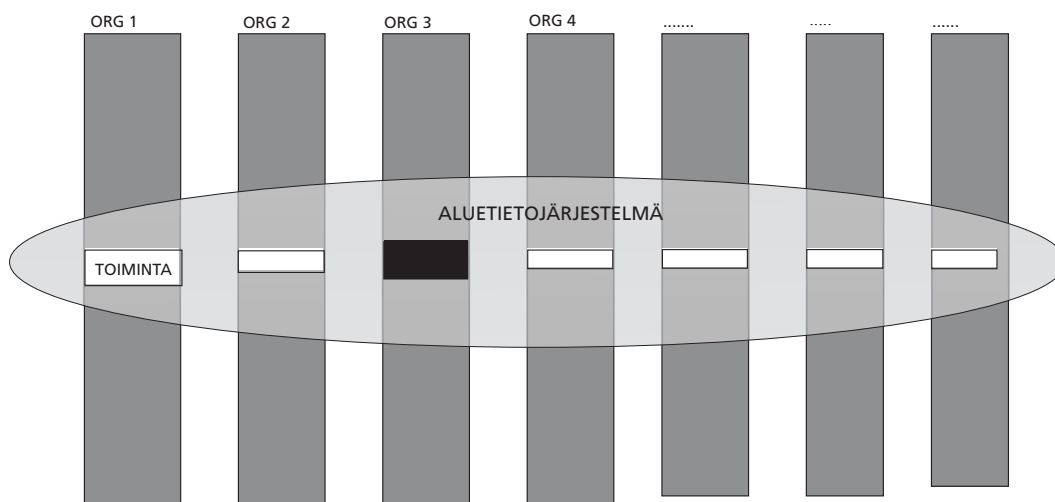
Vuosien 2004–2005 tavoitteena on jatkaa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella saumattoman hoitoketjun pilottia. Saumaton hoitoketju toteutetaan kuntien ja sairaanhoitopiirin sopimalla työnjaolla tietoteknisiä mahdollisuuksia hyväksikäyttäen. Hankkeessa tuetaan sairaanhoitopiirin alueella organisaatorajat ylittävää toiminnallista yhteistyötä, joka on koordinoitu palvelulinjoiksi. Vuonna 2005 sovitaan ja päätetään periaatteet projekti jälkeisestä ajasta eli toiminnasta vuoden 2007 alusta. Hankkeen II-vaiheessa mahdollistetaan yhteispäivystyksen uusi toimintamalli tietoteknisiin ratkaisuihin. Lisäksi mahdollistetaan kansallaisen neuvontapalveluiden käynnistäminen, seudullisen hoitoon pääsyn sekä jonojen hallinnan seurantajärjestelmä.

Hankkeen alustavan aikataulun mukaan seudullinen lähete-palautte-järjestelmä toteutetaan elokuuhun 2004 mennessä, konsultaatio järjestelmä elokuuhun 2005 mennessä ja la-

boratoriojärjestelmä vuoden 2004 loppuun mennessä. Kaksinkertaisen tiedonkirjaamisen välttämiseksi standardin mukaiset liittymät muihin järjestelmiin rakennetaan vuosien 2004–2006 aikana. Alueellisen sairauskertomusjärjestelmän laajentaminen Kemiin ja Tervolaan etenee erillisen suunnitelman mukaisesti vuosien 2005–2006 aikana. Alueellisesti sovittujen palvelulinjojen tarpeet huomioidaan hyväksytyyn toimintasuunnitelman mukaisesti samoin kuin arvioinnin toteutus.

Alueellinen tietojärjestelmä Länsi-Pohjassa

Länsi-Pohjan alueellisen tietojärjestelmän tavoitteena on *Alueen terveydenhuollon henkilöstö koko alueen käyttöön*. Alueellinen tietojärjestelmä mahdollistaa sen, että kaikki alueen hoitoon osallistuvat ammattilaiset voivat tutkia potilaan luvalla potilaskertomustietoja organisaatiosta riippumatta. Sairaanhoitopiirin kunnista neljä on siirtynyt yhteispäivystys aluejärjestelmän käyttäjäksi 14.6.2004 lähtien. Yhteispäivystyksen ajanvaraus on otettu käyttöön ja sähköinen konsultaatio tulee kuntien ja keskussairaalan väliseksi toimintatavaksi vuoden 2005 alusta. Tietoliikenneyhteydet Lapin sairaanhoitopiiriin liitetään vuonna 2005.



Kuva 2. Alueellinen tietojärjestelmä Länsi-Pohjassa (Lähde Nikupeteri R. 2004)

Järjestelmä mahdollistaa sen, että asiakas voi mennä laboratoriotutkimuksiin siihen näytteenottoapaikkaan mikä hänelle parhaiten sopii. Kaikkiin laboratorioihin laaditaan samat tutkimushinnat, kustannuslaskenta esitetään tehtäväksi vuoden 2004 aikana. Röntgenkuvien alueellinen lausuntopalvelu otetaan kaikkien alueen organisaatioiden käyttöön. Terveyskeskusten ja yhteispäivystyksen keskussairaalan röntgenistä pyytämät kuvat lausutaan ja lausunnot kirjoitetaan suoraan Pegasokseen. Tämän lisäksi odotetaan miten miljoonapiirissä edetään kuvantamisen tietojärjestelmän osalla.

Alueellisen tietojärjestelmän potilaskertomustiedot pidetään ajan tasalla kannustamalla henkilökuntaa kirjoittamaan kertomustekstit järjestelmään itse. Mahdollisuus saneluun kuitenkin säilyy. Yhteispäivystyksen konekirjoitus keskitetään sairaanhoitopiiriin toiminnaksi kesäkuusta 2004 alkaen. Alueellisen tietojärjestelmän käsittävien sanelujen konekirjoitustarve kartoitetaan syyskuuhun mennessä, minkä jälkeen esitetään jatkotoimenpiteet.

Lähtökohtana on, että asiakas ohjataan siihen yksikköön josta palvelu on saatavissa. Vuodesta 2005 lähtien etulinjassa on puhelinneuvonta. Silloin otetaan käyttöön palveluneuvonta, terveysneuvonta ja alueellinen ajanvaraus. Tämän jälkeen tulevat laboratoriovastauspalvelu, reseptien uusinta ja sähköinen asiointi.

Alueellinen laskutuspalvelu aiotaan ottaa käyttöön ja tavoitteena on, että kaikkien kuntien/yhteispäivystyksen potilas- ja kuntalaskutus keskitetään vuoden 2006 alusta. Alueellisen tietojärjestelmän hallintatehtävien osalta pääkäyttäjätehtävät niputetaan. Työtä koordinoi LPSHP:n pääkäyttäjä. Kuntien mikrotukitehtävät ja niiden tarve kartoitetaan joulukuuhun 2004 mennessä.

Stakes laatii PERES- ja HYVI-projektien arvioinnin. Kesäkuussa 2004 järjestetyssä väliarviointitilaisuudessa todettiin, että kliiniset palvelulinjat ovat päässeet hyvin alkuun ja tavoitteet ovat selkiintyneet, yhteistyö toimijoiden tasolla näyttää toimivan vaikka kokonaisuus on vielä hämärän peitossa. Arvioinnissa tuotiin esille, että jatkossa tarvitaan selkeää ohjeistusta siitä miten ehdotukset etenevät projektiryhmän kautta ohjausryhmään ja edelleen oman kunnan/kuntien päätöksentekoon. Lisäksi tarvitaan keskustelua omassa kunnassa siitä miten edetään ja mikä on oman kunnan linja. Jatkossa tarvitaan myös pelisäännöt sen seikan varmistamiseksi, että hyvät asiat etenevät tarvittaessa myös päätöksentekoon asti. Lisäksi yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa tulisi parantaa. Ennen kaikkea tarvitaan systemaattista kokonaisuuden seurantaa ja johtamista, jotta kehittyminen verkosto-organisaatioksi onnistuisi.

Lähteet

Junnila Maija-Liisa (2004). Stakesin väliarviointi. PERES - arviointiseminaari 3.6.2004 Kemissä.
Kaitera Jorma ym. (2004). Länsi-Pohjan hyvinvointijärjestelmät ja -palvelut. Loppuraportti.

Nikupeteri R. (2004). Tietohallintopalvelut (HYVI) Aluetietojärjestelmän mahdollisuudet toteutettavaksi. PERES- arviointiseminaari 3.6.2004 Kemissä.

Kaapo-hanke

JUHANI HEIKKINEN & AIMO KORPILÄHDE

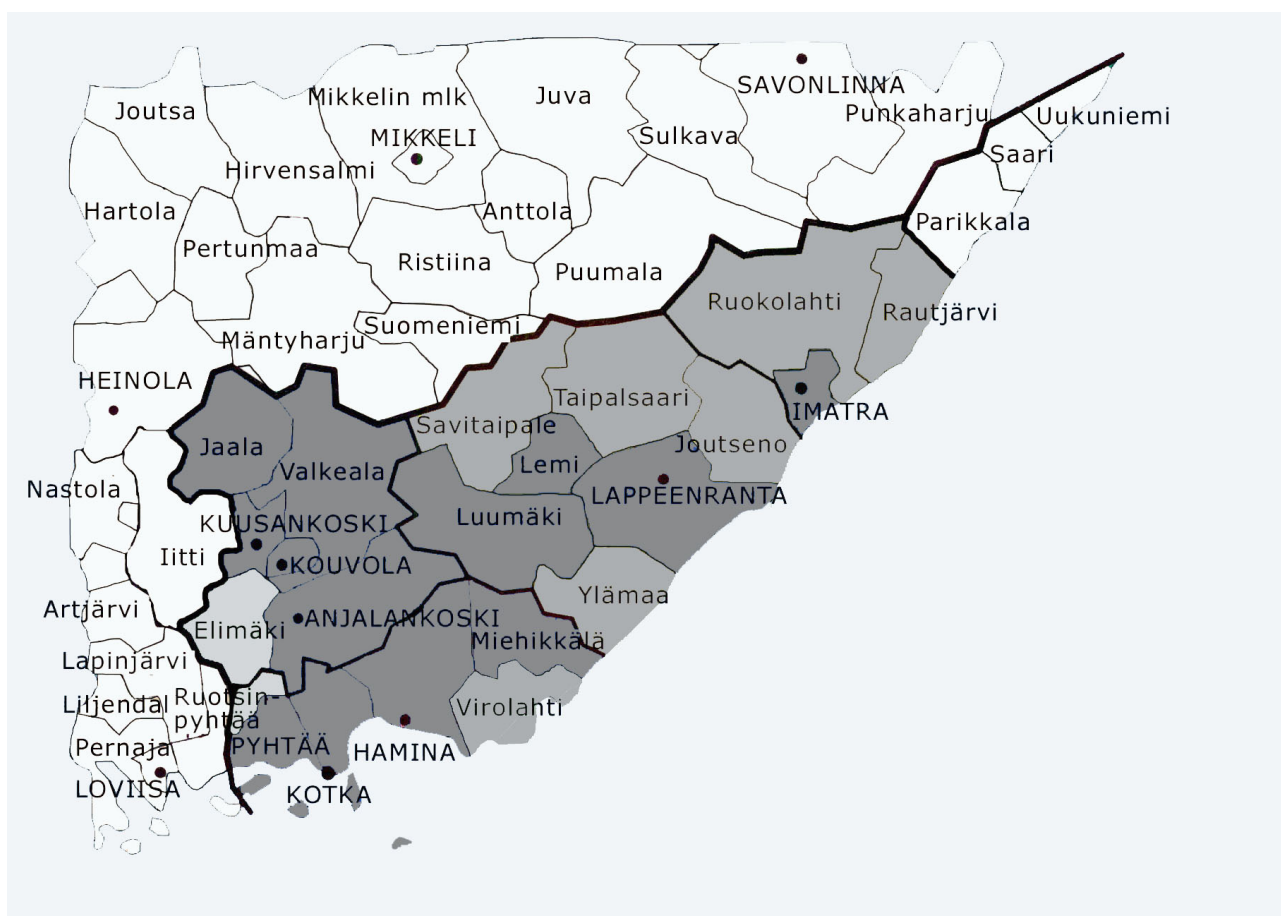
Kaakkois-Suomen alueellinen potilastietojärjestelmä -hanke eli Kaapo käynnistyi 1990-luvulla. Ajatuksena oli ottaa käyttöön Suomen ensimmäinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen potilastietojärjestelmä. Järjestelmä haluttiin vanhenevien Musti- ja Finstar-järjestelmien tilalle ja samalla haluttiin sähköinen kertomus myös erikoissairaanhoidon. Laajan selvitys- ja arviointityön perusteella ydinjärjestelmäksi valittiin Effica, johon liitetään yhteinen laboratoriojärjestelmä (Multilab II+Weblab, Mylab), kuvantamisen järjestelmä ja digitaalinen arkisto (Agfa) sekä useita muita järjestelmiä.

Kaapo-hanke perustuu Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien sekä Imatran, Kotkan ja Lappeenrannan kaupunkien

väliseen yhteistyösopimukseen. Järjestelmien toimittajaksi ja samalla alueelliseksi toimijaksi on valittu mainittujen kahden sairaanhoitopiirin omistama Medi-IT Oy, joka tekee sopimukset järjestelmätoimittajien kanssa sekä koordinoi käyttöönottoa. Hanke ajoittuu vuosille 2003–2006 ja sen päättyessä järjestelmän piirissä arvioidaan olevan noin 5 000 käyttäjää ja 3 000 työasemaa.

Uusia kuntia on tulossa mukaan Kaapoon. Kuvassa 3 on esitetty Kaapon kattavuus keväällä 2004.

Kaapon tavoitteena on kehittää alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja eri toimijoiden järkevää työnjakoa. Keinoina ovat alueellisesti käytettävissä oleva kertomus ja tulevaisuudessa alueellisen hoitopisodin hallin-



KUVA 3. Kaapon kattavuus väestöstä keväällä 2004 – Kymenlaakson sairaanhoitopiiri 92%, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 75%

ta. Alueellista kertomusta pilotoitiin onnistuneesti marraskuussa 2003 ja tuotantokäyttöön se on tarkoitus ottaa loppuvuodesta 2004. Ratkaisu mahdollistaa toisen organisaation kertomuksen katsomisen kokonaisuudessaan. Yksittäisen katselukerran rajaukset muodostuvat informoidun potilaan allekirjoittaman kirjallisen suostumuksen, katselevan ammattihenkilön käyttöoikeuksien ja luovuttavan organisaation rajauksien perusteella. Merkittävä panos hankkeessa on alueellisilla työryhmillä, jotka kehittävät yhtenäisiä toimintamalleja avohoito- ja vuodeosastotoimintaan sekä kertomuksen käyttöön.

Kaapo mahdollistaa alueellisen kertomuksen käytön mukana olevissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa sekä jatkossa myös alueellisen hoitoprosessin hallinnan. Kaapon ulkopuolelle saattaa kuitenkin jäädä terveyskeskuksia omine järjestelmiseen. Kuntien sosiaalitoimen, yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuottajien ja kolmannen sektorin sekä Kelan järjestelmien kesken tarvitaan tiedonsiirtoa, samoin HUS:n ja Kaapon järjestelmien välillä. Ratkaisuksi jää Kaapon liittyminen osaksi joko alueellista tai laajempaa aluetietojärjestelmää.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön myös EnsiNeuvo24-puhelinneuvontapalvelu yhteistyössä Kotkan terveyskeskuksen kanssa. Lisäksi yhteistyötä tehdään Nettineuvonta-hankkeessa, jossa kansalaisille tarjotaan mahdollisuus esittää verkon kautta tietosuojatusti ja tietoturvallisesti kysymyksiä terveydenhuoltohenkilökunnalle. Kotiverkko-hankkeessa kotihoito saa mobiilipäätteen kautta yhteyden Kotkan terveyskeskuksen Efficasairaskertomuksen tiettyihin sivuihin, laboratorio-ohjelmaan ja mahdollisesti tulevaisuudessa myös tiettyihin erikoissairaanhoitoon sivuihin.

Kahden eri asiakasorganisaation näkemys

Projektipäällikkö Pasi Pöllänen, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri:

Kaapo organisaatioissa on tällä hetkellä 2 sairaanhoitopiiriä ja 3 terveyskeskusta. Ainakin 4

muuta kaakkoissuomalaista terveyskeskusta on ilmaissut halukkuutensa liittymisestä Kaapoon. Kokonaisuutta ylläpitää Medi-IT Oy, joka on muodostettu Kymenlaakson sairaanhoitopiirin ulkoistetusta ATK-osastosta. Selvästi suurin ongelma saumattomuuden kannalta on tietosuojalainsäädännön välttämätön vaatimus suostumuksen pyytämistä potilaalta kyseisen potilaan toisen organisaation tietojen katselun edellytyksenä. Mitä useampi organisaatio Kaapo-alueelle tulee, sitä useampia organisaatioiden välisiä rajapintoja muodostuu ja sitä enemmän tarvitaan erilaisia suostumuksia. On selvää, että tämänkaltaisen alueellisen tietojärjestelmän kannalta olisi käytännöllisempää, jos kyseisten organisaatioiden välisiä rajapintoja olisi vähemmän. Tämä tarkoittaisi käytännössä organisaatioiden fuusioita.

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri on esittänyt Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirille yhdistymistä ja työnjakoa. Poliittista tahtoa yhdistymiselle ei kuitenkaan ole syntynyt. Organisaatioiden välisten rajapintojen vähentäminen ei siis tapahdu kovin nopeasti eikä kovin helposti. Kuitenkin Terveysprojektin vaatimus valtakunnallisesta sairaskertomuksesta vuoden 2007 loppuun mennessä on yhä konkreettisempi.

Shp:n ja terveyskeskusten yhdistyminen on vielä kaukaisempi ajatus niiden toimintoja säätelevän lainsäädännön erilaisuudesta johtuen, mutta yhteistyön saumattomuuden lisääminen on silti mahdollista. Tahtoa yhteistyön syventämiseen voisi hyvinkin olla, ja esimerkiksi hyvät kokemukset Kotkan terveyskeskuksen ilta- ja yöpäivystyksen siirtymisestä keskussairaalan tiloihin saattavat johtaa yhteistyön syventymiseen entisestään. Sairaanhoitopiirissä on myös ollut käytössä sähköinen lähete-palautetoiminto keskussairaalan ja tiettyjen alueen terveyskeskusten välillä jo ennen Kaapon käyttöönottoa.

Kaapo on nähtävä eräänlaisena välivaiheena helpottamassa eri kaakkois-suomalaisten organisaatioiden yhteistyötä ennen niiden kypsyä yhdistymiseen ja rajapinnan hävittämiseen. Tästä välivaiheesta voi kuitenkin tulla pitkä, minkä vuoksi rakennustyön on oltava sen mukaista. Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä Kaapo on kuitenkin jo luonut huomattavasti

edellytyksiä saumattomuudelle poistamalla juopaa pohjoisten ja eteläisten alueiden väliltä. Kaapossa on 3.5.2004 lähtien ollut yhteinen sairaskertomus koko Kymenlaakson shp:n alueella. Kymenlaakson shp:n pohjoisissa osissa nähdään kullakin erikoisalalla etelässä kirjoitetut tekstit samalla lehdellä kuin pohjoisesakin kirjoitetut. Tämän Kaapon tuoman muutoksen on pohjustanut jo muutamia vuosia sitten tehty organisaatiomuutos, jonka mukaan koko Kymenlaakson shp on yksi hoitovastuussa oleva toimintayksikkö, ei kolme erillistä toimintayksikköä niin kuin aikaisemmin. Tämä on jo valtava muutos ja edesauttaa Kymenlaakson shp:n kehittymistä huomattavasti lähentämällä eripuraisia tahoja toisiinsa ja poistamalla turhia ennakkoluuloja ja nurkkakuntaisuutta saman organisaation sisällä toimivien keskuudesta.

Kymenlaakson shp:lle Kaapo on erinomaisen ratkaisu. Mikään ei estä laajentamasta Kaapo-aluetta nykyistä suuremmaksi, mutta on otettava huomioon kunnallisen päätöksenteon hitaus ja usein myös vaikeus. Ilman valtiovallan selkeitä alueellista yhteistyötä tukevia päätöksiä ja paimentavaa roolia joukon koossa pitäminen voi olla joskus vaikeaa.

Terveysjohtaja Jukka Mattila, Kotkan kaupunki: Kotkan terveyskeskus on tehnyt yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kanssa toimintojensa järjestämisessä eri sektoreilla. Yksi luovimpia osa-alueita on ollut tietoteknisten ratkaisujen edistäminen yhdessä. Kymenlaakson lääkäriverkon ja elektronisen konsultaatiojärjestelmän Konsun käyttöönotto oli ensimmäinen yhteishanke, jossa pyrittiin edesauttamaan terveyskeskuksen ja keskussairaalan saumakohdan ylitystä aiempaa joustavammin ja tehokkaammin.

Kotkan kaupunki lähti yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa suunnittelemaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistä potilastietojärjestelmäratkaisua. Päällimmäisenä tavoitteena oli kaiken oleellisen potilastiedon käytettävyyden parantaminen, eli terveyskeskustietojen käyttömahdollisuus erikoissairaanhoidossa, ja päinvastoin. Toiminnallisesti erityisen tavoiteltava muutos perusterveyden-

huollon ja erikoissairaanhoidon suhteessa nähtiin olevan erikoissairaanhoidon lähettämisen korvaaminen erikoissairaanhoidon konsultoinnilla. Haluttiin selkiyttää vastuuta potilaan hoidosta siten, että erikoissairaanhoidon lääkärin tehtävänä olisi käytettävissä olevien tietojen ja tutkimusten perusteella ohjata perusterveydenhuollon omalääkäri potilaan hoidossa oikeaan linjaan, ilman potilaan kutsumista erillisille poliklinikkakäynneille – silloin kuin mahdollista.

Kolmantena tavoitteena Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin sekä Lappeenrannan ja Imatran terveyskeskusten kanssa muodostetussa yhteisessä hankkeessa oli tutustuminen terveyskeskusten järjestelyihin syvällisemmin ja näin saatujen kokemusten perusteella parhaiten alueella toimivien ratkaisujen yhteinen suunnittelu. Vertaisoppimisen mahdollisuus nousi siis hankkeen myötä tärkeäksi tavoitteeksi.

Kotkan terveyskeskuksella on käytössä Finstar-potilastietojärjestelmä, eikä Kotka olisi lähtenyt vaihtamaan järjestelmäänsä ilman yhteisen ratkaisun mahdollisuutta erikoissairaanhoidon kanssa.

Kaapo on ollut työllistävä ja suuri urakka. Valmistelua on tehty monin verroin enemmän kuin mitä yksittäisen organisaation potilastietojärjestelmän käyttöönottoa varten olisi tarvittu. Hankkeessa on kuitenkin dokumentoitu mittava määrä sellaista tietoa, joka ei olisi ilman hanketta palvelujärjestelmän käytettävissä.

Kaapo on myös tuonut Lappeenrannan ja Imatran terveyskeskukset läheisiksi yhteistyökumppaneiksi ja edistänyt yhteistyötä muillakin aloilla, muun muassa lääkärirekrytoinnissa. Kaapo antaa mahdollisuuden myös kehittää Kotkan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirin Ensineuvo24-toimintamallia koko Kaakois-Suomen alueelle, kunhan asiasta kiinnostuneet organisaatiot ovat liittyneet mukaan Kaapoon.

Kotkan terveyskeskuksessa odotukset itse potilastietojärjestelmän käyttöönotosta ovat positiiviset ja yleisesti se nähdään potilasturvallisuutta lisäävänä mahdollisuutena, koska eri organisaatioiden rekistereissä olevia potilastie-

toja voidaan käyttää potilaan hoidossa. Pääkäyttäjien koulutus on alkanut toukokuun lopussa ja loppukäyttäjien koulutus alkaa syksyl-

lä. Koulutus tulee viemään runsaasti työaikaa ja tulee näkymään palvelutuotannon laskuna syksyn 2004 aikana.

Forssan malli – terveydenhuollon saumattomuutta käytännössä

JOHANNA TULANDER-VÄLKKI

Lähtötilanne

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY), terveydenhuoltoalue, perustettiin 1.1.2001 yhdistämällä viiden kunnan ylläpitämä Lounais-Hämeen kansanterveystyön kuntayhtymä ja Lounais-Hämeen aluesairaala. Perustettu kuntayhtymä vastaa viiden kunnan, Forssan, Jokioisten, Tammelan, Humppilan ja Ypäjän asukkaiden ja ympäristön terveyden edistämisestä ja sairauksien hoidosta, tutkimuksesta ja kuntoutuksesta tuottamalla palveluita itse tai ostamalla niitä.

Forssan seudun terveydenhuollon ky:n perustamista valmisteltaessa yhtenä tärkeänä osana oli tietojärjestelmien yhteensovittaminen. Kansanterveystyön kuntayhtymässä Effica (silloiselta nimeltään Sinuhe) oli ollut jo pitkään käytössä ja yhdistymisen yhteydessä päädyttiin Effica-tuoteperheen käyttöönottoon myös erikoissairaanhoidon osalta. Kesällä 2000 allekirjoitettiin sopimus Effica-järjestelmien toimittamisesta ja Sairaala Effica -projektiin osallistumisesta. Tarkoituksena oli kehittää Suomeen ensimmäinen kaikki terveyden- ja sairaanhoidon osiot kattava integroitu tietojärjestelmä.

Sähköisen kertomuksen käyttöönotto

Erikoissairaanhoidon puolella sähköinen potilaskertomus otettiin käyttöön vuoden 2000 lopulla. Tekstit tallennettiin heti käyttöönotosta lähtien samaan tietokantaan perusterveydenhuollon kanssa. Käyttöoikeudet rajattiin niin, että eri organisaatiot eivät nähneet toistensa kertomustekstejä. Järjestelmä korvasi aluksi

erikoissairaanhoidon puolella ainoastaan kirjoituskoneet, sillä käyttöoikeudet annettiin vain konekirjoittajille ja osastonsihteereille. Kaikki kertomustekstit tulostettiin edelleen paperille ja vastaanotoille toimitettiin potilaskansiot luettavaksi.

Kertomuksen käytön laajentaminen

Kuntayhtymän aloittaessa toimintansa vuoden 2001 alusta tekivät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon johtavat lääkärit päätöksen kertomustekstien avaamisesta lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Tällä pyrittiin poistamaan turhat raja-aidat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä, takaamaan ajantasainen tiedonkulku ja välttämään samojen tutkimusten tekeminen eri puolilla taloa. Potilaan suostumusta ei erikseen tarvinnut pyytää, sillä toiminta tapahtui saman organisaation sisällä. Työterveyshuollon, psykiatrian ja hammashuollon kertomustekstit aukeavat edelleen ainoastaan kyseisten yksiköiden henkilökunnalle.

Laboratoriojärjestelmä

Terveyskeskuksen ja sairaalan laboratoriot olivat yhdistyneet jo vuonna 1995. Yhdistetty laboratorio palveli molempia taloja säilyttäen tietosuojan. Kuntayhtymän ja saman organisaation laboratorio ryhtyi käyttämään Effican laboratoriojärjestelmää. Näin sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolella määrättyt laboratoriokokeet ja -tulokset ovat katsottavissa Effica-kertomuksesta.

Esh:n potilashallinnon määrittely ja suunnittelu

Effica-tuoteperheessä ei ollut valmiina erikoissairaanhoidon potilashallinnon järjestelmää. Eri yksiköiden henkilökuntamme on osallistunut tiiviisti ohjelman määrittelyyn, suunnitteluun, testaamiseen ja pilotointiin. Projekti on osoittautunut odotettua vaikeammaksi. Ohjelmiston valmistuminen ja käyttöönotto on viivästynyt muutamalla vuodella. Suurimpana ongelmana on ollut ohjelmiston integroiminen saumattomasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaan.

Sosiaalitoimi

Kotihoito ja vanhainkoti ovat Forssan kaupungin sosiaalitoimen alaista toimintaa. Tiedonkulku ko. yksiköiden ja esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosaston välillä koettiin hankalaksi: Epikriisit, hoito-ohjeet ja lääkitystiedot saattoivat kulkea päivien viiveellä. Helmikuussa 2004 käynnistetyn projektin tuloksena Forssan kaupungin kotihoidon ja vanhainkodin yksiköt alkoivat myös käyttää kertomusjärjestelmäämme. Ko. käyttäjille näkyvät ainoastaan heidän omat asiakkaansa. Koska kyseessä on eri orga-

nisaatio, on jokaiselta asiakkaalta pyydetty suostumus tietojen yhteiskäyttöön. Sama toimintamalli laajenee muihinkin jäsenkuntiin; osaan jo tänä vuonna, kunhan alueellinen tietoverkkoratkaisu on valmistunut kaikissa kunnissa.

Nykytila

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistyminen näkyy erityisesti palvelujen tehokkaassa tuottamisessa. Hoitoketjut aina sosiaalitoimesta perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon prosesseina läpikäyty ja tarkastelu jatkuu edelleenkin. Saumattoman palveluketjun kokonaisuudessa on suuresti auttanut yhteinen sairauskertomusjärjestelmä.

Vuonna 2003 kuntayhtymässä toteutettiin laaja liikkeenjohdon mentorointiin perustuva strateginen suunnitteluprosessi tuleville vuosille. Kuntayhtymän visioksi asetettiin, että FSTKY on toimialueellaan laadukas ja tehokas perusterveydenhuollon toteuttaja ja edelläkävijä sekä maakunnallisesti joustava erikoissairaanhoidon tuottaja, jonka terveydenhuollon tilaajaosaaminen on Suomen huippua. Tähän tehtävään tulee myös tietoteknologian antaa oma panoksensa.

Innovaatioista käytäntöihin

TUULA PALMÉN

Hyvinvointisektorin vahvistumista edistäviä tekijöitä Uudellamaalla

Hyvinvoinnin arvostus luo markkinoita ja mahdollisuuksia. Huolimatta hyvinvointisektorin korkeatasoisesta perusosaamisesta, hyvinvointisektori on vahvistunut Suomessa hitaasti. Jotta hyvinvointisektori voisi kehittyä kansantalouden kannalta merkittävämmäksi, *Lääketieteen ja hyvinvoinnin teknologian osaamiskeskuksen* näkökulmasta tuotekehittäjän ja käyttäjän välisen kuilun pitää kaventua. Palvelu- ja tuotekehityksen pitää tapahtua asiakas-

lähtöisesti kumppanuussuhteessa julkisen sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin sekä yritys- ja tutkimuskentän, yksityisten palvelutuottajien, palveluiden käyttäjiä edustavien järjestöjen, kuten esimerkiksi eläkeläisjärjestöjen ja Vanhustentyön keskusliiton sekä muiden sidosryhmien kuten Stakesin ja Kelan kanssa. Kumppanuudella pyritään pienentämään innovaatioiden kehittämiseen ja kaupallistamiseen liittyviä riskejä, lisäämään liiketoiminta- ja toimialaosaamista sekä keräämään kokemusta markkinoiden rakentamisen mahdollisuuksista. Kansainvälisten markkinoiden tarpeiden huo-

mioimiseksi kehitystyö pitää kytkeä myös päämarkkina-alueiden käyttöympäristöjen ja toimintamallien ymmärtämiseen.

Innovaatioiden jalostaminen tuotteiksi ja palveluiksi pitää perustua hyvinvointisektorin toimijoiden *parhaaseen osaamiseen*. Lähtökohdina ovat muun muassa

- 1) palveluiden sisältöjen kehittäminen esimerkiksi mobiilien palveluiden avulla
- 2) palveluketjujen toimivuuden parantaminen esimerkkinä logistiikan mahdollisuudet
- 3) palvelurakenteen optimointi esimerkiksi julkisen sektorin, hoivayritysten, yhdistysten yhteistyön kautta
- 4) itsenäisen selviytymisen tukeminen uusien apuvälineiden, omahoitotuotteiden sekä esteettömän ympäristön avulla
- 5) asiakaslähtöistä kumppanuuteen perustuvaa tuotekehitystä tukevan infrastruktuurin luominen.

Teknologisia innovaatioita tarvitaan sosiaalisten ja prosessi-innovaatioiden avuksi. Lähtökohdina on se, että ensin mietitään, mitä palvelussa halutaan parantaa ja sen jälkeen liitetään palvelukokonaisuuteen sitä tukevia teknologisia ratkaisuja.

Organisaatioiden välisten prosessien huomioimiseksi tarvitaan *toimijoiden välistä yhteistoimintaa*. Parhaimmillaan tämä voisi johtaa alueellisten tai kansallisten palveluiden kehittämiseen. Tällaisella tuotteiden ja palveluiden monistettavuudella edistettäisiin suomalaisen hyvinvointisektorin vahvistumista ja kehittymistä kansantaloudellisesti merkittävämmäksi.

Tuote- ja palveluratkaisujen monistettavuuden lisäämiseksi myös *tiedottaminen* onnistumisista on tärkeää. Kehitetyn tuotteen tai palvelun juurruttaminen rutiinikäyttöön hankkeen jälkeen vaikeutuu, mikäli tietoisuus hankkeen tuloksista jää vain paikalliseksi. Lisäksi tiedottaminen antaa mahdollisuuden hyödyntää jo toteutettujen kehityshankkeiden tuomaa kokemusta uusissa hankkeissa jo tehtyjen virheiden välttämiseksi ja turhien kustannusten välttämiseksi.

Hyvinvointisektoria vahvistavan yhteistoimintamallin luominen

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin, yritys- ja tutkimusentän, yksityisten palvelutuottajien sekä muiden sidosryhmien välisten kumppanuussuhteiden rakentamiseksi on tärkeää koota riittävä yleisnäkemys osaamisesta ja osaajista hyvinvointisektorilla sekä luoda näistä monitoimijaverkosto. Verkostosta voidaan koota sosiaali- ja terveyspalvelukehittämistarpeen ympärille osaamista ja osaajia niin, että muodostuu käyttöympäristöön ja työprosesseihin sopivia palvelu- ja hoitoketjuja tai -verkoja.

Uudellamaalla hyvinvointipalveluja tuottavat yritykset tunnetaan (www.hyve.fi), mutta näiden ulkopuolelle jää vielä laaja usealla toimialalla oleva yrityskenntä, joilla olisi annettavaa sosiaali- ja terveyspalveluiden ratkaisumallien kehittämiseen. Tällaisia yrityksiä löytyy muun muassa geronteknologian, ohjelmisto-, tietoliikenne-, sisällöntuotanto-, jakelija-, diagnostiikka-, apuväline- ja erilaisilla muilla sektoreilla toimivien yritysten joukosta. Yritysten lisäksi sektorille suuntautuvaa tutkimusta ja tuotekehitystä löytyy myös Teknillisen korkeakoulun eri osastoilta, VTT:lta, Helsingin yliopistolta sekä ammattikorkeakouluista. Lisäksi osaamista löytyy eri yhdistysten ja järjestöjen tahoilta.

Kumppanuuteen perustuvan monitoimijayhteistyön toteuttamiseksi tarvitaan hyvä kokonaisnäkemys sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden kehitystyön nykytilanteesta, tieto meillä olevista, ainakin merkittävimmistä toteutuneista sekä myös suunnitteilla olevista hankkeista. Tämän tiedon kokoaminen hankerekisteriksi edistää kokonaisnäkemysten syntymistä, mikä helpottaa uuden kehitystyön suunnittelua sekä vähentää turhien ja irrallisten kehityshankkeiden riskiä.

Culminatum Ltd Oy:n Lääketieteen ja hyvinvoinnin teknologian osaamiskeskuksen Innovaatioista käytäntöihin – hankkeen tavoitteena on luoda yhteistoimintamalli, jossa monitoimijayhteistyötä voidaan toteuttaa. Hankkeessa ovat mukana Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupungit, Uudenmaan liitto, Stakes, Tekes ja hyvinvointisektorin yrityksiä.

Yhteistoimintamallin mahdollisuudet

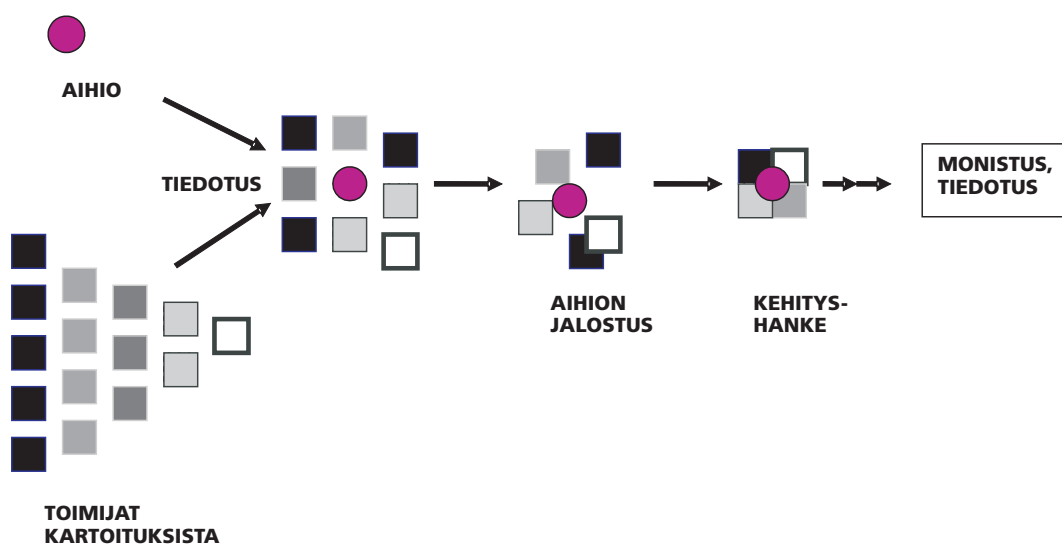
Onnistuessaan kumppanuuteen perustuva monitoimijayhteistyö luo hyvinvointisektorille horisontaalisia ja vertikaalisia miniklustereita, jotka edistävät liiketoiminnan syntymistä ja sen kehittymistä. Monitoimijaverkosto tuo yhteen eri toimijoiden parhaan osaamisen. Lisäksi monitoimijaverkosto edistää sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin omien testausympäristöjen käyttöä kehitystyössä asiakaslähtöisyyden huomioimiseksi. Elinkeinoelämän kehittämisen lisäksi kumppanuuteen perustuva yhteistyö edistää julkisten palveluiden kehittämistä sekä sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin uudistumista vastaamaan paremmin nykyisiin ja tuleviin tarpeisiin.

Yhteistoimintamallin testaaminen Uudenmaan Innovaatioista käytäntöihin -hankkeessa

Yhteistoimintamallissa (ks. kuva 4) käytetään apuna Juuria- ja Innovaatioista käytäntöihin -hankkeissa kerättävää toimija- ja hanketietoa.

Mallin avulla kehityshankeaihion ympärille kutsutaan koolle toimijat – yrityksistä, tutkimuksesta, kuntien sosiaali- ja terveystoimen edustajista ja muista toimijoista. Kehityshankeaihiota jalostetaan työryhmäkokouksissa (hankevalmistelu). Kunkin hankeaihion työryhmäkäsittelyssä ovat mukana ne yritykset, tutkimusryhmät, sosiaali- ja terveydenhuolto-sektorin edustajat ja muut toimijat, jotka haluavat olla mukana ratkaisumallin luomisessa. Ratkaisumallin jalostamisen jälkeen valitaan sopiva(t) ratkaisumalli(t), ja ratkaisumallin toteuttamiseksi suunnitellaan kehityshanke valikoituneiden toimijoiden kesken.

Kehityshankeaihiota kerätään Uudenmaan kaupunkien ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltosektorilta toimija- ja hankekartoitusvaiheen aikana. Kehityshankeaihiot voivat olla luonteeltaan vanhuspalveluiden kehittämiseen liittyviä esimerkiksi toimintaympäristön kehittämisaihiota, tuotteiden ja palveluiden vaikuttavuuden arviointiin liittyviä kehittämisaihiota tai saumattomia hoitoketjuja tukevien tietotekniikkaratkaisujen kehittämisaihiota. Vuoden 2004 aikana yhteistoimintamallia testataan Uudellamaalla, ja ensimmäisiä tuloksia mallin toimivuudesta on odotettavissa vuoden 2005 alussa.



KUVA 4. Yhteistoimintamalli

Mallissa tunnistetun kehityshankeaihion ympärille kootaan toimijoista ne, jotka ovat kiinnostuneet tunnistetun tarvekokonaisuuden täyttämisestä. Kehityshankeaihiota jalostetaan valikoituneessa työryhmässä kohti ratkaisumallia, jonka ympärille rakennetaan kehityshanke, joka kattaa tarvekokonaisuuden. Hankkeen toteuttamisen jälkeen välitetään tietoa hyväksi havaitusta ratkaisumallista.

Juurian hankekartoitus 2004

LEINI SINERVO

Juuria-hankkeessa koottiin ja välitettiin tietoa valtakunnallisesti ja alueellisesti toteutettavista sosiaali- ja terveydenhuollon teknologiatuetuista hankkeista. Hankekuvauksia ja hankkeiden yhteystietoja kerättiin muun muassa Osaavien keskusten verkoston sivuille (www.oskenet.fi), jo-

hon avattiin hankerekisteri syksyllä 2002. Hankkeita koottiin myös alueellisiin hankesalkkuihin ja -rekistereihin. Kärkihankkeita ja alueiden innovatiivisia avauksia esiteltiin lisäksi alueellisilla foorumeilla ja työseminaareissa.

Aineiston kerääminen

Juuria-hankkeessa toteutettiin pienimuotoinen hankekartoitus alkuvuodesta 2004. Aineisto koottiin tammi–huhtikuussa 2004 Juurian ylläpitämästä hankerekisteristä, alueellisista hankesalkuista ja -rekistereistä sekä koordinaattoreiden verkostoista. Aluekoordinaattorit kokosivat hankkeet toimialueidensa mukaisesti. Kartoitusta täydennettiin Stakesissa Tekesin rahoittamien hankkeiden, kansallisen terveyshankkeen rahoittamien teknologiahankkeiden ja Kuntaliiton vuoden 2003 tietojärjestelmäkyselyn avulla. Lisäksi internetistä haettiin Sosiaalialan osaamiskeskusten sivustoilla esiteltyjä hankkeita.

Aiemmin Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon teknologiatuettuja kehittämishankkeista on kartoitettu valtakunnallisesti vuonna 1999. (Pia Paaso, Hyvinvointia tietoteknologiahankkeilla, STM julkaisuja 2000:2) Kartoituksessa pyrittiin selvittämään millaisia hankkeita on käynnissä ja missä päin Suomea niitä toteutetaan. Hankkeiden luokitteluperusteena käytettiin toimintamallijakoa saumattomiin palveluketjuihin, itsenäiseen suoriutumiseen ja informaatiopalveluihin.

Juuria-hankkeen kartoitus rajautui hankkeen tavoitteiden mukaisesti sosiaali- ja tervey-

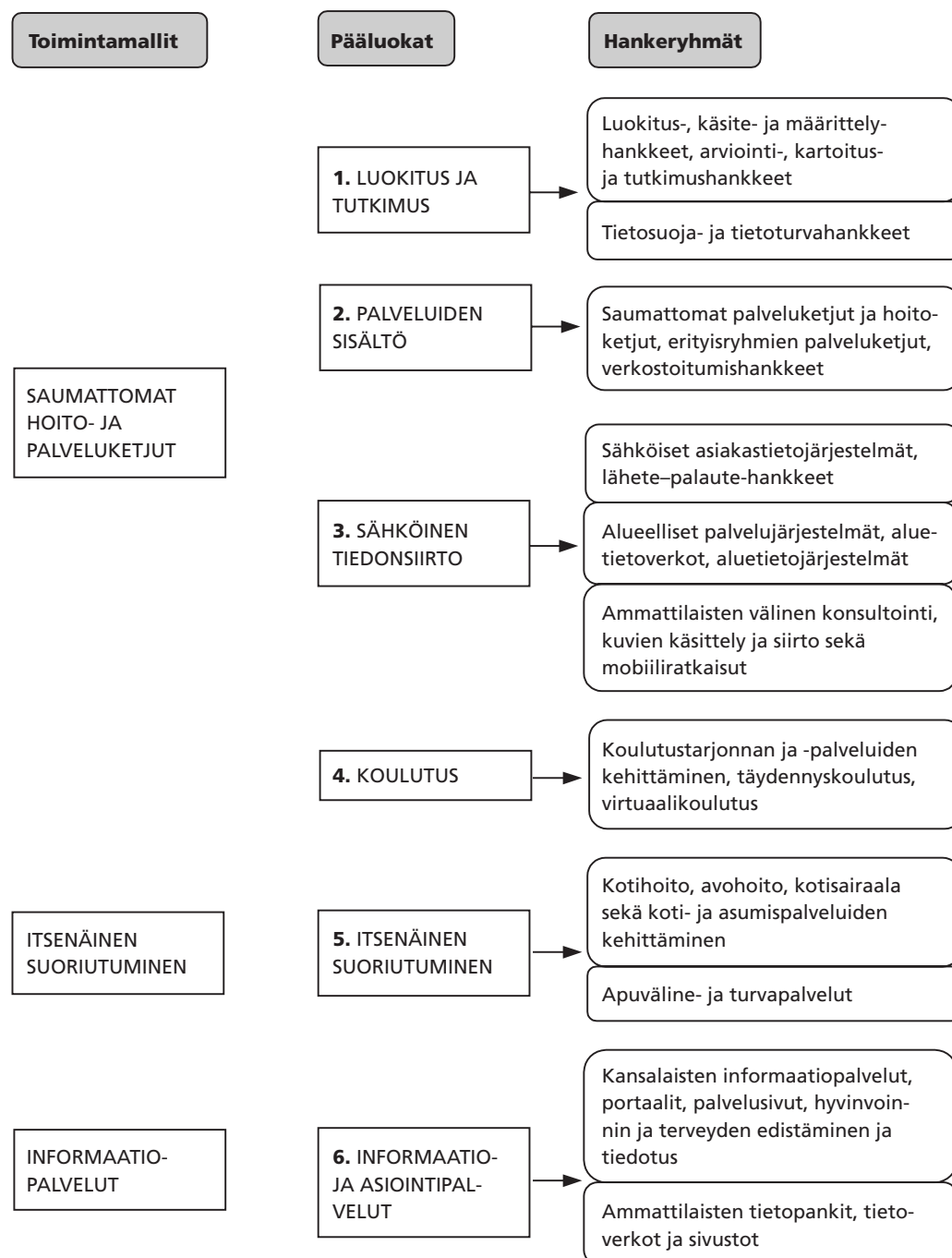
denhuollon teknologiahankkeisiin ja saumatonta palveluketju-ideologiaa noudattaviin hankkeisiin. Kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeita ei pyritty kartoittamaan. Kartoitus kohdistui lisäksi vain käynnissä oleviin hankkeisiin. Hanke/projekti ymmärrettiin suunnitelmallisena toimintana, joka alkaa ja päättyy tiettyinä ennalta määrättyinä ajankohdina. Juuria-projektin aikana todettiin, että toisilla alueilla toteutetaan organisaatioiden jatkuvana kehittämistyönä niitä toimia, jotka vastaavasti toisilla alueilla on hankkeistettu. Näin ollen pelkkä hankkeiden kartoittaminen ei anna riittävää kuvaa alueellisesta kehittämistyöstä, vaikka onkin suuntaa antava.

Kartoituksessa ei ole kaikkia Suomessa toteutettavia teemaan liittyviä hankkeita. Osa alueellisista hankkeista on saattanut jäädä pois, koska kaikilla alueilla ei toiminut koordinaattoria kartoituksen aikana. Lisäksi myös keräämisajankohta vaikutti, rahoituksellisista syistä useat julkishallinnon hankkeet päättyivät vuoden vaihteessa. Uudet hankepäättökset eivät kaikilta osin olleet alkuvuodesta valmistuneet, esimerkiksi Tekesin iso eHealth hankekokonaisuus päättyi vuoden vaihteessa ja uusi FinnWell-ohjelma oli vasta käynnistymässä.

Aineiston luokittelu

Hankkeiden perustiedot koottiin sisällöllisten jakojen mukaisiin taulukkopohjiin ja tiedot yhdistettiin Stakesissa. Luokitteluperustana ja taulukkopohjien taustalla oli jo Paason käyttä-

mä toimintamallijako. Tähän kartoitukseen luokittelua muokattiin ja hankkeet jaoteltiin kuuteen sisällölliseen pääluokkaan kuvan 6 mukaisesti.



KUVA 6. Toimintamalleista rakennettu analysikehikko hankkeiden luokittelua varten

Käytetyn jaottelun heikkoutena voidaan pitää sitä, että yksittäinen hanke on helppo sijoittaa samanaikaisesti useampaan pääluokkaan. Tämän vuoksi luokittelussa on korostettu yhtä hankkeen keskeiseksi tulkittua tavoitetta, jaottelu on väkisin hieman keinotekoinen. Luokitusjaon vuoksi isojen hankekokonaisuuksien osahankkeita on tarkasteltu erillisinä hankkeina, jotta sisällöllinen luokitus helpotuisi ja erottelu säilyisi näkyvissä.

Hankkeet ovat sekä alueellisia että valtakunnallisia. Hankkeen sisältö ja tavoite näkyvät pääluokkajaossa, hienojakoista sisällönkuvausta tai tavoitteiden erittelyä ei tässä yhteydessä kerätty. Hankkeiden osalta kerätyt tiedot kerto-

vat millainen hanke on kyseessä, missä sitä toteutetaan, milloin, kuka on toteuttajataho ja rahoittaja sekä sen kenelle hanke on suunnattu eli hankkeen kohderyhmä. Aineisto ja käytetty luokitusjako löytyvät verkosta www.oskenet.fi sivustolta.

Kartoituksen tavoitteena on havainnollistaa missä päin ja millaisia teknologiahankkeita Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on käynnissä. Kartoitus antaa karkean yleiskuvan kehiteltävistä hankkeista. Kartoituksessa ei eroteltu hankkeita niiden volyymin mukaan, joten sekä pienet että isot hankkeet on esitetty kartoissa samanarvoisina.

Hankkeiden sisällön mukainen luokittelu

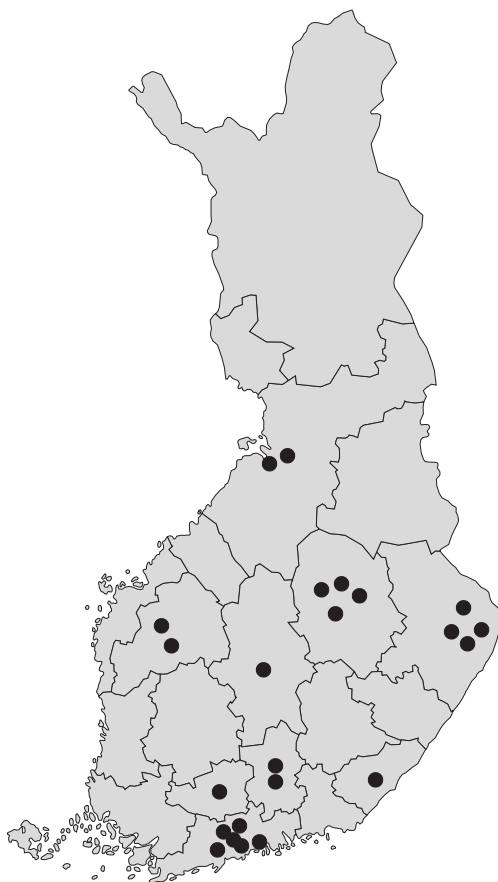
Hankkeet on sijoitettu sairaanhoitopiiripohjaisille kartoille silmämääräisesti hanketta koordinoivan tai hallinnoivan tahon fyysisen sijainnin mukaan. Hankkeen toteutusalue voi olla valtakunnallinen tai kyseistä sairaanhoitopiiriä laajempi. Yksi hanke esiintyy vain yhdessä luokassa, vaikka useimmat hankkeet voisi helposti sijoittaa useampaankin luokkaan. Varsin monet yhteiskunnan rahoittamat projektit ovat asettaneet tavoitteekseen niin palveluiden sisällön uudistamisen sähköisen tiedonsiirron tuella kuin aktiivisen, osallistuvan kansalaisen oman toiminnan edistämisen ja saattavat samalla sisältää määrittelyjä, luokituksia ja kartoituksia sekä koulutuksellisia elementtejä. Kaikkiaan hankkeita kertyi 230.

1 Luokitus ja tutkimus

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan ja sitä tukeviin teknologiamäärittelyihin liittyvät luokitus-, käsite- ja määrittelyhankkeet sekä arviointi-, kartoitus- ja tutkimushankkeet ovat tässä ryhmässä. Lisäksi luokitus- ja tutkimushankkeisiin on yhdistetty aiemmassa selvityksessä erikseen käsitellyt tietosuoja- ja tietoturvahank-

keet. Tähän ryhmään kuuluvat hankkeet voikin pääsääntöisesti ymmärtää määrittelytyöhön liittyviksi. Määrittelyhankkeita oli 20 eli noin yhdeksän prosenttia kaikista hankkeista.

Hankkeet ovat pääasiassa valtakunnallisia ja usean eri tahon yhteistyöhankkeita. Stakes ja Kuopion Yliopisto ovat merkittäviä organisaatioita luokitus ja tutkimustyössä. Tässä kartoituksessa myös sairaanhoitopiirit olivat korostuneesti mukana. Merkittävänä hankkeena voidaan mainita Tekesin rahoittama Kuopion PlugIt -määrittelyhanke, jossa kehitetään työpöytäintegraatiota ja tietojärjestelmien yhteensopivuuden takaavia liittimiä. Esiin nousivat myös sähköiseen potilasasiakirjaan liittyvät määrittely ja standardointihankkeet, koodistopalvelinhanke ja julkisen avaimen määrittelyä, sähköistä allekirjoitusta ja tiedon varmennusta käsittelevät hankkeet sekä hoitotyön kirjaimista kehittävät hankkeet. Lisäksi mukana on joitakin tuotekehittelyyn ja innovaatiotoimintaan liittyviä hankkeita. Kansainvälistä kartoitettavaa työtä tehdään muun muassa vertailemalla kotisairaanhoidon ja omaishoidon käytäntöjä eri maissa. Ensisijaisesti hankearviointiin tai tulostenarviointiin keskittyviä hankkeita ei noussut tässä kartoituksessa esiin lainkaan.



KARTTA 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitus- ja tutkimushankkeiden maantieteellinen esiintyvyys

II Palveluiden sisältö

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sisällön kehittämiseen liittyviä hankkeita oli 35 eli noin 15 prosenttia kerätyistä hankkeista. Keskeisinä painopistealueina kartoituksessa olivat saumattomat palveluketjut, saumattomat hoitoketjut, erityisryhmien palveluketjut ja verkostoitumishankkeet.

Saumaton palveluketju ymmärretään kansalaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävänä tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvana palveluprosessien kokonaisuutena, hoitoketjulla taasen viitataan ensisijaisesti terveydenhuollon sisällä toteutettavaan palveluprosessiin. Asiakaslähtöisissä saumattomissa palveluketjuissa on siis kyse toimimisesta yli yksikkörajojen.

Palveluketju ajattelua tukevia hankkeita toteutetaan lähinnä saumattoman palveluket-

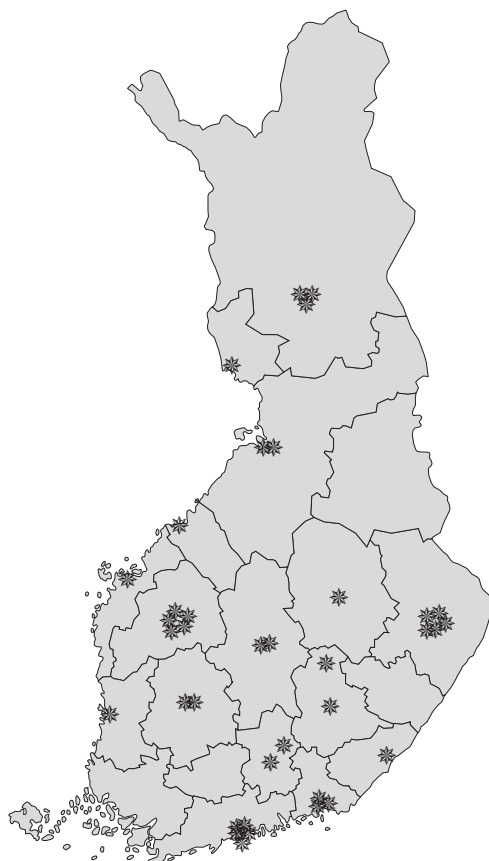
jun kokeilualueilla Uudellamaalla, Satakunnassa ja Pirkanmaalla. Pirke-hankkeessa on pilotoitu diabeetikon, dementiaoireisen ja yli 70-vuotiaan potilaan palveluketjuja sekä omanuvojamallia. Kartoituksessa nousi esiin myös kokeilualueiden ulkopuolella aloitettu kehitystyö kuten esimerkiksi kehitysvammapalveluiden kehittäminen Keski-Suomessa, lapsiperheiden palveluiden kehittäminen Imatralla ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella sekä seudullinen yhteistyö lasten- ja nuorten palveluissa Harava-hankkeen alaprojekteissa Keski-Suomen, Varsinais-Suomen ja Länsi-Pohjan alueilla.

Hoitoketjuja kehitetään ympäri maata kaikissa sairaanhoitopiireissä, esimerkiksi sydänpotilaan hoitoketjua kehitetään samanaikaisesti useammassa sairaanhoitopiirissä. Kartoituksessa esiintyi myös muun muassa päivystyspotilaan, reumapotilaan ja tekonivelpotilaan hoi-

toketjuja. Länsi-Pohjan PERES-hankeessa kehitetään seitsemää eri hoitopalvelulinjaa ja samalla rakennetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä osittain myös sosiaalihuollon toimijoiden seudullista verkostoa.

Seudullisuus ja yhteistyö tukipalveluissa nousivat esiin etenkin päivystyspalveluiden osalta, mutta myös laboratorioyhteistyön ja

radiologian osalta. Verkostoitumishankkeita oli käynnissä eri puolilla Suomea, verkostoitumista näytettäisiin hyödyntävän etenkin sosiaalialalla. Valtakunnallisesti levittäytynyt HOPE-hanke verkostoi yksityisiä hoiva-alan yrittäjiä ja julkista sektoria tukien näin monituottajamallia.



KARTTA 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sisältöä kehittävien hankkeiden maantieteellinen esiintyvyys

III Sähköinen tiedonsiirto

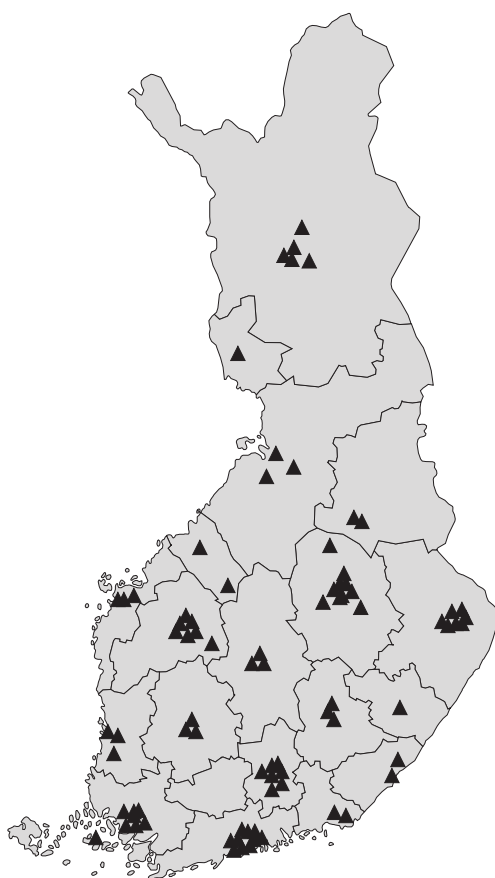
Voidaan ajatella, että kaikissa teknologiahankeissa toteutetaan myös sähköistä tiedonsiirtoa. Tässä kyseiseen luokkaan on rajattu sähköisiä potilas- ja asiakastietojärjestelmiä kehittävät hankkeet kuten lähete-palaute, laboratorio ja konsultointi hankkeet, aluetietojärjestelmää ja alueverkkoja kehittävät hankkeet ja muut alueelliset tiedonsiirto projektit. Videoneuvottelua hyödyntävät konsultointihankkeet ja muut kuvien ja äänen käsittelyä ja siirtoa kos-

kevat hankkeet sekä erilaiset mobiiliratkaisut. Hankkeita oli kaikkiaan 76 eli noin 33 prosenttia kartoitetuista.

Osa hankkeista keskittyi ensisijaisesti potilastietojärjestelmien käyttöönottoon, kansallisen terveysprojektin rahoittamana on käynnistynyt kuitenkin myös alueverkkoprojekteja ja alueellisia tietojärjestelmäprojekteja. Kokeilualueiden viitetietokantaan nojaavan ratkaisun lisäksi muillakin alueilla on eri organisaatioiden välistä tiedonsiirtoa tukevia hankkeita, kuten Kainuun aluetietohanke ja Kaakkois-

Suomen Kaapo ja Kaaso hankkeet. Terveydenhuollon isoja yhteistyöhankkeita ovat esimerkiksi Itä-Suomen Sonetti, Lapin ja Pohjois-Suomen alueen Kaisa-hanke, jossa kehittää yhteensopivia tietojärjestelmiä ja arkistointia, Pohjoisen Peres- ja TELLappi-hankkeet, Pohjanmaan Sähke, Oulun Esko ja Saumaton palveluketju-hanke sekä Varsinais-Suomen EPK-projekti. Kartoitetuissa hankkeissa ei vielä esiintynyt sosiaalialan tietojärjestelmien yhteensovittamista. Yliopistosairaaloiden erityisvastuualue-tasolla yhteistyö on vasta alkamassa.

Digitaalista kuvantamista ja kuvanjakelua kehiteltiin lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä. Videokonsultaatiota pilotoitiin myös sosiaalialalla (Kainuu), yleisempää se lienee kuitenkin terveydenhuollossa. Lääkehuollon hankintarenkaat ja apuvälineyhteistyö olivat useamman hankkeen tavoitteena, esimerkkinä apuvälineiden käyttöönoton seurantajärjestelmä. Satakunnassa oli käynnistetty myös liikkuvan tutkimusyksikön kokeilu. Sähköisen reseptin pilotointi oli alkamassa neljällä alueella; pääkaupungin lisäksi Joensuussa, Turussa ja Kotkassa.



KARTTA 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiseen tiedonsiirtoon liittyvien hankkeiden maantieteellinen esiintyvyys

IV Koulutus

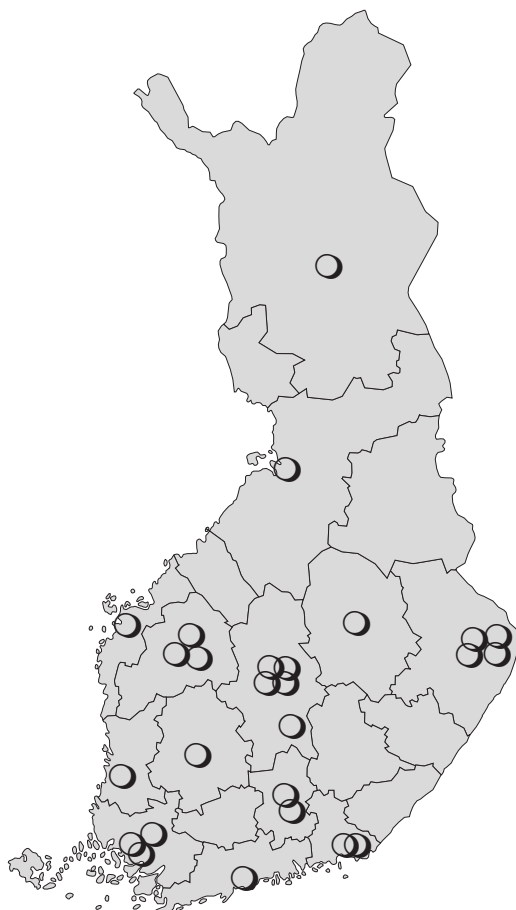
Useimmiten koulutus on välttämätön osa muuta kehittämishanketta. Tässä yhteydessä koulutushankkeella tarkoitetaan koulutustarjonnan ja -palveluiden kehittämistä, täydennyskoulutushankkeita sekä virtuaalikoulutushank-

keita. Hanke on tässä luokassa, mikäli pääpaino on koulutuksessa vaikka perimmäisenä tavoitteena olisikin esimerkiksi tiedonkulun parantaminen organisaatioiden välillä. Hankkeita oli 29 eli noin 12 prosenttia kaikista. Koulutushankkeiden suhteellinen osuus oli vuoden 1999 kartoituksessa vähäinen, koulutukseen

panostaminen näyttäisi kuitenkin tämän kartoituksen mukaan kasvattaneen merkitystään.

Ammattikorkeakoulut ja TE-keskukset olivat mukana useimmissa koulutushankkeissa, myös ESR-rahoitus oli tyypillistä. Koulutushankkeita oli eniten Keski- ja Itä-Suomessa. Koulutus suuntautui enimmäkseen työssäkäynnille hoitohenkilökunnalle, kolme hankkeista

oli suunnattu sosiaalialan henkilöstölle. Kotihoitajien ja omaishoitajien koulutuksessa painottuivat apuvälineet ja yleinen jaksaminen. Osa koulutushankkeista oli suunnattu myös yrittäjille, opiskelijoille ja työttömille terveydenalan ammattilaisille. Verkkokoulutusta hyödynnettiin esimerkiksi Stakesin koordinoiman Tiva-hankkeen viidessä alaprojektissa.



KARTTA 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus hankkeiden maantieteellinen esiintyvyys

V Itsenäinen suoriutuminen

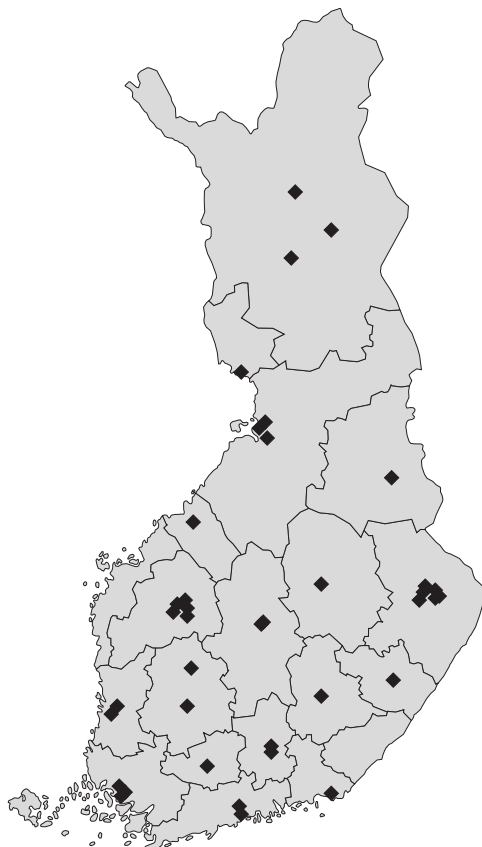
Tämän ryhmän hankkeissa kehitetään itsenäistä suoriutumista tukevia toimintamalleja sekä kotona asumisen että palveluasumisen tueksi. Itsenäistä suoriutumista tukevilla hankkeilla viitataan tehostettuihin kotipalveluihin, kotihoitoon, avohoitoon ja kotisairaala, koti- ja asumispalveluiden kehittämiseen sekä apuväline- ja turvapalveluihin. Hankkeita oli 31 eli noin 13 prosenttia kaikista. Itsenäistä suoriutumista

ta painottavia hankealueita ovat Pohjois-Karjala ja Etelä-Pohjanmaa.

Hankkeet jakautuivat melko selkeästi kotihoidon uusien toimintamallien ja teknologian testaamiseen sekä apuvälinekeskusten luomiseen ja apuvälinepalveluiden kehittämiseen. Kohderyhmässä painottuivat vanhuksat ja dementtikot. Kotihoitajien tiedon kirjaamista ja tietojärjestelmiä pilotoidaan useassa hankkeessa, kämmentietokoneita testataan ainakin Jyväskylässä, Turussa ja Kotkassa. Myös muuta

mobiiliteknologiaa ja turvapalveluja testataan eri puolilla maata. Kotisairaala hankkeita on käynnissä Itä-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaal-

la. Iso hankekokonaisuus on ollut vuosien 2001–2004 ITSE-hanke useine alueellisine kehittämishankkeineen.



KARTTA 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon itsenäistä suoriutumista tukevien hankkeiden maantieteellinen esiintyvyys

VI Informaatio- ja asiointipalvelut

Kuudenteen ryhmään sijoitetut hankkeet koskevat kansalaisten informaatiopalveluja, kuten erilaisia portaaleja ja palvelusivuja, sähköistä hyvinvoinnin- ja terveyden edistämistä ja tiedottamista. Myös keskitetty ohjaus, neuvonta, ajanvaraus ja call center -toiminta sekä ammattilaisten tietoverkot ja sivustot ovat tässä luokassa. Hankkeita oli 39 eli 17 prosenttia kartoituksen hankkeista.

Alueellinen ajanvaraus näytti olevan usean hankkeen tavoitteena, toisaalta paikallista gsm-ajanvarausta on pilotoitu Lahden hammashuollossa ja vastaava kokeilu on käynnistynyt myös Oulussa. Ajanvaraus on useassa

hankkeessa yhdistetty tavoitteissa neuvonta pisteen, contact centerin ja Call centerin yhteyteen, hankkeita on käynnissä muun muassa Kymenlaakson alueella, Rovaseudulla ja Etelä-Savossa. Viiden sairaanhoitopiirin yhteinen eHealth-hanke keskittyy ajanvaraukseen, alueelliseen päivystysyhteistyöhön ja portaaliyhdistämisen kehittämiseen. Netteineuvontaa ja verkkohoitaja palveluja pilotoidaan myös useassa hankkeessa. Osa hankkeista keskittyy rajattuun asiakasryhmään, tällaisia ovat muun muassa Netteineuvola ja Virtuaalinen lastenkeskus.

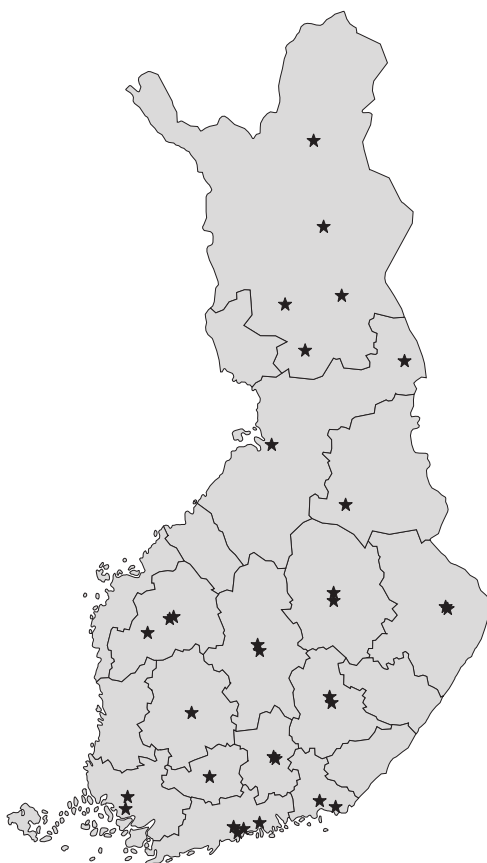
Terveydenhuoltoon liittyviä informaatio- ja neuvontapalveluja, joilla edistetään terveyden ja hyvinvoinnin yleisiä edellytyksiä on käynnissä useita, esimerkiksi Pohjois-Pohjan-

maan liiton eKoillis-Suomi, Etelä-Savon Hyvis-hanke ja Pirkanmaan Kuve. Vastaavia hankkeita on Itä-Suomessa, Pohjois-Karjalassa, Etelä-Pohjanmaalla, Kajaanissa ja Oulussa. Verkkopalvelut ja internet sivustot ovat yleistyneet nopeasti, tällä hetkellä kaikilla kunnilla on jo omat verkkosivustot, joista löytää ainakin palvelun tuottajien yhteystiedot. Nyt ollaankin portaalien ja internet sivustojen luomisen jälkeisessä vaiheessa eli sähköisten asiointipalveluiden kehittämisessä. Kartoitetuissa hankkeissa oli myös verkkopalveluiden esteettömyyttä kehittäviä projekteja.

Kansalaisten asiointia tukevissa hankkeissa on kehitetty myös mallia, jossa tieto palvelun tarjoajista liikkuu konkreettisesti ihmisten luokse alueilla joissa laajakaistayhteydet ja tie-

toverkot ovat harvinaisia. Tällainen on esimerkiksi pohjoisen haja-asutusalueen Kulkuri -liikkuva monipalveluyksikkö.

Ammattilaisten tiedonvaihdoissa sosiaalihuollon e-konsultaatiohanke on ollut yksi näkyvimmistä sosiaalialan hankkeista. Tavoitteena on tuoda alan ammattitietoa ja erityisasiantuntemusta sosiaalityöntekijöiden ja muiden sosiaalityöhön osallistuvien ammattilaisten saataville. Alahankkeissa on rakennettu asiantuntija- ja konsultaatiopankkeja esimerkiksi vammaistyön, lastensuojelun ja päihdeasioiden parissa työskentelevien tueksi. Ammattilaisten verkostoja ja rekistereitä on luotu myös Kainuun SoTi-vanhustiimissä sekä Palve-tietopankissa.



KARTTA 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon informaatio- ja asiointipalvelut hankkeiden maantieteellinen esiintyvyys

Johtopäätöksiä – kohti seutukunnallisia ja alueellisia palvelukokonaisuuksia 2007

ERKKI AALTONEN

Lainsäädännön uudistuksien ja meneillään olevilla kansallisilla ohjelmilla pyritään kehittämään sosiaali- ja terveysalan toimijoiden seudullista ja alueellista yhteistyötä ja edistämään hyvien käytäntöjen toteuttamista eri puolilla maata. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tehtävänä on sosiaali- ja terveysministeriön asettamien strategioiden mukaisesti tukea meneillään olevaa kehitystyötä.

Ministeriö on määritellyt valtakunnalliset kehittämistyön tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi. Tavoitteiden toteutumista tuetaan erillisellä hankerahoituksella. Hankeohjaus on saamassa vakiintuvat muodot vuoteen 2007 asti. Hankeohjaus vaikuttaa voimakkaasti sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan ja sitoo runsaasti myös Stakesin kehittämisresursseja. Ministeriön hankerahoituksen muutos muuttaa asiantuntijatuon tarvetta kentällä merkittävästi. On mahdollista, että suunnitelmakaudella sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminta suuntautuu vain hankerahoituksen piirissä oleviin kohteisiin, ja että muu kehittämistoiminta on vähäistä. Tämä lisää asiantuntemuksen tarvetta.

Stakes kohdentaa voimavarojaan yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmassa erityisesti alueellisen ja seudullisen kehityksen vahvistamiseen. Stakes tarjoaa kunnille asiantuntijapalveluja kiinnittäen huomiota siihen,

että alueellisten palveluiden ratkaisut tehtäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Stakes toteuttaa myös ohjelmien seuranta- ja arvioi strategisten hankkeiden toimeenpanoa ja vaikutuksia kunta-, seutukunta- ja aluetasolla. Tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta kokoamalla ja välittämällä tietoa sekä arvioimalla toimintoja niin, että voidaan päästä seudullisesti ja alueellisesti hyvin toimiviin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnallisiin käytäntöihin.

Juuria-projektin avulla Stakes on juurruttanut saumattomien palveluketjujen ja tietoteknologian käytännön sovellutuksia. Alueellisiin toimintaympäristöihin on juurrutettu kansallisissa ohjelmissa ja hankkeissa linjattuja tietoteknisiä ja muita teknologiaratkaisuja. Kumpuussopimusten mukaisesti Juuria projektissa työskentelevien aluekoordinaattorien tehtävänä on ollut sosiaali- ja terveysalan verkostoitumisen edistäminen. Verkostoitumista on edistetty niin julkisen puolen yksiköiden kuin yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden keskuudessa.

Tietoteknologian uudistuksilla ja uudistuksiin liittyvällä seudullisella yhteistyöllä ja toimivalla alueellisella työnjaolla on luotu vahva pohja toiminnallisille uudistuksille, joita voidaan edistää saumatonta palveluketjua koskevan kokeilulain ja kansallisten sosiaali- ja terveysohjelmien puitteissa.

Kansallisista linjauksista jatkuvaan vuoropuheluun

Valtioneuvosto asetti vuonna 2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaa-

minen maan eri osissa asukkaan maksukyvyttä riippumatta. Hankkeen mukaisesti terveydenhuollon palvelujärjestelmää pyritään kehittämään ottamalla huomioon myös yksityisen sektorin ja kolmannen sektorin toiminta.

Kansallisten terveys- ja sosiaalihankeiden kautta asetetut tavoitteet tuovat muutoksia, joilla on merkittäviä vaikutuksia palvelujärjestelmään; näitä ovat esimerkiksi hoitoon pääsyn turvaaminen, aluetietojärjestelmä, sähköinen sairauskertomusjärjestelmä, alueellistuminen ja seutuistuminen joidenkin palvelujen järjestämisessä sekä ohjauksen painopisteen siirtyminen kuntakentän vastuulla olevaan kehittämiseen. Palvelujärjestelmän muutos ja kehittäminen tarvitsee tuekseen kehittämistyön menetelmiä, arviointivälineitä ja asiantuntijapalveluja.

Terveydenhuollon tietotekniikan investoinnit ovat suuria. Siksi niillä tavoitellaan pitkän tai keskipitkän ajan vaikutuksina palveluprosessien ja palveluketjujen tehostumista seudullisena ja alueellisena yhteistyönä yli organi-

saatorajojen. Tietoteknisten ja digitaalisten ratkaisujen käyttöönoton yhteydessä edellytetään yleensä toimintojen ja henkilöstön osamisen uudistamista työpaikka- ja täydennyskoulutuksen avulla.

Valtionhallinnon toimintojen alueellistamista selvitetään parhaillaan. Stakesilla on jo nykyisin monissa hankkeissa toimiva alueellinen verkosto, joiden avulla kehittämistoimintaa organisoidaan alueellisina tai koko maan kattavina verkostoina. Palvelujen tarvitsijoiden osallisuuden lisääminen ja alhaalta ylöspäin rakentuva yhteisöllisyys sekä asiakaslähtöisyyttä koskevat odotukset kannustavat kehitystoimintaan osallistuvia ”jalkautumaan” kuntiin ja alueille sekä lisäämään vuoropuhelua kunnallishallinnon ja kansalaisten sekä järjestöjen kanssa.

Kunnat avoimeen yhteistyöhön

Tavoitteena tulee olla, että kunnat, kuntayhtymät ja muut seudulliset ja alueelliset toimijat organisoivat sosiaali- ja terveystoimen alueellisen, verkostoitumista tukevan tietohallinnon kehittämistyön ja nimeävät alueellisen toimijan, jolla on riittävä sekä sosiaali- että terveydenhuollon toiminnan tuntemus. Alueelliseksi koordinoijaksi valitun tahon on kehitettävä yhteistyössä alueen muiden palvelutuottajien kanssa saumattomia palveluketjuja eri asiakaskohderyhmille ja niitä tukevia tietohallintoratkaisuja.

Tavoiteltaessa tulevaisuuden saumattomia palvelukokonaisuuksia monien tuottajien palvelujen oikea-aikainen toteuttaminen ja kohdentaminen niitä tarvitseville edellyttävät uudenlaisten yhteistyömuotojen kuten palvelu-

ketjusuunnitelmien ja neuvontatoiminnan kehittämistä. Samanaikaisesti on toteutettava myös tieto- ja viestintäteknologian suunnitelmallinen ja kansallisesti koordinoitu käyttöönotto, mikä mahdollistaa saumattomien palveluketjujen kehittämisen sekä tehostamisen. Muutokseen valmistautuminen edellyttää kunnilta avointa yhteistyötä niin, että kehittämistyössä ovat mukana kolmannen sektorin ja myös yksityisen sektorin palvelujen tuottajat.

Alueellisen toimijan tehtävänä on huolehtia siitä, että kansallisella tasolla määritellyt säädökset, yhteistoiminnallisuutta koskevat vaatimukset, suositukset ja ohjeet muotoutuvat alueen olosuhteisiin soveltuviksi hyviksi käytännöiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomat kokonaisuudet kehittyvät

Nykyisten kokeilualueiden palveluketjujen kehittäminen jatkuu edelleen ja tarkoituksena on että niiden kokemuksia ja hyviä käytäntöjä levitetään muiden alueiden hyödynnettäviksi. Tärkeänä näkökulmana tulee olla, että sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjujen lainmukaista laajuutta – sosiaali- ja terveydenhuolto sekä muu sosiaaliturva, Kansaneläkelaitos mukaan lukien – edistetään koko maassa.

Kuntien, seutukuntien ja alueellisten toimijoiden yhteistyötä saumattomien palveluketjujen kehittämiseksi on edistettävä niin, että maan kaikissa osissa kansalaisilla on yhdenvertaiset mahdollisuudet saada laadukkaita ja saumattomia sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalveluja. Esimerkkeinä voidaan käyttää Pirkanmaan, Raahen seudun, Satakunnan ja Uudenmaan kokeilualueilla kehitettyjä malleja ja tekniikkaratkaisuja, joita myös kokeilulain piiriin hyväksyttävät uudet kunnat, seutukunnalliset ja alueelliset toimijat voivat käyttää hyväksi valmistellessaan omia yhteistyökäytäntöjään ja ratkaisujaan.

Rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia tuettaessa on tukitoimia kohdistettava myös

sellaisiin uudistuksiin, jotka parantavat niin julkisen puolen yksiköiden kuin yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyötä muun muassa ostopalvelukäytännöissä (welfare mix). Saumattomien palveluketjujen kehittämistä pitäisi tukea myös koulutuksen keinoin, muun muassa Stakesin TIVA-projektissa kehitettyjen pilottiratkaisujen pohjalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palvelumallien hyvä toteutus edellyttää yhteistyön tiivistämistä myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujentuottajien ja Kansaneläkelaitoksen välillä.

Aluekehitysjärjestelmään kuuluvat osamiskeskukset osallistuvat nykyään entistä enemmän seudullisten ja alueellisten hyvinvointipalvelujen ja niihin liittyvien teknologiaratkaisujen kehittämiseen. Tältä osin tavoitteena on, että eri hankkeiden tarvitsema tuki sekä verkostoituminen voidaan toteuttaa tehokkaasti ja että päällekkäisyydet voidaan välttää. Näin palvelujen käyttäjällä eli kansalaisella on tulevaisuudessa yhä paremmat mahdollisuudet saada saumattomia sosiaali- ja terveystoimen palveluja.