



**Sairaalojen lääkehuollon
kehittäminen**

Keskitetty vai hajautettu malli

Joni Palmgrén (FaT)

**vt. SataDiag –liikelaitoksen johtaja
Sairaala-apteekkari**

Sairaaloiden lääkehuollon kehittäminen, keskitetty vai hajautettu malli (THL 3.11.2011)

- Lyhyt esittely
- Nykytilanne kansallisesti
- Lääkehuollon teknologioiden ja palveluiden kehittäminen
- Visioita lääkehuollon teknologioiden ja palveluiden kehittämiseen

SataDiag-lääkehuolto

- sairaala-apteekki apteekkari, 2 proviisoria, 6 farmaseuttia, 3 lääketyöntekijää, sairaanhoitaja/kätilö, 2 osastonsihtööriä
 - Rauman lääkekeskus 4 farmaseuttia, 4 lääketyöntekijää
 - Porin lääkekeskus 4 farmaseuttia, 2 lääketyöntekijää, osastonsihtööri
 - Harjavallan lääkekeskus 3 farmaseuttia, lääketyöntekijä, osastonsihtööri
 - Kankaanpään lääkekeskus farmaseutti, lääketyöntekijä
- yht, n. 40

Rationaalista ja turvallista lääkehoitoa edistäviä palveluja Satakunnan Shp:ssä

- Osastofarmasia
- Lääkitysturvallisuuden auditointi
- Lääkehoidon kokonaisarviointi, lääkityksen tarkastus
- Koneellinen potilaskohtainen lääkejakelu

Nykytilanne sairaaloiden lääkehuollon kehittämisessä

- Lähes itsenäisesti toimivat sairaanhoitopiirit, joten myös lääkehuolto toimii ja kehittää toimintaansa paikallisesti.
- Sairaanhoitopiirin lääkehuollon kehittämiseen vaikuttavat: lääkehuollon henkilöiden aktiivisuus, SHP:n johdon asenne ja tietoisuus, ja lääkeneuvottelukunnan aktiivisuus. Myös moniammatilliset henkilökontaktit organisaation sisällä ovat merkittäviä.
- Nykytilanteessa sairaanhoitopiirien lääkehuollon yksiköt eivät kilpaile keskenään, kuitenkin yhteistyö on vähäistä tai sitä voisi olla enemmän – jokainen yksikkö tekee vain itselleen. Tietojen vaihto perustuu henkilökontakteihin, niistä on hyviä kokemuksia.

Lääkehuollon teknologioiden ja palveluiden kehittäminen

Hankintoihin tai kehittämiseen kuuluvia vaiheita:

- Koekäytöt
- Tarjouspyynnöt ja valinnat
- Käyttöönotot ja validoinnit
- Loppuraportit hankkeista

Kaikista em. vaiheista tieto jää yleensä SHP:n lääkehuollon omaan käyttöön.

Visioita lääkehuollon teknologioiden ja palveluiden kehittämiseen - keskitetty vai hajautettu malli

- Osa hankkeista ja laitehankinnoista on hyvä toteuttaa paikallisesti (hajautetusti), esim. keskussairaalan toimintaan sopivat projektit, laitteet ja palvelut. Itsenäisyys lisää luovuutta ja pienempi organisaatio mukautuu nopeammin kehitysprojeekteihin.
- Keskitetyssä mallissa (esim. yo-sairaalat) olisi etunsa, kun kyseessä on kansallisesti isot hankkeet tai hankinnat (täysin uudet teknologiat, esim. varastoautomaatit, sytorobotit, varastorobotit jne.) – laskelmia, laatuasioita ja raportteja voisi hyödyntää sen jälkeen muissa sairaanhoitopiireissä (vaikka pientä korvausta vastaan).
- Samalla tiedon keräämiseen ja tiedoksiintoon, esim. ERVA-alueen hankkeista ja laitteista, tulisi kiinnittää huomiota – muuten syntyy viiveitä, päällekkäisyyksiä, yhteensopimattomia järjestelmiä ja rahaa palaa.

Tapausesimerkki:

- Hyvän ja toimivan yhteistyön merkitys koneellisen annosjakelun kehittämisessä kansallisesti (seuraava Dia).

Tapausesimerkki: Hyvän ja toimivan yhteistyön merkitys koneellisen annosjakelun kehittämisesssä kansallisesti.

- Turun kaupungin sairaalan alkusysäys, taustalla innostunut ja kehitysmuonteinen asenne (Dosis artikkeli aiheesta v. 1991).
- Tietoisuus lisääntyi kontaktien ja kirjoittelun myötä.
- Annosjakelusta vastaavia henkilöitä yhdistää suuri kiinnostus aiheeseen, ja ovat "luoneet" hyvän yhteishengen ja tietojen vaihdon annosjakelua tekevien yksiköiden välille.
- Tietoja vaihdetaan mm. prosesseista, vaatimuksista, teknisistä ratkaisuista ja kokemuksista.
- Tiedon vaihto on kaikkia hyödyntävää (SataDiag:in Rauman lääkekeskuksen annosjakelu on saanut tietoja muilta ja on antanut tietoja avoimesti)
- Kun tiedon kulku on nopeaa ja mutkatonta, niin myös huonot kokemukset ja ylimääräiset kustannukset voidaan välttää laajalti. (esim. digitaalisen tarkastuslaitteen käyttökokemukset)
- Jos palvelun kehitys olisi aloitettu keskitetysti ja kontrolloidusti (esim. yo-sairaaloissa tai tk-lääkekeskuksissa), mikä olisi nykytilanne? Olisiko ollut resursseja, ja asennetta?

Visioita lääkehuollon teknologioiden ja palveluiden kehittämiseen - keskitetty vai hajautettu malli

Mitä yhteistyö voisi olla:

ERVA -alueen sisäinen yhteistyö

- Laitehankinnoista ja laitteista voisi pitää yhteistä listaa ERVA-alueella tiedon ja päätösten tueksi. (esim. jokaisella SHP:llä on nykyään omat laitahankintalistat, ja muut SHP:it eivät ole tietoisia toisten hankinnoista, poikkeuksena ERVA-hankinnat)
- Tai laajemmin: Yhtenä vaihtoehtona voisi olla esim. ERVA-alueen yhteinen tietokanta/rekisteri, jonne jokainen ERVA-alueen yksikkö tallentaisi yhteenvedon laitehankinnoista, käyttökokeiluista, hankeraporteista, uusista palveluista jne.

Visioita lääkehuollon teknologioiden ja palveluiden kehittämiseen

ERVA-alueiden välinen yhteistyö:

- Muut ERVA alueet saisivat tiedoksi esim. hankkeen tai laitehankinnan otsikkotason, ja tarvittaessa osaisivat ja voisivat pyytää tarkempaa tietoa kyseiseltä yksiköltä.

Viranomaiset tai muut toimijat (Finohta, HALO):

- Sairaanhoidopiirit voisivat hyödyntää em. tahojen laatimia laskelmia, suosituksia ja raportteja hankinta- ja palvelupäätösten tueksi.
- Samalla muistettava, että virkamiesohjaus saattaa rajoittaa luovuutta ja kehityksintoa.

Julkaisutoiminta

- Uusista palveluista ja teknologioista voisi kirjoittaa aiempaa herkemmin lyhyitä katsausartikkeleita ja raportteja – tasosta ei tule tinkiä vaan ”kirjoituskynnystä” kannattaisi madaltaa!

Henkilöyhteistyö ja -kontaktit ovat aina tärkeässä roolissa!

Johtamiseen tulee kiinnittää myös huomiota – uusiutumisen ja muutoksen johtaminen on haastavaa, mutta onnistuessaan tuloksellista!