

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lehti

Lasaretti

tidskrift för samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

3/syyskuu 2007



Turvallisia synnytyksiä TYKSissä

Palkka koostuu monesta palasta

Kuntaneuvottelut käynnissä

Hälsovård i Åboland år 2009

Opetus hajautettu eri paikkakunnille





Aki Lindén
Sairaanhoidopiirin johtaja
Direktör för sjukvårdsdistriktet

Hyvä tiedonkulku vaatii matalan organisaation

Sairaanhoidopiiriimme pienemmissäkin organisaatioissa valitetaan usein huonoa tiedonkulkua. Ongelma voi johtua siitä, että hyvään tiedonkulkuun ei ole edes vakavasti paneuduttu tai sitten asia on kyllä tiedostettu, mutta käytännön toimet ovat jääneet vaillinaisiksi.

Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirissä me olemme asettaneet hyvän tiedonkulun tärkeäksi tavoitteeksi. Olemme siihen myös käytännössä panostaneet. Kädessäsi on Lasaretti-lehti, joka nykyisin on yhä selkeämmin suunnattu kuntien ja muiden tärkeiden sidosryhmien edustajille. Henkilöstölehtenä ilmestyy Hospitaali, joka on saavuttanut suuren suosion. Lasaretista tehdään kahdesti vuodessa jokaiseen varsinaissuomalaiseen kotiin jaettava versio nimeltään Lasaretti Plus.

Vaikka näihin lehtiin kuluu kohtuullisesti rahaa ja ihmisten työtä, tiedostamme realistisesti, että ei niiden avulla voida kattaa kuin kapea viipale kaikesta tiedottamisen tarpeesta. Jatkuvasti päivittyvät internet- ja intranetsivustomme, nopea kokoustiedottaminen, monitahoinen työntekijöiden ja työnantajien yhteistoiminta, koulutus- ja tiedotustilaisuudet jne. ovat kaikki viestintämme tärkeitä muotoja. Avoin ja keskusteleva ilmapiiri on kaiken lähtökohta. Tästä huolimatta tiedän, että moni henkilökuntaamme kuuluva sanoo, ettei sairaanhoidopiiri tiedota asioista riittävästi ja myös monelle kunnallispoliitikolle erikoissairaanhoido on edelleen ”musta aukko”, jonne rahat vain uppoavat.

Mitä hierarkkisempi organisaatio on, sitä vaikeampaa on tiedonkulku. Yhden miehen yritys ei tarvitse monimutkaisia yt-menettelyjä tai kirjoitettuja tiedotteita. 6000 henkilön organisaatioissa tilanne on toinen. Ylin johto askaroi pääasiassa ulkoisen toimintaympäristön parissa – uudet lait ja muut säädökset, kuntien taloustilanne, budjetit, muuttuva teknologia, julkiset tiedotusvälineet, kilpailijoiden toiminta jne.

Potilaita hoitava henkilöstömme sen sijaan on jatkuvasti vuorovaikutuksessa varsinaisten asiakkaidemme kanssa. He tuntevat tämän todellisuuden ja siitä kumpuavat tarpeet. Mitä paremmin nämä kaksi maailmaa kohtaavat, sitä paremmin organisaatio toimii.

Asiakastodellisuuden on välityttävä myös johdon tietoon ja ympäristön muuttuvien olosuhteiden henkilöstön tietoon. Matalassa organisaatioissa tämä tiedonkulku onnistuu paremmin kuin korkeassa pyramidissa. Seitsemän tai kahdeksan organisaatioporrasta tappaa minkä tahansa aidon vuorovaikutuksen ja tiedonkulun. Kolme tai enintään neljä organisaatiotasoa on maksimi. Tähän pääseminen 6000 ihmisen työyhteisössä on haaste. Siksi meillä sairaanhoidopiirissä on melko laaja johtoryhmä, jossa mm. psykiatrian tulosalue ja TYKSiin molemmat tulosryhmät ovat suoraan edustettuina, jatkossa myös aluesairaalat yhteisellä edustajallaan.

Seuraavalla organisaatioportaalla ovat tulosyksiköt, joista suurimmat ovat 400 henkilön suuruisia ja pienimmät alle 50 henkilön kokoisia. Nämä jakaantuvat edelleen työyksiköihin, joita ovat osastot, poliklinikat, toimistot, työhuoneet jne. Kolmiportaisuus edustaa näin suuressa organisaatioissa melkoista saavutusta. Se johtaa siihen, että ylimmällä johdolla ja keskijohdolla on paljon alaisia, mikä tekee työstä erityisen vaativan. Toisaalta tällä mallilla on kiistattomat etunsa: nopea tiedonkulku ja mahdollisuus vuorovaikutukselliseen johtamiseen. Asiantuntijaorganisaatio menestyy kun vuorovaikutus toimii. Tällä saralla organisaatio ei kuitenkaan ole koskaan valmis, mutta valittu linja on mielestäni oikea.

God information kräver en låg organisation

Också i mindre organisationer än vårt sjukvårdsdistrikt klagar man ofta över att informationen löper dåligt. Problemet kan bero på att man inte på allvar satt sig in i vad god information innebär eller också känner man visserligen till saken men de praktiska åtgärderna har blivit på hälft.

I Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt har god information ställts upp som ett viktigt mål. Vi har också satsat på det i praktiken. I Din hand håller Du nu tidningen Lasaretti, som numera allt klarare är riktad till kommunernas och de övriga viktiga intressentgruppernas representanter. Som personaltidning utkommer Hospitaali, som uppnått en stor popularitet. Av Lasaretti görs två gånger i året en version som distribueras till alla hushåll i Egentliga Finland, den här versionen går under namnet Lasaretti Plus.

Även om det till de här tidningarna åtgår rätt mycket pengar och arbete så är vi realistiskt medvetna om att man med hjälp av dem endast kan täcka en smal sektor av hela informationsbehovet. Internet- och intranetsidorna, som kontinuerligt uppdateras, den snabba informationen om möten, det mångsidiga samarbetet mellan arbetstagare och arbetsgivare, dagar för utbildning och information o.s.v. är alla viktiga former för förmedling av information. Utgångspunkten för allting är en öppen stämning som främjar diskussion. Trots detta vet jag att många av vår personal säger att sjukvårdsdistriktet inte informerar tillräckligt och den specialiserade sjukvården är för många kommunalpolitiker också fortfarande ett "svart hål" dit pengarna bara försvinner.

Ju mera hierarkisk en organisation är, desto svårare är informationsförmedlingen. Ett enmansföretag behöver inga invecklade samarbetsförhandlingar eller skriven information. I en organisation med 6000 personer är läget ett annat. Den högsta ledningen sysslar i huvudsak med den yttre verksamhetsmiljön – nya lagar och andra bestämmelser, kommunernas ekonomiska läge, budgeter, den föränderliga teknologin, massmedia, konkurrenternas verksamhet o.s.v.

Den personal som vårdar patienterna är däremot i ständig interaktion med våra egentliga klienter. De känner den här verksamheten och de behov som här uppstår. Ju bättre de här två världarna möts, desto bättre fungerar organisationen.

Klienternas verklighet måste förmedlas också till ledningens kännedom och de förändrade miljöförhållandena till personalens kännedom. I en låg organisation lyckas den här informationen bättre än i en hög pyramid. Sju eller åtta trappsteg i en organisation tar käl på all slags verklig interaktion och information. I organisationen är tre eller högst fyra nivåer maximum. Det är en utmaning att få till stånd detta vid ett samarbete som omfattar 6000 människor. Därför har vi i sjukvårdsdistriktet en rätt stor ledningsgrupp, där bl.a. resultatområdet psykiatri och ÅUCS:s båda resultatgrupper är direkt representerade, i fortsättningen också kretssjukhusen genom sin gemensamma representant.

På följande trappsteg i organisationen finns resultatenheter, av vilka de största omfattar 400 personer och de minsta under 50 personer. De här uppdelas vidare i resultatenheter, vilka är avdelningarna, poliklinikerna, byråerna, arbetsrummen o.s.v. I en så här stor organisation innebär en strukturerad på tre nivåer en anmärkningsvärd prestation. Det leder till att högsta ledningen och ledningen på mellannivå har många underlydande, något som gör att arbetet är extra krävande. Å andra sidan har den här modellen sina obestridliga fördelar: ett snabbt informationsflöde och en möjlighet till interaktion i ledandet. När interaktionen fungerar är sakkunnigorganisationen framgångsrik. Inom den här branschen är organisationen hur som helst aldrig färdig, men enligt min åsikt är den linje som valts den rätta.

Hyvä tiedonkulku vaatii matalan

organisaation.....	2
Laatu on ilmaista - Quality is Free.....	4
Tyttö tuli.....	6
Hälsövärd åt alla också 2009	8
Palkkapussi on monen osan summa.....	10
Potilasmaksujen ja EVO-korvausten jälkeenjääneisyys rasittaa jäsenkuntien taloutta	11
Kuntaneuvotteluissa pohditaan palvelujen tarpeita	13
Hajautetusta koulutuksesta osaavia yleislääkäreitä.....	14
Kootut	16

TOIMITUSTIEDOT

Lasaretti - Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tiedotuslehti sidosryhmille • informationsblad för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts intressentgrupper. 7. vsk. Julkaisija: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, PL 52, 20521 Turku. Puh. (02) 313 000. Päätoimittaja: Aki Lindén (puh. 313 3601), toimituspäällikkö: Esa Halsinaho (puh. 313 1083). Sähköpostit: etunimi.sukunimi@tyks.fi. Toimitus ja taitto: Pramedia Oy, Yhteyshenkilöt Pirkko Soininen ja Kaisa Riikilä, puh. (02) 445 6300, fax (02) 445 6309, sähköposti pirkko.soininen@pramedia.fi. Toimituskunta: Aki Lindén (pj.), Esa Halsinaho, Anne Hedman, Hannele Heine, Marko Marsala, Päivi Nygren, Turkka Tunturi. Osoitteenmuutokset: Puh. (02) 313 1103, sähköposti tiedotus@tyks.fi. Painopaikka: Finepress Oy, Turku, 2007. ISSN 1457-9057. Seuraava numero ilmestyy 27.11., aineistopäivä 13.11.

Lisätietoja: www.vsshp.fi/julkaisut/lehdet2007.

Kannen kuva: Mikael Soininen
Kannen pikkukuva: Raimo Isoaho



Laatu on ilmaista - Quality

Philip B. "Phil" Crosby, (1926–2001) kuuluu viime vuosisadan merkittävimpiin laaturuuhin. Hän oli kiinnostunut erityisesti laadun ja kustannusten keskinäisestä suhteesta. Hänen ensimmäinen kirjansa vuodelta 1967 käsitteli nimenomaan laatumarkkinuksia (*Cutting the cost of quality; the defect prevention workbook for managers*).

Laatumarkkinukset jaetaan kahteen ryhmään:

1. Hyvän laadun kustannukset, jolla tarkoitetaan niitä kustannuksia, jotka syntyvät laadun parantamisesta (esim. koulutus, laadunparantamisen hankkeet, paremmat ja kalliimmat työvälineet, ennalta ehkäisevät toimenpiteet, paremmat ja kalliimmat työmenetelmät, tehokkaammat lääkkeet).

2. Huonon laadun kustannukset, jolla tarkoitetaan niitä kustannuksia, jotka syntyvät esim. virheistä ja niiden korjaamisesta jälkikäteen, laadun tarkkailusta, viallisten tuotteiden hylkäämisestä, huonojen tuotteiden aiheuttamasta haitasta ja korjaamisesta (toimituksen jälkeiset tappiot).

Phil Crosbyn toinen kirjaklassikko on vuodelta 1979: *Quality is Free*. Voiko laatu oikeasti olla ilmaista? Jos hyvään laatuun (siis laadun parantamiseen) panostetaan vaikkapa 1000 euroa ja sillä voidaan vähentää huonon laadun kustannuksia esim. 1200 eurolla, on jäänyt säästöön 200 euroa ja laatu on parantunut. Siis laatu voi olla ilmaista, jopa taloudellisesti kannattavaa. Tyypillistä kuitenkin on, että hyvään laatuun panostamisen kustannukset syntyvät eri paikassa ja eri aikana kuin siitä seuraavan laadun parantumisesta koituvat säästöt.

Tämä pätee erityisesti terveydenhuollossa. Vaikutukset voivat ilmetä vuosien, jopa vuosikymmenten kuluttua. Syyseuraussuhteen osoittaminen tai havaitseminen voi olla vaikeaa.

Entäpä jos 1000 euron panostaminen tuokin säästää vain 800 euroa? Onko aikaansaatu laadunparannus sen arvoinen, että hyväksymme 200 euron tappion? Ei, me emme voi hyväksyä, että laadun parantamiseen laitetaan 1000 euroa, mutta parantuneen laadun arvo on vain 800 euroa! Vai onko olemassa laatua, jonka arvoa ei voi mitata rahassa? Siis piilolaatua, joka ei ilmene mitattavana hyötynä. Minkähän laista laatua se lienee?

Tällainen pohdinta leimataan helposti epäeettiseksi, jopa moraalittomaksi. Usein törmää hurskastelijoihin, joiden mielestä euroja ei saisi laskea silloin, kun on kyse ihmisen sairauteen liittyvästä toiminnasta. Mutta tuleehan meillä olla jokin metodi, jonka avulla arvioimme panosten hyödyllisyyttä voidaksemme priorisoida panostuksen kohteita. Tämän ajatustavan vastustajat ovat pakosti sitä mieltä, että voimavarat

is Free

riittävät kaikkeen mahdolliseen eikä edes tarvitse pohtia uusien panosten todellista hyödyllisyyttä. Tuollainen tilanne olisi tietysti hyvin miellyttävä, mutta valitettavasti elämme nyt ja tulevaisuudessa aivan toisenlaisessa todellisuudessa. Kaikki uudet panostukset tulee punnita tarkasti ja niiden hyödyllisyys tulee tutkia.

Näin toimimalla lunastamme Phil Crosbyn lupauksen tai vaatimuksen: ”Laatu on ilmaista – Quality is free”. Korostan, että tämä ajatus tulee nähdä myös VAATIMUKSENA eikä pelkästään LUPAUKSENA. Tästä ajatuksesta on tehtävä todellisuutta eikä saa jäädä odottamaan, että se toteutuisi itsestään.



Turikka Tunturi
johtajaylilääkäri

TYKSissä korkeatasoista aivohalvausten hoitoa ilman ylimääräisiä kustannuksia

Aivohalvausten hoidossa saavutettiin vuonna 2003 parhaat hoitotulokset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Erityisen vaikuttavaa hoito siellä oli Hyvinkään, Jorvin ja Meilahden sairaaloissa ja muissa sairaanhoitopiireissä Etelä-Karjalan keskussairaalassa ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tieto on Stakesissa tehdystä PERFECT Stroke -tutkimuksesta, jossa selvitettiin aivohalvauksen hoidon tulokset ja kustannukset ensimmäistä kertaa sairaala- ja aluekohtaisesti.

Stakesin selvitys osoittaa, että keskimääräistä parempi laatu on saatu aikaan TYKSissä keskimääräistä alhaisemmilla kustannuksilla (quality is free).

Aivoinfarktipotilaista 22 prosenttia kuolee vuoden kuluessa sairastumisestaan ja uuden aivoinfarktin vuoksi sairaalaan joutuu 14 prosenttia. Hoidon tuloksissa on suuria sairaalakohtaisia eroja. Kuolleisuus vaihtelee hoitavan sairaalan mukaan 13 ja 31 prosentin välillä ja aivoverenkiertohäiriöiden uusiutuminen 8 prosentin ja 25 prosentin välillä, kun sairaalakohtaiset erot potilaiden iän, sukupuolen ja perussairauksien suhteen otetaan huomioon. 79 prosenttia parhaimmissa sairaaloissa ja 48 prosenttia vertailussa heikoimmin menestyneissä sairaaloissa hoidetuista potilaista onnistui vuoden kuluessa välttämään uuden sairastumisen ja kuoleman.

Aivohalvaus on merkittävin vammaisuuden aiheuttaja ja sydäninfarktin jälkeen toiseksi yleisin kuolinsyy. Yksi sadasta suomalaisesta on sairastanut aivohalvauksen.



Tyttö tuli

Tyksin synnytysosaston huoneessa numero 8 eletään aamulla puoli kymmenen aikaan jännittäviä aikoja. Annmari ja Jari Katajainen ovat tulleet sairaalaan edellisenä päivänä, ja kaikki merkit viittaavat siihen, että heidän esikoisensa syntyy tänään.



Synnytys ohi. Jari-isä ihastelee tyttöjään.

– Vauva on ollut vatsassa jo 12 vuorokautta yli lasketun ajan. Meidät otettiin eilen osastolle ja tänä aamuna tilanne eteni niin, että pääsimme tänne synnytyshuoneeseen, tuleva isä kertoo.

Annmari vaikuttaa rauhalliselta. Anestesia-
lääkäri on käynyt antamassa hänelle vähän puudutusainetta niin, ettei kipua varsinaisesti tällä hetkellä tunnu. – Vähän sellaista painon tunnetta tuolla alavatsassa on, mutta pystyin kyllä äsken vähän nukahtamaan.

Kättilö Maria Männistö juttelee vanhempien kanssa ja kokeilee äidin vatsaa. Hän kertoo, että toistaiseksi ainakin kaikki etenee normaalisti, joten luonto saa hoitaa tehtävänsä. Vauvan sydänääniä tarkkaillaan kuitenkin jatkuvasti, sillä niin voidaan varmistaa, että pikkuisella on kaikki hyvin. Maria ja muu henkilökunta tarjoaa vanhemmille lähinnä henkistä tukea, muuta ei juuri nyt tarvita.

Kättilö Maria Männistö tarkastaa, että Annmari Katajaisen vauvalla on vatsassa kaikki hyvin.

Tippa avuksi

Kello 12 aikaan tuntuu kuitenkin, että supistukset eivät etene aivan toivotulla tavalla ja Maria päättää edesauttaa tilannetta tippalääkityksellä. Anestesia- ja kipulääkäri kutsutaan apuun. Supistukset lisääntyvät ja Annmarin ilme kertoo hetkittäin, että kipua tuntuu.

– Ponnistusvaihe alkaa jo hiukan jännittää: miltä se oikein maistaa tuntuu. Kaikki on ihan uutta, enkä yhtään tiedä, mitä odottaa, Annmari erittelee tuntojaan.

Isäkin kuulemma jännittää se, miten vaimo edessä olevasta urakasta selviää. – Toivotavasti se ei ota niin koville, että Annmarille syntyisi asiasta kammo, Jari miettii.

Kun kipu vähän antaa periksi, pariskunta miettii vauvan tuomia muutoksia elämäänsä. – Aika rauhallista elämää me olemme tähänkin asti viettäneet, joten se ei varmasti ehkä niin kauheasti muutu, Jari toteaa.

– No valvomista ja väsymystä on varmasti ainakin odotettavissa aivan uudella tavalla, Annmari tuumaa.

Molempien mielestä on selvää, että vastuu kasvaa. Varsinkin isä muistuttaa, että nyt asioita täytyy miettiä vähän uudella tavalla, kun on perhe elätettävänä. Isien kahvihuoneessa useimmat tulevat isät jakavat Jarin huolen. Kuta kuinkin kaikki isät mainitsevat, että perheen elättäminen lisää heidän vastuutaan ja se tuntuu pikkuisen myös etukäteen jännittävän.

Kello yhden aikaan tiputus on edistänyt Annmarin synnytystä jonkin verran, mutta kohdunsuulla on edelleen pieni reuna niin, ettei ponnistusvaiheeseen vielä päästä. – Vähän kivuliasta, sanoo sisukkaan oloinen tuleva äiti. Vierestä katsoja jättäisi näkemänsä perusteella helposti pois sanan 'vähän'.

Tuleva isä silittelee vaimoiaan ja vaikuttaa vähän hermostuneelta. – Tuntuu niin avuttomalta, kun ei oikein osaa toista mitenkään auttaa.

Tutun ihmisen läsnäolo kuitenkin jo sinänsä varmasti helpottaa kipujensa kanssa painivaa synnyttäjää.

Vähitellen ponnistamaan

Hiljalleen Annmari pääsee ponnistamaan omaan tahtiinsa, mutta tilanne on kuitenkin aika stabiili. Odottelu jatkuu. Kätilöopiskelija **Salla Kilpi** ehtii viettämään huoneessa pitkiä toveja kerrallaan. Hän rauhoittelee tulevia vanhempia ja kertoo tarkasti, mitä odotettavissa on. Sallan läsnäolo lisää osaltaan vanhempien turvallisuuden tunnetta.

Aamuvuoron kätilönä työskennellyt Maria toivoo, että synnytys pääsisi kunnolla käyntiin ennen kuin hänen työvuoronsa varttia yli kaksi päättyy. – Kun vanhempiin ehtii päivän aikana



Vauvan sydänäänät häviävät ja tarvitaan nopeaa toimintaa.

sitoutua, on mukava elää heidän kanssaan läpi myös itse synnytys ja lapsen syntymä.

Tällä kertaa Marian toive ei toteudu. **Laura Lounela** ottaa iltavuorossa hänen paikkansa ja vuoron aluksi hän tutkii tilanteen. Ihan vieläkin Annmari ei pääse ponnistamaan, mutta kaukana h-hetki ei enää ole. Kolmen aikaan äiti saa vähän lisää puudutusta, mutta puoli neljän aikaan vauhti kiihtyy. Kaikki on mennyt tähän asti hyvin, mutta nyt vauvan sydänäänät häviävät ja tarvitaan nopeaa toimintaa.

Imukuppia tarvitaan

TYKSin synnytysosastolla 24 tuntia vuorokaudessa päivystävä synnytyslääkäri kutsutaan paikalle. Vuorossa oleva **Katja Kero** avustaa vauvan maailmaan imukupilla kello 16.17. Yhtä lailla aina paikalla oleva lastenlääkäri, tällä kertaa **Ilkka Jaakkola**, varmistaa, että vastasyntyneellä tytöllä on kaikki hyvin. Sen verran kantavan kiljaisun pikkuneiti **Katajainen** päästää ilmoille heti oitis, että **Jaakkola** toteaa samantien hymyssä suin kaiken olevan kunnossa.

Pari tuntia vauvan syntymän jälkeen asiat ovat edenneet niin, että äiti pääsee suihkuun ja isä saa tyttärensä kylvetettäväkseen. Kun äitikin tulee suihkusta, voidaan vähän kertailla päivän tapahtumia.

– Vähän on vielä pöllämystynyt olo, sanoo äiti, mutta vauva on todella ihana. Aika rankkahan tuo synnytys oli, mutta palkinto

on kyllä kaiken vaivan arvoinen.

Isäkin on vielä vähän hämillään: – Vähällä tuntui, että vaimo hajoaa kokonaan, sen verran hurjalta ne viime vaiheet näyttivät. Vauva on kuitenkin aivan käsittämättömän hieno. Kun tyttö syntyi niin itkuhan siinä väistämättä tuli, hän muistelee.

Annmari ja Jari antavat täyden tunnustuksen TYKSin henkilökunnalle: – Meistä on pidetty hyvää huolta. Kätilöt ovat vähän kuin äitihahmoja, joilta riittää aina kannustavia sanoja ja silityksiä. Se, että lääkärit ovat koko ajan tavoitettavissa, lisää turvallisuuden tunnetta ja niinhän mekin tarvittiin lopuksi sekä anestesia-, synnytys- että lastenlääkäriä, ennen kuin homma oli ohi, **Katajaiset** miettivät.

TYKSissä satsattu turvallisuuteen

TYKSissä on panostettu synnytysten turvallisuuteen. Talossa hoidetaan vuodessa lähes 3800 synnytystä ja hoidon taso on Suomen huippua. Osaston henkilökunta miettii jatkuvasti, miten kaikki toiminta pystytään tekemään niin nopeasti ja turvallisesti kuin suinkin. Työ on jatkuvaa kehittämistä.

– Meillä on paikalla aina gynekologi, anestesia- ja lastenlääkäri. Häräsektio pystytään tekemään noin seitsemässä minuutissa ja sekä lapsi että äiti saadaan välittömästi tehosteiseen hoitoon, jos tilanne sitä jostain syystä vaatii. Meillä on käytössä myös äärimmäisen laaja kirjo erilaisia kivunehkäisymenetelmiä, kertoo TYKSin naistenklinikan ylilääkäri **Risto Erkkola**.

Jatkuvan lääkäripäivystyksen ylläpitäminen on äärimmäisen kallista. Samantasoiseen valmiuteen on lähes mahdotonta päästä alue-sairaaloissa. Vakka-Suomen synnytykset siirrettiinkin vuosi sitten Turkuun ja loimaalaiset ovat päättäneet seurata esimerkkiä. Loimaan sairaalan johtava ylilääkäri **Jari Välimäki** kertoo, että synnytykset heidän sairaalassaan loppuvat ensi vuoden lopussa.

– Synnytysten määrä on meillä viime vuosina selvästi vähentynyt. Ihmiset ovat jo nyt hakeutuneet muualle synnyttämään. TYKSin synnytysosasto on yksi maan turvallisimmista ja siellä on kaikki palvelut ympäri vuorokauden saatavilla. Sen vuoksi meidän on mielestäni ehdottomasti järkevää hyödyntää sen palveluita, Välimäki huomauttaa.

Hän muistuttaa, että loimaalaisten päätös ennakoitua tulevaa lainsäädäntöä. – Meiltä tullaan lähi aikoina edellyttämään esimerkiksi 15 minuutin sektiovalmiutta ja anestesia- ja lastenlääkärin jatkuvaa läsnäoloa. Niiden järjestämiseen meillä ei täällä riitä resurssit missään tapauksessa, Välimäki huomauttaa.

Trots fusionerna i Åboland Hälsovård åt alla också 2009



Blivande omsorgschefen Stefan Långström håller tungan rätt i mun.

Om ungefär femton månader går åtta åboländska kommuner ihop till två. Deras budgetmässigt största uppgift blir att trygga sina invånares socialservice och hälsovård, och man arbetar nu för högtryck för att skapa de nya organisationerna för det.

Både i Väståboland och på Kimitoön kommer man att ha en sammanslagen social- och hälsovård. På Kimitoön utsåg man redan i samgångsförhandlingarna den första chefen för sektorn. I Väståboland kommer omsorgschefen liksom småningom alla de nya ledande tjänstemännen att utses av organisationskommissionen som började jobba

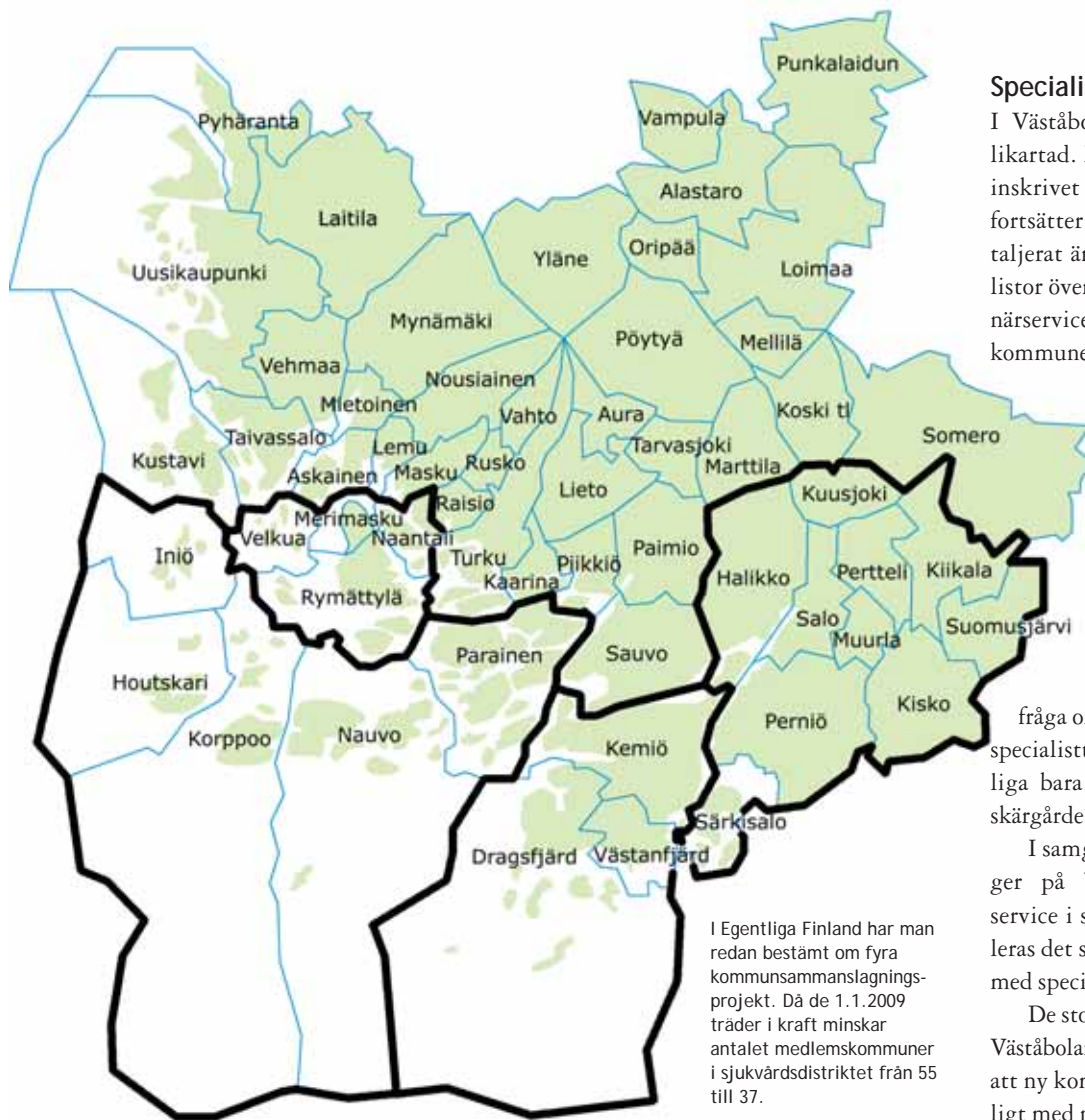
i september.

På Kimitoön kommer omsorgschefen att heta **Stefan Långström**. Han är nu t f kommundirektör i Dragsfjärd.

I vardera kommungruppen har man i samgångsavtalen skissat upp hur servicen skall se ut i de nya kommunerna. Eftersom det är dokument som har krävt konsensus så



Läkare Janne Pura på Pargas hälsovårdscentral tar sig en titt på Ronja Puras fot.



är det inte förvånande att det betonas att servicen också i periferin skall hålla minst samma nivå som hittills och att inga servicepunkter skall stängas.

– Det gäller att hålla tungan rätt i mun här, mumlar Stefan Långström då han försöker precisera hur man i samma veva ändå skall kunna göra några rationaliseringsvinster.

Samgångsavtalet för Kimitoön nämner uttryckligen både hälsovårdscentralmottagningar och bäddavdelningar både i Dalsbruk och i Kimito.

– Vi strävar till att utveckla arbetsfördelningen mellan Kimito och Dalsbruk så att vi kan förbättra jouren för hela Kimitoön. Det skall också bli lättare att få tidsbeställda läkarbesök.

– På lång sikt kan det också bli en viss arbetsfördelning mellan bäddavdelningarna – den ena kanske koncentrerad mera på akut sjukvård, den andra på långvård.

Effektivare

Kimitoön kommer inte att sträva till att

bilda ett samarbetsområde för sin hälso- och sjukvård, säger Långström. Den nya kommunen kommer att ha bara omkring 7000 invånare men den kan hänvisa till speciella förhållanden som skärgård och långa avstånd till andra svenskspråkiga områden.

Långström menar att det uppstår vissa effektivitetsvinster redan genom att organisationen blir mycket enklare. Det som hittills varit tre kommuner och en hälso-samkommun blir nu en enda kommunal organisation.

Men Långström vars ordinarie tjänst är som kommundirektör för lilla Västanfjärd påpekar att det vanligtvis är de minsta kommunerna som har de allra lägsta hälsovårdskostnaderna då man beaktar befolkningsstrukturen.

– Vi har helt enkelt inte råd att ha en patient på fel vårdplats. Sådana problem finns i städerna.

I fråga om specialistsjukvården ser Långström inte några förändringar för Kimitoön. De tjänsterna står fortsättningsvis sjukvårdsdistriktet för.

Specialisering

I Väståboland har utgångspunkten varit likartad. I samgångsavtalet finns också här inskrivet att de nuvarande hälsostationerna fortsätter som närservicepunkter. Mera detaljerat än på Kimitoön har man här gjort listor över vilken service som betraktas som närservice och vilken som ges av den nya kommunen centralt.

Erja Hellberg, nuvarande överläkare i Pargas och blivande ledande läkare i Väståbolands stad, säger att det kommer att uppstå vinster genom att personalen får större möjligheter att specialisera sig, också i de fall då de har en uppgift inom närserVICEN.

Det kommer också att bli fråga om att man skall kunna föra ut vissa specialisttjänster som hittills varit tillgängliga bara för Pargasborna till den övriga skärgården.

I samgångsavtalet som till stor del bygger på Väsis-rapporten ("väståboländsk service i samverkan") från i vintras formuleras det så att det behövs en rörlig personal med specialkunskap.

De stora avstånden ställer speciella krav i Väståboland. Man har stora förhoppningar på att ny kommunikationsteknik gör det möjligt med nya lösningar för servicen. Men det finns en hel del arbete med att harmonisera ADB-lösningarna, påpekar Erja Hellberg.

Samarbete med Kimitoön är fortsättningsvis på grund av avståndet svårt. Men mentalvården fungerar över både östra och västra Åboland nu och framöver, säger Hellberg.

Gemensam upphandling?

Enligt Folke Öhman som blir Väståbolands första stadsdirektör fortsätter man i stort sett med bashälsovården som förut. Möjligheterna att differentiera kunnande och uppgifter skall ge vissa synergifördelar i den nya organisationen.

Väståboland kommer också i framtiden att upphandla en del specialistsjukvård på marknaden. Nu köper man till exempel demensdiagnostisering från Pulssi.

Enligt Folke Öhman är det tänkbart att man i framtiden köper upp sådana tjänster tillsammans med Kimitoön. Det kräver inte djupare integrering av organisationerna – det finns ju en hel del löst organiserade upphandlingscirkelrar på flera olika områden, påpekar stadsdirektören.



Palkkapussi on monen osan summa

Sairaanhoidon palkat ovat puhuttaneet viimekäväisistä eduskuntavaaleista lähtien. Hoitohenkilökunnan palkkoja on esitetty numeroina niin uutisissa kuin mielipidepalstoilla ja pääkirjoittajatkin ovat ottaneet niihin kantaa. Tätä kirjoitettaessa palkoista käydään parhaillaan tiukoja neuvotteluja liittotasolla.

Luottettavan kuvan saaminen eri ammattiryhmien palkoista voi olla vaikeaa, koska myös ammattiryhmän sisällä palkat vaihtelevat usein paljonkin. Palkkapussin perustan muodostaa tehtäväkohtainen palkka ja sen jälkeen sitä voivat kasvattaa henkilökohtaiset lisät, työaikakorvaukset, ylityökorvaukset, lääkäreillä päivystyskorvaukset ja vielä erikoismaksuluokkapalkkiotkin (EML-käytäntö loppuu 29.2.2008).

Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES), lääkärin sopimus ja tekniikan sopimus määrittelevät työntekijöiden tehtäväkohtaiset palkat, jotka muodostavat käytännössä ammattiryhmien palkkojen alarajat.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä KVTES:n mukaiset tehtäväkohtaiset palkat porrastetaan yhteen, kahteen tai kolmeen palkkakoriin (A, B ja C), jotka on muodostettu arvioimalla kunkin viran tai toimen työn vaativuustaso (ns. TVA-menettely). Esimerkiksi sairaanhoitajan KVTES:n mukainen palkka-alaraja on 1 744 euroa, mutta A-palkkakoriin sijoitettuna hän saa vähintään 1 817 euroa kuukaudessa. Vaativimmissa tehtävissä toimiville sairaanhoitajille maksetaan C-korin mukais-

ta vähintään 1 908 euron suuruista tehtäväkohtaista palkkaa.

Lähtötaso yleistä korkeampi

Käytännössä VSSHP:n uudet työntekijät saavat vähintään A-korin mukaisen tehtäväkohtaisen palkan, eli 2–5 prosenttia yleistä palkka-alarajaa korkeamman lähtöpalkan. Vaativampiin tehtäviin sijoittuvat uudet työntekijät saavat B- tai C-korin mukaisen palkan.

Tehtäväkohtaisen palkan lisäksi työntekijälle voidaan maksaa palvelusajasta riippuvaa henkilökohtaista vuosisidonnaista lisää, jota saa viiden ja kymmenen palvelusvuoden jälkeen vastaavasti viisi ja kymmenen prosenttia tehtäväkohtaisesta palkasta. Ennen 31.8.2004 yli 15 vuotta palvelleille maksetaan määrävuosilisää, joka säilyy niin kauan kuin palvelusuhde jatkuu keskeytymättömänä.

Hyvä työ palkitaan

Työntekijän oman ammattiosaamisen ja työtuloksen perusteella voidaan maksaa harkinnanvaraista henkilökohtaista lisää. Työntekijän ja henkilöstöjärjestöjen uusimman neuvottelusopimuksen mukaan tämä lisä voi olla 1.9.2007 alkaen joko kolme tai kuusi prosenttia tehtäväkohtaisesta palkasta.

Vuorotyötä tekeville maksetaan iltä-, yö-, lauantai-, sunnuntai- ja aattotyökorvauksia. Työaikakorvaukset voivat kasvattaa kuukausipalkkaa jopa 35 prosenttia.

Lääkäreillä on vastaavat omat palkkar ryhmät 1, 2 ja 3, sekä vastaavat vuosi-

sidonnaiset lisät. Lääkäreiden harkinnanvarainen henkilökohtainen lisä maksetaan tohtorin arvon, dosentuurin tai jonkin erityispätevyyden perusteella. Myös päivystyskorvaukset ja EML-palkkiot voivat nostaa lääkäreiden palkkaa. Tulosityksikön johtovastuu on eräs palkanlisän peruste. Nämä lisäosat voivat kaksinkertaistaa lääkärin kokonaispalkan.

Tekniikan alalla palkka muodostuu tehtäväkohtaisesta palkasta, palvelusaikaan sidotusta ammattialalisästä ja harkinnanvaraisesta henkilökohtaisesta lisästä.

Palkka voidaan maksaa myös sopimuksen mukaisesti yhtenä summana, johon ei tule lisiä. Sopimuspalkkaa maksetaan lähinnä hallinnon johtaville viranhaltijoille, mutta joskus myös projektityöntekijöille.

Vuorotyöstä ja päivystyksestä lisäansioita

Kaiken edellä mainitun perusteella jonkin ammattiryhmän työntekijöiden palkkoissa voi olla melko suuriakin eroja. Sairaanhoidaja voi saada päivätyössä esimerkiksi 2 050 euroa mutta vuorotyössä 2 300–2 700 euroa/kk. Perushoitajan ”tyypillinen” päivätyöansio on noin 1 970 euroa ja vuorotyössä 2 200–2 400 euroa/kk. Laitoshuoltaja voi ansaita päivätyössä 1 650 euroa ja vuorotyössä 1 900–2 050 euroa, keittäjä vastaavasti 1 770 tai 1 850–2 300 euroa/kk.

Päivystävän erikoislääkärin kokonaispalkka voi vaihdella paljonkin; päivystysmäärästä riippuen se on noin 5 500–7 500 euroa/kk, erikoistuvalla lääkäriellä noin 3 600–6 000 euroa/kk.

Esimerkkejä VSSHP:n ammattiryhmien palkoista ja niiden muodostumisperusteista. Luvut kuukausipalkkoja euroina.

Ammattiryhmä	KVTES palkka-alarajat	VSSHP:n palkka-alarajat			keskiarvopalkat	
		A-kori	B-kori	C-kori	tehtäväkohtainen	kokonaisansio 6)
sairaanhoitaja 1)	1 744	1 817	1 863	1 908	1 882	2 065
perushoitaja 2)	1 587	1 624	1 664	1 705	1 651	1 937
osastonsihteri 2)	1 587	1 624	1 664	1 705	1 644	1 924
toimistosihteri 3)	1 579	1 665	1 707	1 749	1 734	2 037
laitoshuoltaja	1 431	1 466	1 503	1 540	1 496	1 646
keittäjä	1 486	1 507	1 544		1 576	1 787
sosiaaliohjaaja	1 890	2 005	2 056		2 059	2 280
psykologi	2 282	2 452			2 509	2 716
huoltomestari 4)	1 514				2 243	2 522
ammattimies 4)	1 360				1 712	1 939
		ryhmä 1	ryhmä 2	ryhmä 3		
erikoislääkäri 5)	3 422	3 774	3 926	4 150	4 034	4 672
erikoistuva lääkäri 5)	2 608	2 708			2 929	3 060

1) Tähän kuuluvat hoitoalan vaativat ammattitehtävät kuten sairaanhoitaja, laboratorinhoitaja, röntgenhoitaja, fysioterapeutti, kättilä, kuntoutuksen ohjaaja, toimintaterapeutti ja hammashuoltaja

2) Tähän kuuluvat hoitoalan ammattitehtävät kuten perushoitaja, hammashoitaja, kuntoutuksen ohjaaja, lähihoitaja, mielenterveysohjaaja, lääkintävahtimestari ja osastonsihteri

3) Tähän kuuluvat toimistotyön ammattiryhmät kuten kassanhoitaja, kirjuri, taloussihteri ja keskusarkistonhoitaja

4) Tekniikan sopimukseen kuuluvia

5) Lääkärin sopimukseen kuuluvia

6) Sisältää myös henkilökohtaiset lisät



Potilasmaksujen ja EVO-korvausten jälkeenjääneisyys rasittaa jäsenkuntien taloutta

Sairaanhoitopiirit saavat tuloja monilta ta-
hoilta. Suurin ryhmä on jäsenkunnat, jotka
maksavat pääosan potilaiden saamista palve-
luista. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä
jäsenkuntamaksujen osuus kaikista tuloista
on kasvanut jatkuvasti koko 2000-luvun ajan;
vuonna 2000 se oli 71,6 % ja vuonna 2006 jo
77,2 %.

Muilta kuin jäsenkunnilta sekä vakuu-
tusyhtiöiltä ja toisilta sairaanhoitopiireiltä
saatujen tulojen (ns. ulkokuntamyynnin) suhteel-
linen osuus on pysynyt samaan aikaan 5-6 prosen-
tissa kaikista tuloista, vaikka ne euromääräisesti
ovatkin nousseet 75 %.

Valtion maksaman opetukseen ja tutki-
mukseen kohdistuvan erityisvaltionosuuden
(EVO) sekä potilasmaksujen tuotot ovat sen
sijaan pysyneet euromääräisesti samalla tasolla
koko 2000-luvun. Sen seurauksena niiden yhti-
teinen osuus piirin kaikista tuloista on laskenut
seitsemän vuoden aikana 12,7 prosentista 8,0 pro-
senttiin.

Numeroiden valossa jäsenkuntien suhteel-
linen maksurasitus on seitsemän viime vuoden
aikana kasvanut 5,6 prosenttiyksiköllä, se tar-
koittaa vuoden 2006 tilinpäätökseen (457 milj.
euroa) suhteutettuna noin 25 miljoonan euron
"lisäpottia" verrattuna vuoden 2000 tilanteeseen.
Tämä johtuu pääosin EVO- ja potilasmaksu-
tuottojen suhteellisesta laskusta (ks. kuva).

Talousjohtaja **Risto Laalo** pitää epäkohta-
na sitä, että alun perin valtion kustannettavaksi
tarkoitettuja menoja on siirtynyt jäsenkuntien
kustannusvastuulle. Laalon mielestä EVO-kor-
vausten tulisi kattaa noin 10 % yliopistosaira-
alan kokonaismenoista ollakseen oikeudenmu-
kaisella tasolla.

– Potilasmaksuissa sopiva taso voisi olla
noin viisi prosenttia kaikista tuotoista. Mak-
sut pitäisi tarkistaa vuosittain. Maksujen ko-
rotukset olisi toteutettava siten, että ne todella
keventäisivät kuntien menoja. Nyt suunnitel-
lut maksukorotukset on tietävästi tarkoitus
ohjata kokonaan valtion kukkaraan, mikä ei
ole oikein kunnille, jotka kuitenkin vastaavat
palveluiden tuottamisen rahoituksesta, Laalo
toteaa.

Ministeri Risikko: opetuksen EVO-korvaukseen korotus

Peruspalveluministeri **Paula Risikko** to-
teea, että opetuksesta maksettava EVO-
korvaus on viimeisen kahden vuoden ai-
kana noussut yhteensä 7 miljoonalla eurolla,
mutta tutkimuksesta maksettava korvaus ei
ole kasvanut. Valtakunnallisesti EVO-rahoitus
on yhteensä vajaan 140 miljoonaa euroa.

– Opetuksesta maksettavaa erityisvaltion-
osuutta on tällä hallituskaudella tarkoitus nos-
taa vuoteen 2011 mennessä niin, että korvaus

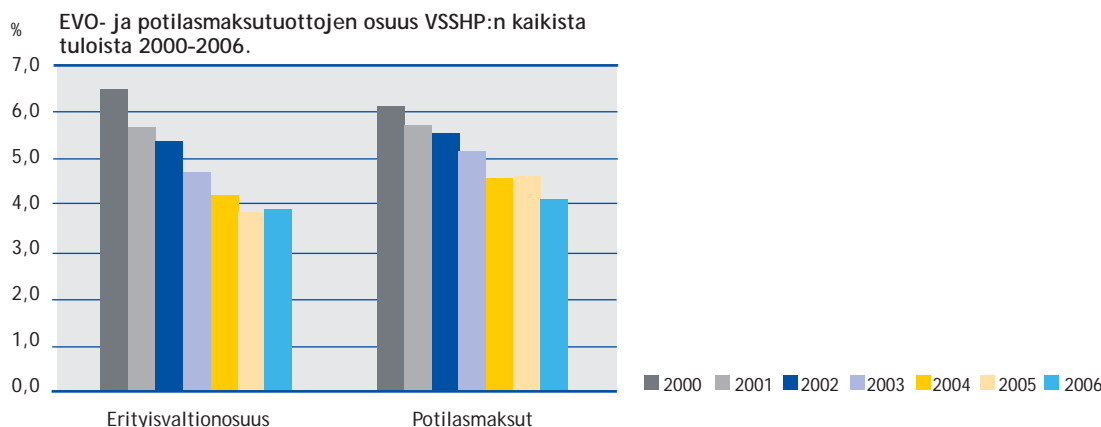


Talousjohtaja Risto Laalo pelkää potilasmaksujen korotuksen ohjautuvan kuntien sijasta valtion hyväksi.



Peruspalveluministeri Paula Risikon mukaan EVO-tutkimusrahaa jaetaan jatkossa yliopistosairaaloille lisäksi myös keskussairaaloille ja terveyskeskuksille.

Jatkuu seuraavalla sivulla... ►





▶ jatkoa edelliseltä sivulta.

kattaa opetuksesta aiheutuneet kustannukset. Opetus EVO kasvaa 20 miljoonalla eurolla, Risikko kertoo.

Tutkimus-EVO:n jakoperusteita STM aikoo Risikon mukaan uudistaa pääsääntöisesti niin, kuin TYKSin ylilääkäri **Risto-Pekka Haposen** johtama työryhmä on keväällä 2006 esittänyt. Merkittävin muutos nykykäytäntöön olisi se, että kaikki tutkimusraha jaettaisiin hakemusten perusteella. Alueiden välisestä jaosta 70 % perustuisi Impact-pisteisiin ja loput jaettaisiin tutkimustyön tuloksellisuuden perusteella. EVO-tutkimusrahoitusta tullaan mahdollistamaan sekä keskussairaaloille että terveyskeskuksille. Myös vaikuttavuustutkimuksesta tulee painopiste.

– Jatkossa rahoitettu hanke maksaa saamastaan rahasta osan sille yksikölle, missä tutkimus ensisijaisesti suoritetaan, infrastruktuurin ylläpitämistä varten. Tällä muutoksella tutkijoiden käytössä olevan rahan määrä kasvaa, Risikko lupaa.

Asiaksmaksuihin korotuksia

Risikko kertoo, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen korottamista pohditaan parhaillaan työryhmässä.

– Hallitusohjelman mukaan asiakasmaksuja korotetaan niin, että vuonna 2009 ne tuottavat 60 miljoonaa euroa enemmän kuin tänä vuonna. Korotusten jakautuminen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä selviää syksyn aikana. Tässä yhteydessä pohditaan myös maksujen sitomista indeksiin sekä nykyisen 590 euron suuruisen maksukaton tasoa. Myös maksukattojen oikeudenmukaisuutta arvioidaan syksyn aikana, Risikko sanoo.

Entä onko odotettavissa, että valtio ottaisi jollain muulla tavoin vastatakseen erikoissairaanhoidon kustannuksista?

– PARAS-hankkeessa on perusteellisen pohdinnan jälkeen päädytty siihen, että valtion kustannettaviksi tulevia erikoissairaanhoidon toimintoja ovat lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvät tutkimukset ja niihin liittyvät oikeuspsykiatriset selvitykset sekä ulkomaalaisten terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset, Risikko vastaa.

Kuntaneuvotteluissa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on käynyt kaikkien 55 jäsenkuntansa kanssa syyskuun aikana neuvotteluja niiden ensi vuonna tarvitsemista erikoissairaanhoidon palveluista.

Koska jäsenkuntia on paljon, kunnat on ryhmitelty niin sanottuihin neuvottelurenkaisiin. Niitä on kahdeksan ja lisäksi Turun kaupungin kanssa on neuvoteltu erikseen.

Sairaanhoitopiirin yhteyspäällikkö **Marko Marsalan** mukaan vuosittain toistuvan neuvottelukierroksen valmisteluun on osallistunut suuri joukko työntekijöitä etenkin taloussuunnittelu- ja kehittämissyksiköistä.

– Neuvottelujen valmistelu on aloitettu jo kevään alussa. Jokaiselta kunnalta on pyydetty etukäteen lausunnot, joista on laadittu yhteenvedot. Kesän aikana kullekin kunnalle on tehty palvelutuotantosuunnitelmat, jotka on elokuussa toimitettu kuntien käyttöön, Marsala kertoo.

Palvelutuotantosuunnitelmat pohjautuvat yhtenäisiin laskentaperusteisiin, joissa otetaan huomioon kalliiden hoitojen tasausmaksut ja erityisvelvoitteista aiheutuvat kustannukset. Kuntien tarvitsemat erikoissairaanhoidon palvelut arvioidaan erikoisaloittain ja sairaaloittain kuntien lausuntojen ja kolmen edellisen vuoden käytön perusteella.

Kuntien kustannukset ensi vuodelle

Palveluissa arvioidaan kuntien tarvitsemat vuodeosastohoidon, päiväkirurgian ja avohoidon palvelut hoitojaksoina, suo-

ritteina ja käyntimäärinä. Näistä laskeaan kuntakohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset ensi vuodelle. Neuvotteluissa yhteisesti vahvistetut tiedot liitetään niin sairaanhoitopiiriin kuin jäsenkuntienkin talousarvioihin.

– Etenkin pienten kuntien kohdalla tuottaa kuitenkin ongelmia se, että keskiarvoihin vaikuttavat pienetkin muutokset. Pari yksittäistä potilasta voi vaikuttaa erittäin paljon. Sen vuoksi ennustettavuus on äärimmäisen vaikeaa. Vuosittaiset muutokset voivat olla suurimmillaan jopa 20 prosenttia ja se tietysti tuntuu ikävästi pienen kunnan budjetissa, sairaanhoitopiirin talousjohtaja **Risto Laalo** myöntää.

Laalo muistuttaa, että sairaanhoitopiirin suunnittelumekanismi on erittäin monimutkainen. Toiminta on moninaista ja palveluita tuotetaan monissa eri yksiköissä. Suunnittelu on aloitettava jo helmikuussa 11 kuukautta etukäteen ja jo maaliskuussa sairaanhoitopiiriin on esiteltävä prosentit ja painopistealueet.

– Sinä aikana maailma saattaa muuttua aika paljon. Meillä ei esimerkiksi ole tiedossamme seuraavaa tuporatkaisua suunnitelmaa tehdessämme, vaikka kustannuksistamme 70 prosenttia on henkilöstökuluja.

– Kuntaneuvottelut ovat meidän kannaltamme tärkeitä, sillä niissä me saamme välitöntä tietoa kunnista. Neuvottelut ovat vuorovaikutustilaisuus, jossa pääsemme kasvokkain keskustelemaan asioista. Siellä voimme esimerkiksi kuulla,



Palvelutuotanto

- 82 000 vuodeasastohoitojaksoa
- 18 000 päiväkirurgista toimenpidettä
- 673 000 avohoitokäyntiä

Kulut

- Toimintakulut 455,2 M€
- Toiminnan kulut 483,0 M€
(johon sisältyvät edellä olevan lisäksi myös poistot ja rahoituskustannukset)
 - Toimintakuluista, henkilöstökulut 296,1 M€
 - materiaalikulut 95,6 M€ (sisältää lääkkeit ja hoitotarvikkeet)
 - palveluostoja 51,6 M€

Tulot

- Jäsenkunnilta kertyvät tulot 381,7 M€
- Myynti ulkokunnille ja vakuutuslaitoksille, tuotot 28,3 M€
- Valtionosuus tutkimuksesta ja opetuksesta, tulot 19,4 M€
- Myyntitulot terveyskeskuksilta ym., tulot 30,1 M€
- Potilasmaksujen tulot 19,7 M€

Investoinnit vuonna 2008

- Investoinnit yhteensä 54,6 M€, josta rakentamiseen menee 42 M€ ja loput laitteiden hankintaan

pohditaan palvelujen tarpeita

onko kunnissa suunnitteilla muutoksia heidän sosiaali-, terveys- tai vanhuuden huollon palveluihin ja esimerkiksi perusterveydenhuoltoon, Laalo kuvailee.

Aineistot nettiin

Neuvotteluissa käytettävä aineisto on nyt

ensimmäistä kertaa saatavissa internetistä (www.vsshp.fi/kuntaneuvottelut). Internetin käytöllä sairaanhoitopiiri pyrkii vähentämään monistus- ja postitustyötä sekä lisäämään tiedotuksen avoimuutta ja kansalaisten mahdollisuuksia perehtyä sairaanhoitopiirin toimintaan ja oman kunnan erikoissaira-

hoidon perusteisiin.

Internetsivuilla olevista asiakirjoista voi lukea esimerkiksi tiivistelmän oman kunnan lausunnosta sairaanhoitopiirille tai saada tietoja kunnan käyttämistä sairaanhoitopalveluista suoritteina ja euroina sekä vastaavat arviot ensi vuoden palvelutarpeista.

Kunnat haluavat tietoa

Kaarinan tuore kaupunginjohtaja **Harri Virta** osallistui ensimmäistä kertaa tänä syksynä kuntaneuvotteluihin. Hänen odotuksensa olivat myönteisiä.

– Kaikki tieto, mitä täältä saadaan on positiivista. Meidän on hyvä kuulla, miten sairaanhoitopiiri on päätenyt sellaiseen suunniteluehdotukseen, jonka se on meille toimittanut.

– Toivon kuitenkin, että tämä ei olisi pelkästään infotilaisuus, vaan voisimme käydä myös aitoja neuvotteluja, ennen kaikkea tietysti rahasta, Virta totesi.

Piikkiön kunnanjohtaja **Jouko Mäkinen** tiesi entuudestaan, mitä kuntaneuvotteluilta odottaa. Hänkin piti tilaisuutta tärkeänä.

– Tämä pakottaa kertaamaan faktat ja täällä saamme hyödyllistä taustatietoa tulevia päätöksiä varten. Hyvää on myös se, että näissä tapaamisissa katsotaan myös vähän taakse päin, jolloin tiedämme, miten sairaanhoitopiiri on tekemäänsä suunnitelmaehdotukseen päätenyt.

– Tämä on tavallaan tällainen jokavuotinen tietojen päivitystilaisuus, jossa katsomme, mihin suuntaan palvelujen käyttö terveyspuolella on menossa, Mäkinen kertoi.



Kaarinan kaupunginjohtaja Harri Virta



Piikkiön kunnanjohtaja Jouko Mäkinen

Hajautetusta koulutuksesta osaavia yleislääkäreitä

Uudessa Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetussuunnitelmassa käytännön opetusta on lisätty merkittävästi ja harjoittelua on hajautettu entistä enemmän Satakuntaan, aluesairaaloihin ja terveyskeskuksiin.

– Lääketieteen opetus on aikaisemmin ollut varsin yliopistosairaala-keskeistä ja perusterveydenhuollon näkemys on jäänyt vähäiseksi. Normaalisissa työssään yleislääkäri joutuu kuitenkin hoitamaan ihan tavallisia potilaita ja meidän keskeinen tavoitteemme on kouluttaa osaavia perusterveydenhuollon lääkäreitä, toteaa lääketieteellisen tiedekunnan opetuskoordinaattori ja kliininen opettaja **Veli-Matti**



Kuva: Raimo Isoaho

Dosentti Antti Hakkiluoto ohjaa lääketieteen kandia kirurgisessa toimenpiteessä.

Leinonen. Todettakoon kuitenkin, että entiseen tapaan kaikissa oppiaineissa edelleen opetetaan kunkin erikoisalan keskeisimmät asiat ja perusterveydenhuollossa tapahtuvassa harjoittelussa näitä oppeja sitten sovelletaan käytäntöön.

Lamavuosina lääketieteelliseen tiedekuntaan otettiin vuosittain vain 75 opiskelijaa. Nyt heitä otetaan 120 sekä lisäksi vuosina 2003–2006 otettiin yhteensä 85 muunkoulutettavaa. Opiskelijamäärien kasvu on tehnyt sen, että harjoittelupaikoista on ollut huutava pula.

– Opetuksen hajauttaminen on vaatinut runsaasti neuvotteluja hajautukseen osallistuvien yksikköjen kanssa. Yleisesti hajautusaja-

tukseen on suhtauduttu varsin positiivisesti. Tärkeää on myös ollut Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin myönteinen suhtautuminen opetuksen hajautukseen käytäessä sitä koskevia sopimusneuvotteluita, kertoo lääketieteellisen tiedekunnan dekaani **Tapani Rönne**maa. Missään muulla Suomen lääketieteellisistä tiedekunnista ei ole opetusta hajautettu näin laajasti ja kattavasti kaikilla kliinisillä lukukausilla eli neljänä viimeisenä vuotena.

Monipuolista harjoittelua

Yleislääketieteen opetusta on hajautettu Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksiin jo vuodesta 1981 asti. Sairaalahar-

joittelun pilottijakso Satakunnassa vietiin läpi vuonna 1990 kirurgiassa ja tämän jälkeen hajautettua opetusta on harjoitettu useissa oppiaineissa.

– Opiskelijat saavat monipuolisempaa harjoitusta työskennellessään sekä erikoissairaanhoidossa tarjoavassa TYKSissä että aluesairaaloissa. He tutustuvat näin erilaisiin toimintaympäristöihin, olosuhteisiin ja mahdollisuuksiin sekä sairaalahallintoon, toteaa Veli-Matti

Leinonen.

– Koko terveydenhuollon järjestelmä ja hoitoketjut tulevat tutummiksi, kun harjoittelua voi suorittaa erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä, tarkentaa lääketieteen muunkoulutuksen projektijohtaja **Anna-Liisa Koivisto**.

Opiskelijoiden harjoittelujaksot hajautetussa opetuksessa kestävät yhdestä viikosta neljään viikkoon.

– Hajauttaminen mahdollistaa myös pienemmät ryhmäkoot ja näin ollen yksilöllisemmän opetuksen ja mahdollisuuden osallistua käytännön työhön, Anna-Liisa Koivisto jatkaa.

Porissa upeat tilat

Satakunnan keskussairaalaan Poriin on valmistunut erittäin korkealuokkaiset tilat harjoittelua varten: uudisrakennuksessa on ryhmätyötiloja ja luentosali sekä osastojen yhteydessä ryhmätyötiloja.

– Porilaiset ovat investoineet voimakkaasti asianmukaisten opetustilojen rakentamiseen. He rakensivat tilat valmiiksi, ennen kuin varsinainen hajautettu opetus käynnistyi, kertoo Veli-Matti Leinonen.

Tällä hetkellä kaikki opiskelijat pääsevät jossain vaiheessa harjoittelemaan myös Satakunnan keskussairaalaan. Esimerkiksi viime keväänä Satakunnan keskussairaalassa järjestettiin 2681 koulutuspäivää.

Hajauttaminen on tuonut mukanaan myös monia käytännön järjestelyjä majoituksesta ruokailuihin ja matkustusohjeisiin. Alkukankeuksien jälkeen nekin on saatu toimimaan.

– Opiskelijoilta saatu palaute on ollut valtaosin positiivista. Pori on ansainnut lisäkiitoksen korkealaatuisten opetustilojen ja välineiden tarjoamisesta. Opiskelijat ovat olleet tyytyväisiä väljiin tiloihin ja siihen, että heillä on ollut enemmän omia potilaskontakteja, kertoo Anna-Liisa Koivisto.

Rekrytointi helpottuu

Uutta opetusmallia valmistelleet uskovat, että lääkierien rekrytointi keskus- ja aluesai-

raaloihin sekä terveyskeskuksiin helpottuu hajautetun opetusmallin myötä.

– On helpompi lähteä myöhemmin kesätöihin tai varsinaiseen työhön sairaalaan tai terveyskeskukseen, joka on jo entuudestaan tuttu, toteaa Veli-Matti Leinonen.

Muuntokoulutus loppuu vuoden 2011 lopussa, mutta hajautettua opetusta on tarkoitus jatkaa jossain määrin myös tämän jälkeen.

– Jatkamme hajautettua opetusta mahdollisuuksien mukaan. Jos sisään otettujen opiskelijoiden määrä pysyy vuosittain 120:ssä, hajautukselle on olemassa hyvät perusteet. Toivomme vain, että taloudelliset edellytykset tähän säilyvät, toteaa Tapani Rönnemaa.

Portti avautui

Kliinisten taitojen oppimiskeskus Portti avasi ovensa elokuussa. Portissa lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat voivat harjoitella asianmukaisissa tiloissa kliinisiä taitojaan. Tilasta löytyy paljon

opetuskäyttöön tarkoitettua välineistöä, muun muassa mallinukkeja. Uusi Portti löytyy vanhan portinvartijan talon vierestä, TYKSin rakennuksesta numero 12.



Johannes Dunkel antaa maskiventiloitinta mallinukelle ja oikeaa paineluvytyksen tekniikkaa harjoittelee puolestaan Anni Kankaanpää, joka on asettelemassa käsiään mallinuken päälle. Lavastetun tilanteen taustalla sisätautien opetushoitaja Tiia Jonsson.



Lääketieteen opiskelija Taru Alho harjoittelee pistoksen antamista Jenni Aromaalle.



Koonnut: Esa Halsinaho

KOOTUT

Kesä hidasti hoitoon pääsyä

Hoitopääsyaajat pitenevät hieman kesän aikana ja sen seurauksena kasvattivat hoitoon pääsyä odottavien potilaiden määrää. Keskimääräinen odotusaika käväisi heinäkuussa kolmessa kuukaudessa, kun se vuoden alussa oli 2,4 kuukautta.

Vaikka odotusajan keskiarvo laskikin 2,5 kuukauteen syyskuun alussa, ehti hoitoon pääsyä odottavien potilaiden määrä nousta syyskuun alkuun mennessä noin 7 500:aan, kun heitä kesäkuun alussa oli 7 100. Pääosa noususta johtui yli kuusi kuukautta odottaneiden lisääntymisestä.

TYKSin operatiivisen tulosryhmän johtaja **Timo Ali-Melkilän** mukaan hoitopääsyaikojen piteneeseen vaikuttivat osaltaan Loimaan aluesairaalan ja TYKSin Kirurgisensairaalaan viiden viikon kesä-sulkemiset sekä TYKSin Vakka-Suomen sairaalan toiminnan supistukset. TYKSin Kantasairaalassakin painotettiin kesällä enemmän päivystystyyppisiin kuin ennalta sovittuihin leikkauksiin.

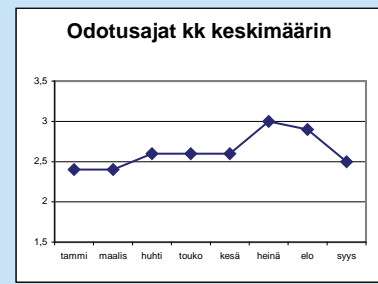
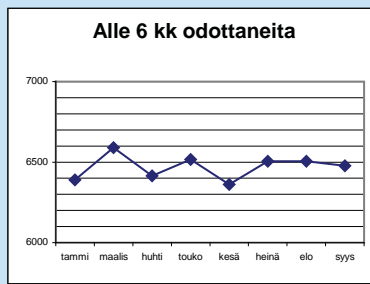
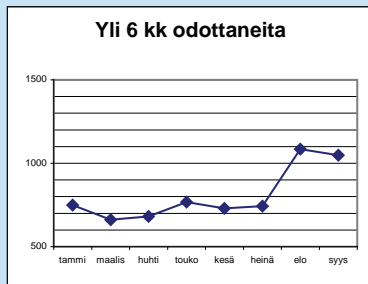
Pitkään odottaneiden määrät ovat lisääntyneet etenkin kaihileikkauksissa, joissa alkuvuoden lähes nollassa on noustu jo

280:een yli 6 kk odottaneeseen potilaaseen. Pääsyyinä on nopeasti kasvanut leikkausten kysyntä. Ruuhkaa ryhdytään syksyllä purkamaan sairaaloiden omina lisätöinä sekä ostamalla 200 leikkausta yksityissektorilta.

Plastiikkakirurgiassa on ollut pitkään noin 200 yli 6 kk leikkausta odottanutta potilasta. Alan yleisen kirurgipulan takia ongelmaan ei ole näkyvissä nopeaa ratkaisua. Sen sijaan TYKSin käsikirurgipulan aiheuttamaa ruuhkaa puretaan lähettämällä potilaita leikkaukseen yksityisklinikalle Tampereelle.

Internet: www.vssh.fi/toimintatilastot

Hoitopääsyä odottaneiden määrä kuukausittain *)



*) Yhteenlaskettu tilanne VSSHP:n sairaaloissa kunkin kk:n alussa. Mukana vain sairaalasta johtuvasta syystä odottavat potilaat.

Jäsenkuntien erikoissairaanhoidosta tiedot internetissä

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on julkaissut viime toukokuusta alkaen internetissä kuukausittaisia kuntaraportteja, joissa raportoidaan jäsenkuntien erikoissairaanhoidon käyttöä. Raporteista käyvät ilmi sekä toiminnalliset että taloudelliset luvut. Lisäksi raportoidaan kunnittain läheteet erikoisalolen, lähettäjäin sekä sairaanhoitopiiriin sisäisten läheteiden mukaan jaoteltuina.

Kuntaraportit ovat osoitteessa www.vssh.fi/fi/kuntaraportit.

Lisäksi sairaanhoitopiiri on koonnut internettiin mittavan tietopakettin jäsenkuntien vuotuisista erikoissairaanhoidon kustannuksista ja suoritteista sekä eräistä niihin liittyvistä taustatekijöistä. Aineisto on toiminut syyskuussa käytyjen jäsenkuntaneuvottelujen tukena, mutta se on myös kaikkien muiden aiheesta kiinnostuneiden käytettävissä.

Näin laaja aineisto on julkaistu nyt ensimmäistä kertaa internetissä. Se löytyy osoitteesta www.vssh.fi/kuntaneuvottelut. Asiakirjoista voi lukea esimerkiksi tiivistelmän oman kunnan lausunnosta sairaanhoitopiirille tai saada tietoja kunnan käyttämistä sairaanhoitopalveluista suoritteina ja euroina sekä lukea vastaavat arvot ensi vuoden palvelutarpeista.

Internetin käytöllä sairaanhoitopiiri pyrkii osaltaan vähentämään monistus- ja postitustyötä sekä lisäämään tiedotuksen avoimuutta ja kansalaisten mahdollisuuksia perehtyä sairaanhoitopiiriin toimintaan ja oman kunnan erikoissairaanhoidon perusteisiin.

