

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

VUOSIKATSAUS 2007



Vuosikatsaus 2007 toimitustiedot

Julkaisija: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Toimitus: Esa Halsinaho. Käännökset: Rea Telenius

Ulkoasu: Mainostoimisto SST Oy

Kuvat: Kirjoittajat, Mainostoimisto SST Oy

Painopaikka: Eura Print Oy, 2008

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisu, sarja D nro 21, 2008.

ISSN 1796-1343

VUOSIKATSAUS 2007

Lukijalle

Olemme julkaisseet Vuosikatsauksia vuodesta 2003 alkaen, joten tämä on sarjassaan viides julkaisu. Vuosikatsausten tarkoituksena on kertoa yhteismitallisten, asiantuntijoidemme kirjoittamien artikkelien avulla sairaaloidemme ja muiden toimintayksiköidemme toiminnasta. Osa artikkeleista on tavalla tai toisella ajankohtaisia juuri katsauksen julkaisuvuonna, osa on ajallisesti laajakantoisempia. Olemme valinneet aiheita sekä varsinaisen erikoissairaanhoidon että siihen liittyvien tukipalvelujen piiristä.

Toivon, että Vuosikatsauksen artikkelit osaltaan auttavat meille tärkeiden sidosryhmiemme edustajia paremmin ymmärtämään nykyaikaisen erikoissairaanhoidon toimintaa.

Kuhunkin vuoteen liittyvät viralliset toiminta- ja taloustiedot julkaisemme täydellisinä kuntayhtymän valtuuston vahvistamassa Tilinpäätös- ja toimintakertomusjulkaisussa. Tiiviimpänä versiona viralliset vuotustiedot voi lukea painetusta Vuosikertomuksesta.

Kaikki vuotuiset julkaisumme on saatavissa myös sähköisinä versioina internetsivulla www.vsshp.fi/julkaisut.

Hyviä lukuhetkiä!

Esa Halsinaho, viestintäpäällikkö

ÅRSÖVERSIKT 2007

Till läsaren

Årsöversikten har kommit ut från och med år 2003, det här är alltså den femte publikationen i serien. Avsikten med årsöversikterna är att med hjälp av de jämförbara artiklarna, som skrivits av våra experter, berätta om verksamheten på våra sjukhus och andra verksamheter. En del av artiklarna är på ett eller annat sätt aktuella just det år då översikten ges ut, andra omspannar en större tidsperiod. Vi har valt ut teman som gäller både den egentliga specialiserade sjukvården och de stödfunktioner som ansluter sig till den.

Jag hoppas att artiklarna i Årsöversikten för sin del skall hjälpa representanterna för de för oss så viktiga intressentgrupperna att bättre förstå den verksamhet som sker inom den specialiserade sjukvården.

De officiella uppgifterna om verksamheten och ekonomin som hänför sig till respektive år publiceras fullständiga i den av samkommunens fullmäktige fastställda publikationen Bokslut och verksamhetsberättelse. En koncentrerad version av de officiella årliga uppgifterna finns i den tryckta Årsberättelsen.

Alla våra årliga publikationer finns tillgängliga också i elektronisk version på internetsidan www.vsshp.fi/julkaisut.

Trevliga lässtunder!

Esa Halsinaho, informationschef

SISÄLLYS

Johdanto	3
Aivoverenkiertohäiriöiden yleistymisen haastaa neurologisen päivystystoiminnan	4
Suunnitelmallinen hengitystukihoito on potilaan parhaaksi	6
PET-TT syöpädiagnostiikassa	8
Sädeauditointi varmistaa kuvantamistutkimusten turvallisuuden ja laadukkuuden	10
Lapsia koeputkista – 25 vuotta koeputkihedelmöityshoitoja TYKSin naistenlinikalla	12
Sairaalainfektioiden torjunta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä	14
Lääkehuollon toiminta piirin laajuisena taseyksikkönä	16
Rintakehän tähytysmenetelmällä tehtävät eteisvärinäleikkaukset	18
Aluetietopalvelun avulla kohti kansallisen arkiston toimintamalleja	20
Lastenpsykiatriaa kotisairaalassa	22
Apuvälinekeskuksen toiminta piirin laajuisena yksikkönä	24
Leiko-toiminta Loimaan aluesairaalassa	26
Uniapnean hoito kannattaa	28
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri / Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt	30

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖIDEN YLEISTYMINEN HAASTAA NEUROLOGISEN PÄIVYSTYSTOIMINNAN

TYKSin ensiapupoliklinikalla toimii VSSHP:n ainoa neurologinen päivystyspoliklinikka. Vuosittain se hoitaa yli 5.000 päivystyspotilasta, ja käyntimäärä kasvaa tasaisesti noin viiden prosentin vuosivauhtia.



Neurologia on muuttumassa entistä akuuttimmaksi ja ”etulinjapainotteisemmaksi”, sillä yli 95 % neurologian klinikan potilasta otetaan hoitoon päivystyksenä. Päivystyspoliklinikalla on noin kahdeksan vuodepaikkaa ensisijaisesti neurologisten potilaiden hoitoon. Virka-aikana siellä työskentelee yksi erikoistuva lääkäri, joka konsultoi tarvittaessa neurologian klinikan erikoislääkäreitä. Päivystysaikana paikalla on yksi erikoistuva lääkäri ja klo 15-20 myös toinen päivystäjä, yleensä kokenempi erikoistuva lääkäri tai erikoislääkäri. Ruuhkaisimpina päivinä päivystykseen tulee usein yli 30 neurologista potilasta.

Tärkeimmät potilasryhmät

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) aiheuttivat vuonna 2006 noin 2.000 käyntiä, 40 % kaikista neurologisista päivystyskäynneistä. Määrä ylittänee 3.000 käyntiä vuoteen 2011 mennessä, jolloin akuuttihoito siirtyy T2-sairaalaan. Potilasta oli työikäisiä lähes kolmannes, vaikka keski-ikä olikin noin 70 vuotta.

Toistuvat epileptiset kohtaukset, erityisesti epileptinen sarjakohtaus eli status

epilepticus, tuntemattomasta syystä johtuva tajuttomuus sekä akuutit keskushermostointiefektit ovat muita hätätilanteita, jotka edellyttävät neurologista päivystysdiagnoosiikkaa ja hoitoa. Pelkkä päänsärky, huimaus tai puuttuminen ainoana oireena ei yleensä edellytä neurologista päivystysarviota. Migreeni, huimaus ja yleistilan laskuun liittyvät tasapaino- ja kävelyvaikeudet kuuluvat ensisijaisesti yleislääkärin hoitoon.

Aivoinfarktin akuuttihoitoketju

Akuutin AVH:n hoitoketju alkaa aina soittoa hätäkeskukseen. Soitto johonkin muualle huonontaa oleellisesti ennustetta, kiireellinen ambulanssikuljetus akuuttisairaalan päivystyspoliklinikkaan puolestaan parantaa sitä. Ensihoidossa ennen sairaalaa varmistetaan peruselintoiminnot ja hoidetaan oireita. Parantava hoito voidaan aloittaa vasta päivystyspoliklinikalla.

Rajalliset akuuttihoitoresurssit on kohdistettava potilaisiin, joilla on edellytykset niistä hyötyä, unohtamatta iäkkäitäkään kansalaisia, jotka uusimpien tutkimusten mukaan hyötyvät tehokkaasta akuuttihoitosta siinä missä nuoremmatkin. Tämä ei kuitenkaan koske potilaita, jotka ovat ennen sairastumistaan menettäneet oma toimimisen toimintakykynsä. Heidän oikea hoitopaikkansa on perusterveydenhuollossa.

Päivystyspoliklinikalla varmistetaan ja täsmennetään diagnoosi vaurioituneen

aivokudoksen ja aivovaltimoiden osalta käyttämällä sekä kliinistä tutkimusta että pään tietokonetutkimusta. Liuotushoitoa voidaan käyttää ilman lisätutkimuksia kolmen tunnin kuluessa oireiden alusta, mutta kolmen tunnin jälkeen on lisäksi osoitettava, että pelastettavissa olevaa aivokudosta on vielä jäljellä. Tämä tehdään perfuusio-tietokonetomografialla, jolla voidaan osoittaa alentunut verenkierto vielä infarktoitumattomalla aivoalueella.

Riittävän ventilaation, hapetuksen ja hemodynaamiikan varmistaminen on keskeistä potilaan hoidossa. Lisäksi optimoimalla potilaan lämpötila, verensokeri, verenpaine sekä nestetasapaino on teoriassa mahdollista rajoittaa syntyvän infarktin kokoa. Korrelaatio näiden tekijöiden sekä aivoinfarktin koon ja potilaan ennusteen välillä on selvä, mutta näyttö hoidon vaikutuksesta ennusteeseen vielä puuttuu.

Nykyiset käypähoitosuosituksenkin kirjatut hoitoperiaatteet tähtäävät aivoinfarktin komplikaatioiden riskin pienentämiseen, mukaan luettuna uusiutumisen riskin vähentäminen ja kallonsisäisen paineen koohamisen ehkäisy.

Aivoinfarktin liuotushoito

AVH-koodin ja ennakkoilmoituksen käyttöönotto ensihoidossa on tehostanut liuotushoidosta mahdollisesti hyötyvien potilaiden tunnistamista ja nopeuttanut hoitoon pääsyä. Helsingin yliopistollisessa keskussairaalaossa onnistuttiin automaattisten rutiinien käyttöönotolla lyhentämään sairaalan sisäistä viivettä, eli aikaa sairaalaan saapumisesta liuotushoidon aloitukseen, noin puolella tunnilla muutamassa vuodessa. Samalla kuoleman tai huonosti toipu-



misen riski on vähentynyt ja oireettomaksi toipumisen todennäköisyys kasvanut.

Hoitoketjussa vieläkin tehostamista

Suomi on aivoinfarktin liuotushoidossa edelläkävijämaa. Myös TYKS on osallistunut kansainvälisen aivoinfarktin liuotushoitorekisteriin, jonka tulokset julkaistiin arvovaltaisessa Lancet-lehdessä keväällä 2007. Sen mukaan liuotushoito voidaan toteuttaa käytännössä vielä tehokkaammin ja turvallisemmin kuin satunnaistetuissa kaksoissokkotutkimuksissa, joiden tulosten perusteella hoito rekisteröitiin kolmen tunnin kuluessa aivoinfarktin alkuaireista.

TYKSin päivystyspoliklinikalla liuotushoidon saa vuosittain lähes 50 aivoinfarktipotilasta, eli alle 10 % kaikista aivoinfarktipotilaista. Optimitalanteessa noin 20 % aivoinfarktipotilaista voidaan hoitaa liuotushoidolla. Tämä edellyttää ennen kaikkea väestön parempaa tietoisuutta hätänumeroon 112 soiton tärkeydestä.

Mikäli liuotushoito toteutetaan alle 90 minuutin kuluessa infarktin alkuaireista ja kaikkein vaikeimmat tapaukset jätetään liuotushoidon ulkopuolelle, toipuu suurin osa potilaista täysin ja akuuttivaiheen kuoleman riski on enintään muutama prosentti luokkaa. Tämän tiedon va-

lossa hoitoketjussa on vielä tehostamisen varaa niin sairaalan ulkopuolella kuin sairaalassakin.

Mitä tulevaisuudessa?

Vuonna 2011 avattava T-sairaalan uusi päivystyspoliklinikka on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen päivystys, joka tarjoaa ennennäkemättömät mahdollisuudet korkeatasoiselle akuuttihoitole ympäristössä, jossa sisäisten viiveiden osuus on minimoitu. Päivystyspoliklinikavaihetta seuraa hoito AVH-yksikön 12-paikkaisella valvontaosastolla, joka sijaitsee päivystyspoliklinikan yläpuolella samassa rakennuksessa.

Toiminnan alkaessa akuutteja AVH-potilaita oletetaan olevan huomattavasti nykyistä enemmän väestön ikärakenteen nopeasta muutoksesta johtuen. Liuotushoidosta hyötyvien potilaiden on ohjaututtava alusta lähtien oikein ja myös jatkohoidon ja kuntoutuksen tulee toimia, jotta hyvät hoitotulokset ovat mahdollisia. Avainasemassa on kokeneen sairaanhoitajan suorittama ”triage” eli lajittelu, josta muodostuu eräs toimivan päivystyspoliklinikan tärkeimmistä tehtävistä.

Sairaalan ulko-oven välittömään läheisyyteen tulee aivojen kuvantamiseen tar-

vittava TT-laitteisto. Päätös kuvantamisesta ja laboratoriotutkimuksista tarvittavine lähetteineen voidaan selvissä tapauksissa tehdä jo ennen potilaan saapumista sairaalaan, ennakoilmoituksen perusteella. Tällä tavoin voidaan minimoida liuotushoidon tai muiden vastaavien toimenpiteiden aloittamiseen sairaalassa kuluva viive.

Amerikkalaisen mallin mukaisesti suomensäisten hoitojen oletetaan lisääntyvän erityisesti liuotushoitoon reagoimattomissa tapauksissa. Vaikka kallonulkoisella ultraäänellä voidaan tehostaa valtimotukoksen avautumista, ei näyttö tämän menetelmän tehosta ja turvallisuudesta ole riittänyt tekemään siitä vakiintunutta käypää hoitoa. Myöskään kehon tai aivojen viilennyshoito eli hypotermia ei vielä ole käypää hoitoa akuuteissa aivoverenkiertohäiriöissä, kuten se on sydänpysähdyksessä, mutta saattaa hyvin kuulua lähitulevaisuuden hoitomuotoihin jopa sairaalan ulkopuolella aloitettuna.

Uuden päivystyspoliklinikan tilojen, toiminnan ja henkilöstömäärien suunnittelussa on otettava huomioon myös tulevaisuuden hoitomuotojen vaatimukset, sekä diagnoosien jakautumassa ja potilasmäärissä odotettavissa olevat muutokset.

SUUNNITELMALLINEN HENGITYSTUKIHOITO ON POTILAAN PARHAAKSI

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hengitystukiyksikkö koordinoi ja yhdenmukaistaa keskitetysti hengityshalvaus- ja neurologisten hengitysvajepotilaiden hoitoa koko piirin alueella. Potilaat ovat sekä aikuisia että lapsia.

Toiminnan tavoitteena on, että nämä potilaat saavat lakien ja asetusten edellyttämän hoidon, joka on myös linjassa muiden sairaanhoitopiirien antaman hoidon kanssa. Lisäksi tavoitteena on, että hoito on järjestetty hyvin, tasa-arvoisesti, turvallisesti, taloudellisesti ja ennen kaikkea koordinoitusti. Yksikkö on hallinnollisesti osa TYKSiin anesthesiologian, tehohoidon, ensihoidon ja kivunhoidon klinikkaa.

Hengityshalvauspotilaan hoito järjestetään potilaan mielipidettä kuunnellen. Hoito toteutetaan pääsääntöisesti kotihoidossa potilaan kotikunnassa. Jos hoitoa ei voida järjestää kotiolosuhteissa, se tehdään terveyskeskuksessa tai kodinomaisissa olosuhteissa muussa hoitolaitoksessa.

Hengityshalvauspotilaan statuksella oli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä kesäkuussa 2007 yhteensä 11 potilasta. Heistä oli kotihoidossa 6, sairaalan osastolla 2 sekä kodinomaisissa olosuhteissa palvelu-

talossa tai aluesairaalan asuntolassa 3.

Hengityshalvauspäätös arvioidaan kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti lähtökohtana perustauti ja sen etenemisnopeus, hengitystukihoidon tarve ja potilaan oma tahto. Hengityshalvauspäätös perustuu VSSHP:n hengityshalvauspotilaan määritelmään, jonka mukaan ”hengityslaitteiden tarve on ympärivuorokautista tai lähes ympärivuorokautista”. Tämä mahdollistaa hoidon suunnitelmallisen aloittamisen jo siinä vaiheessa, kun etenevä neurologinen sairaus on muuttunut hengityksen kannalta kriittiseksi. Tämä on sekin potilaan että hoidon järjestäjän kannalta järkevää; näin pyritään välttämään hoidon kriisi- ja paniikkialoitukset.

Hengitysvaje- ja hengityshalvauspotilaiden hoitoon perehtynyt moniammatillinen asiantuntijaverkosto eli VENHO-verkosto (VENtilaatioHOito) ja hengitystukiyksikkö osallistuvat vahvasti hengitys-

vajepotilaan hoidon suunnitteluun ja koordinointiin ennen hengityshalvauspäätöstä. Hengityshalvauspäätöksen tekee kyseisen erikoisalan ylilääkäri kuultuaan VENHO-verkoston asiantuntijoiden mielipiteitä.

Hengityshalvauspäätöksen jälkeen hallinnollinen ja käytännön järjestelyvastuu siirtyy hoidon porrastuksen mukaan osavastuualueiden sairaaloihin, mahdollisuuksien mukaan kotikunnan terveyskeskukseen ohjausvastuun säilyessä VENHO-verkostolla ja hengitystukiyksiköllä. Ventilaatiohoidon päivittäisvastuu on osavastuualueiden anestesialääkäreillä.

Kohta neljän vuoden toiminta on tuottanut potilaillemme mielestämme parempaa hoitoa kustannustehokkaasti.

Yhden hengityshalvauspotilaan vuotuiset hoitokustannukset ovat suunnilleen 250 000 euroa. Ennakoimattomien hengityshalvauspotilaiden määrä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on suunnitelma-





lisen kokonaisuhoiton myötä vähentynyt (2004 tammikuussa oli hoidossa yhteensä 14 potilasta, 2007 kesäkuussa 11), kun näiden potilaiden määrä valtakunnallisesti koko ajan lisääntyy (Suomessa yhteensä 137 potilasta vuonna 2006). Kerran aloitetusta pysyvästä hengityslaittehoitosta luopuminen potilaan omasta tahdosta on Suomessa erittäin vaikeata, ellei lähes mahdotonta, kun eutanasia on kielletty.

Lainsäädäntö on tällä hetkellä epämääräistä. Hengityshalvauspotilaan määrittely on epäselvä ja se tulisi mielestämme valtakunnallisesti täsmentää yhtenäiseksi ja yksiselitteiseksi – etenkin raja hengitysvajeen (vammaispalvelulain mukainen hoito ja etuudet) ja hengityshalvauksen (asiakasmaksulain 734/1992 mukainen järjestely sisään kirjoitettuna sairaalaan hoitopaikasta riippumatta) välillä.

On ilmennyt, että hengityshalvausstatuksella olevien potilaiden lisäksi on vä-

hintään seitsenkertainen määrä kliinisesti hyvin lähellä tätä tilannetta olevia hengitysvajeapotilaita (sekä lapsia että aikuisia). Nämä ihmiset on otettu mahdollisuksiemme mukaan intensiiviseen ja aikaa vievään, klinikkarajat ylittävään seurantaan, jotta potilaan oma tahto voidaan saada objektiivisesti selville ja sitä sen jälkeen luotettavasti noudattaa. Samalla myös vältetään respiraattorihoiton pänniikkialoitukset akuuttien infektioiden yhteydessä. Tämä tarkoittaa myös inhimillisten kärsimysten välttämistä sekä kustannustehokkuutta. Yksikön kannalta tämä on hankalaa, sillä henkilökunta on resursoitu tällä hetkellä vain hengityshalvauspotilaiden hoitoon.

Järkevä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoidon porrastuksen mukainen päivittäishoidon järjestely on ongelmallista ja aikaa vievää muun muassa lääkärin suuren vaihtuvuuden takia. Tämä

vaarantaa myös hoitoketjujen jatkuvuutta.

Erikoissairaanhoidon sijoitetun valvontatason ventilaatioyksikön puute on selvä ongelma. Sellaista tarvittaisiin valvontatason sairaalahoitotilanteissa (infektiot, hoidon aloitukset, hoidon säätäminen, saattohoitojen toteuttaminen jne.), jottei kuormitettaisi teho-osastoa.

Hoidon järjestäminen potilaan kotona on haasteellista. Esimerkiksi vastuun rajat muuttuvat epäselviksi potilaan ollessa kuitenkin sairaalan kirjoilla. Kotirauha ja kodin yksityisyys ovat myös herkkiä asioita. Paikka, joka on toiselle koti, on toiselle työpaikka, jonne työnantajan on myös järjestettävä työntekijän kannalta lakisääteiset oikeudet ja velvoitteet. Yksikköme tärkeänä tavoitteena on kaikkien näiden asioiden yhteensovittaminen ja ennen kaikkea potilaan hyvän kokonaisvaltaisen hoidon järjestäminen.



PET-TT SYÖPÄDIAGNOSTIIKASSA

Positroniemissiotomografiatutkimuksia (PET) on tehty jo yli 30 vuoden ajan. Ensimmäiset PET-kameran ja tietokonetomografian (TT) yhdistelmälaitteet tulivat käyttöön kuitenkin vasta vuonna 1998. Jo tässä vaiheessa PET oli saanut vahvan aseman syövän kuvantamisessa. Yhdistelmälaitteiden viimeisten viiden vuoden aikana on PET-TT-tutkimus syöpäpotilaiden kuvantamisessa tehnyt läpimurron ympäri maailman. Tällä hetkellä maailmalla on jo asennettu noin tuhat yhdistelmäkameraa.

Suomen ensimmäinen PET-TT-kamera saatiin Turun PET-keskukseen vuonna 2005. Sittemmin PET-TT-kameroita on saatu kliiniseen käyttöön myös Helsinkiin ja Tampereelle. Koska laitteessa on sekä PET-kamera että röntgen-TT, voidaan PET-tutkimusten yhteydessä tehdä myös diagnostisia varjoainetehosteisia TT-kuvauksia. Syöpäpotilaiden kuvantamisen lisäksi PET-TT-laitteella on tutkittu sydänsairauksia, aivojen sairauksia ja etsitty tulehduksia.

Miksi PET-TT -kuvaus on hyödyllinen potilaalle?

Syöpää sairastavan potilaan kuvantaminen yhdistelmälaiteella tuo esille molempien menetelmien vahvuudet: TT-tutkimus antaa hyvin tarkkaa tietoa anatomias- ta ja PET paljastaa syöpäkudoksen. Syöpäkudos jää usein pelkässä TT-tutkimuksessa huomaamatta tai niiden määrittely on epävarmaa tai ongelmallista, kuten suoliston alueen pienten kasvainten tai pienten

alle 10 mm kokoisten imusolmuke-etäpesäkkeiden löytäminen tai sädehoidon aiheuttaman arkipudoksen erottaminen jäljellä olevasta syöpäkudoksesta. Toisaalta, kun PET-tutkimuksen yhteydessä tehdään TT, voidaan kasvain tarkemmin ja luotettavammin paikantaa.

PET-TT on parantanut merkittävästi monien syöpäpotilaiden taudin levinneisyyden ja uusiutumisen kuvantamisen diagnostista tarkkuutta. Myös vastetta annetuille hoidoille voidaan seurata luotettavammin. Potilaiden hoitoonohjaus tarkentuu, jolloin esimerkiksi laajalle levinneet ruokatorvi- ja keuhkosityöpäpotilaat välttyvät turhilta leikkauksilta ja osa potilaista voidaan hoitaa aktiivisemmin.

Milloin PET-TT-tutkimus kannattaa pyytää?

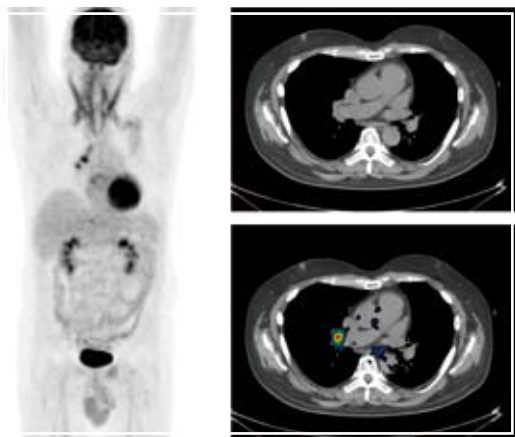
PET-TT-tutkimusta kannattaa pyytää potilaalle silloin, kun mahdollinen löydös muuttaisi olennaisesti potilaan hoitoa.

PET-tutkimus ei siis ole tavallisesti ensimmäinen kuvaus syöpää etsittäessä, vaan sen avulla ohjataan syövän hoitoa.

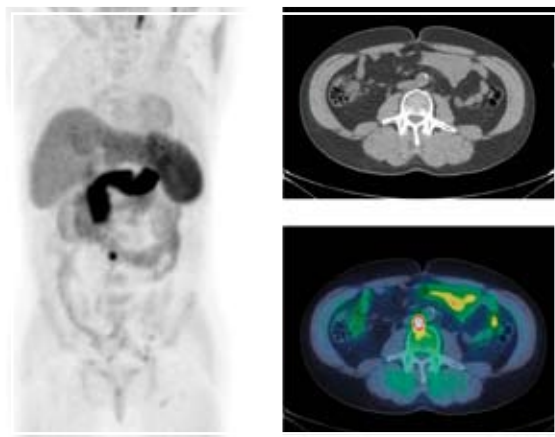
Syöpäpotilaiden kuvauksissa käytetyin yleismerkkiaine on FDG (fluorideoksiglukoosi). Ennen tutkimukseen lähettämistä on tärkeätä arvioida, onko tutkittavan syöpäkasvaimen tyyppi sopiva tähän peruskuvaukseen.

Tavallisimpia syöpäkasvaimia, joita kannattaa kuvata PET-TT-menettämällä, ovat imusolmuke-syöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä, keuhkosityöpä, ruokatorven syöpä, korkean riskin melanoomat, pään ja kaulan alueen syöpä, rintasyöpä, kilpirauhasen syöpä sekä kohdun kaulan ja munasarjojen syöpä. Tavallisimmat kysymyksenasettelut näissä taudeissa koskevat levinneisyys selvityksiä, taudin uusiutumisen toteamista tai hoitovasteen arviointia, jotka painottuvat eri tavoin syöpätyypin mukaan.

Näissä tavallisimmin PET-tutkimuksessa hyvin näkyvissä syövyissä on myös



Kuva 1. Potilaalla on todettu adenokarsinoman etäpesäke aivoissa ja kattavista tutkimuksista huolimatta alkuperäisen kasvaimen sijainti on tuntematon. ¹⁸F-FDG PET-TT-tutkimuksessa löytyy pieni kasvain oikeasta keuhkosta ja sen vieressä on myös havaittavissa imusolmuke-etäpesäke.



Kuva 2. Potilaalta on löytänyt aikaisemmin eturauhasen syöpä. Nyt seurannassa PSA on nousussa (3 mikrogrammaa) eikä uusiutumista ole muilla kuvaustekniikoilla löydetty. Ylävatsalla ja vasemmassa soliskupuossa on todettavissa taudin uusiutuminen Asetaatti PET-TT-tutkimuksessa.



sellaisia hitaasti kasvavia histologisia muotoja, jotka eivät välttämättä tule voimakkaasti esiin kuvauksessa. Esimerkiksi FDG ei juurikaan toimi eturauhasen syövässä. Muita vastaavia kasvaimia ovat myös monet neuroendokriiniset kasvaimet ja maksakasvaimet, paitsi niiden huonosti erilaistuneet muodot. Näitä kasvaimia voidaan kuitenkin kuvata muilla merkkiaineilla kuin FDG:llä.

Usein FDG PET-TT-tutkimus tehdään myös silloin, kun kliinisesti on vahva epäily taudin uusiutumisesta tai primaarikasvaimen sijainti on tuntematon (kuva 1) ja muilla kuvantamistutkimuksilla ei ole päästy diagnoosiin.

PET-TT-tutkimuksen rajoitteet

PET-TT-tutkimuksen selkeä rajoite on se, että tälläkään menetelmällä ei pystytä toteamaan aivan pieniä mikroetäpesäkkeitä. Tavallisesti muutoksen tulee olla vähintään muutaman millimetrin kokoinen, jotta se voitaisiin havaita.

Lisäksi FDG voi kertyä myös tulehduksiin ja siten aiheuttaa vääriä positiivisia tulkintoja. Tämä aiheuttaa myös rajoitteita tutkimuksen käytölle välittömästi sädehoidon ja kirurgisten toimenpiteiden jälkeen. FDG PET-TT-tutkimus on suositel-

tavaa tehdä vasta kuusi viikkoa kirurgisten toimenpiteiden ja kahdeksan viikkoa sädehoidon jälkeen. Hoitovastearviot on suositeltavaa määrittää vähintään kuusi viikkoa annettujen solunsalpaajahoidojen päättymisestä. Jos potilaalle halutaan suorittaa varhaista hoitovastearviota solunsalpaajakuurien välissä, tulisi se tehdä juuri ennen seuraavaa kuuria.

PET-merkkiaineiden luonnolliset kertymäjakaumat elimistössä vaikuttavat myös niiden käyttökelpoisuuteen eri syöpätaudeissa. Esimerkiksi FDG kerääntyy voimakkaasti aivoihin, sydämeen ja erittyä munuaisten kautta virtsarakkoon. Näin ollen tällä merkkiaineella ei voida löytää esimerkiksi aivojen etäpesäkkeitä, eikä siitä ole hyötyä virtsateiden alueen syöpien selvittelyssä.

PET-TT-tutkimuksen aiheuttama säderasitus rajoittaa sen käyttöä erityisesti nuorten ja lapsipotilaiden kuvantamisessa. PET-TT tutkimuksessa potilaan saama sädeannos vastaa noin 2–3 vuoden luonnollista elinympäristömme taustasäteilystä saatavaa annosta.

PET-TT -kuvantaminen muilla merkkiaineilla

FDG:n lisäksi Turun valtakunnallisessa PET-keskuksessa on saatavilla useita mui-

ta merkkiaineita, joita käytetään, kun tiedetään, että kyseisen kasvaimen solutyyppi ei ole FDG:lle sopiva. Kaikkein tavallisimmin kuvataan neuroendokriinisiä kasvaimia FDOPA:lla, jolla on saavutettu hyvin rohkaisevia tuloksia erityisesti karsinoidikasvainten, feokromosytoomien, insulinoomien ja medullaarisen kilpirauhaskasvaimen diagnostiikassa.

Aivokasvainten uusiutumisen toteamisessa on käytetty metioniinia. Eturauhasen syövän uusiutumisen arvioinnissa on saatu hyviä tuloksia asetaatilla, kun verinäytteistä mitattava PSA-arvo on lähtenyt nousemaan ja tautia ei ole pystytty paikantamaan muilla kuvantamismenetelmillä (kuva 2).

Uusia lupaavia merkkiaineita ilmaantuu kliiniseen käyttöön kaiken aikaa. Kokonaisuudessaan PET-TT-kuvantamisen tulevaisuus syöpätautien diagnostiikassa näyttää varsin valoisalta. Kliinikot ovat löytäneet ja oppineet sen käyttöä potilaiden hoidon suunnittelussa.

Lisätietoja: www.turkupetcentre.fi

SÄDEAUDITOINTI VARMISTAA KUVANTAMISTUTKIMUSTEN TURVALLISUUDEN JA LAADUKKUUDEN

Säteilyn käytön kliininen auditointi perustuu EU:n säteilyn lääketieteellistä käyttöä koskevaan direktiiviin ja sen perusteella Suomessa voimassa olevaan säteilylakiin ja -asetukseen sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen säteilyn lääketieteellisestä käytöstä. Näin ollen kliininen auditointi on lakisääteinen velvoite toiminnan harjoittajalle eli ionisoivaa säteilyä käyttävälle terveydenhuollon yksikölle, jollainen myös Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus on.

Sädeauditoinnilla tarkoitetaan säteilyn lääketieteellisen käytön suunnitelmallista arviointia, jossa selvitetään noudatetut tutkimus- ja hoitokäytännöt, kuvauksen aiheuttama säteilyaltistus sekä tutkimus ja hoitotulokset. Lisäksi siinä vertaillaan edellä mainittuja kohtia hyväksi todettuihin käytäntöihin sekä esitetään tarpeelliseksi katsottuja toimenpiteitä käytäntöjen kehittämiseksi ja perusteettoman säteilyaltistuksen ehkäisemiseksi.

Säteilyn käyttöä valvova viranomainen on Säteilyturvakeskus. Sädeauditointi täydentää Säteilyturvakeskuksen viranomais-toimintaa, joten sekin koskee kaikkia säteilyä käyttäviä yksiköitä (radiologiaa, isotooppitutkimuksia ja sädehoitoa). Auditointi toistetaan viiden vuoden välein. Sen suorittavat toiminnan harjoittajasta riippumattomat, pätevät ja kokeneet asiantuntijat, jotka on koulutettu tätä toimintaa varten. He ovat radiologeja, kardiologeja, isotooppilääkäreitä, sairaalafysikoita ja röntgenhoitajia.

Sädeauditoinnin käytännön toteutus
Auditoinnin toteuttamiseksi yksikön on dokumentoitava toimintansa kirjallisesti.

Auditoija valmistautuu ko. yksikön auditointiin perehtymällä yksiköstä pyydettyyn ennakkomateriaaliin, mikä käsittää yksikön kirjalliset kuvaus- ja hoitokäytännöt. Varsinainen auditointi toteutetaan paikan päällä haastatteleamalla yksikön johtoa ja työntekijöitä sekä seuraamalla käytän-

nön toimintaa. Ennakkomateriaaliin perustuvat ja auditointikäynnin aikaiset havainnot ja suositukset kirjataan auditointiraporttiin, joka luovutetaan yksikön käyttöön. Keskeinen auditoinnin tarkoitus on myös kannustaa yksiköitä itsearviointiin ja siten analysoimaan omaa toimintaansa ja tutkimustuloksia.

Kliinisen auditoinnin piiriin kuuluu myös lähettävien lääkäreiden haastattelu. Ensisijainen vastuu sädetutkimuksista on lähettävällä lääkärillä, joka arvioi säteilytutkimuksen tarpeellisuuden ja mahdollisen vaihtoehdoisen menetelmän käytön (esim. magneettikuvaus tai ultraäänitutkimus). Lähettävien lääkäreiden on velvollisuus osallistua säteilysuojelukoulutukseen ja siten ylläpitää säteilytietoutta. Heillä pitää olla myös tieto potilaan aikaisemmista säteilytutkimuksista ja niiden aiheuttamista sädeannoksista. Tutkimuksen suorittaja varmistaa vielä tutkimuksen oikeutuksen.

Koko maassa ensimmäinen auditointikierros on suoritettu loppuun maaliskuussa 2006 ja toinen on alkamassa. Merkittäviä puutteita käytännön toiminnassa ei todettu. Suositukset koskivat yleisimmin tutkimusohjeiden puutteellisuutta, tutkimustulosten arviointia, lääketieteellisen fysiikan asiantuntemusta, säteilykoulutuksen kirjaimista sekä itsearviointia.

Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksessa tehtiin ensimmäinen auditointi joulukuussa 2003 ja toiseen valmistauduttiin

syksyllä 2007. Koska ensimmäinen auditointi oli valtaosin neuvoa antava ja kannustava, niin toisella kertaa keskitytään korjausehdotuksiin sekä koulutukseen, etenkin säteilysuojelukoulutukseen.

Säteiden käytön kliininen turvallisuus

Säteilyn lääketieteellinen käyttö edellyttää säteilyn käyttöön lupaa, turvallisuuslupaa. Sen haltija on meidän tapauksessamme Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Jotta turvallisuuslupa saadaan, pitää olla turvallinen ja toimiva infrastruktuuri (tilat ja laitteet), osaava henkilökunta (radiologit, röntgenhoitajat, sairaalafysikot) sekä selkeät ja turvalliset kuvaus- ja hoitokäytännöt.

Säteilyturvakeskus ohjaa ja valvoo säteilyn käyttöä, jotta säteilylain ja asetuksen määräykset ovat toimintaa suorittavassa yksikössä kohdallaan. Kun ionisoivaa säteilyä tuottava laite hankitaan, pitää kuvaushuoneen olla potilaan ja käyttäjien kannalta turvallinen eivätkä ulkopuoliset saa altistua säteilylle. Hankitun laitteen pitää täyttää tähän tarkoitukseen vaadittavat turvallisuustekijät ja laitetta saa käyttää vain koulutettu ja osaava henkilökunta. Lisäksi Säteilyturvakeskus katsastaa laitteen ja sen käytön säteilyturvallisuuden.

Ionisoivaa säteilyä käyttävän yksikön jokaisella laitteella on laatuvaraus, joka tekee kuvaukseen liittyvät laadunvalvontamittaukset päivittäin, viikoittain ja kuu-



kausittain. Laitteille tehdään määräaikaishuollot, joilla varmistetaan laitteen tekninen kunto ja turvallisuus. Myös laitteiden uusinta on ohjeistettu, ts. kun turvallisuus ja kuvanlaatu alittavat minimitason, laite poistetaan ja tilalle hankitaan uusi.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä on ajantasainen, selkeä ja rakenteita vastaava säteilyn käyttöorganisaatio, josta vastuut on nähtävissä. Henkilökunnan ammattitaidon pitäminen korkeana on iso haaste. Työntekijöille pitää tarjota jatkuva mahdollisuus kouluttautua, jotta nopeasti kehittyvä tekniikka ja menetelmät ovat tehokkaassa ja tuottoisassa käytössä.

Säteilyn kliininen käyttö

STM:n asetuksen keskeinen periaate on seuraava:

- säteilytutkimuksen on oltava oikeutettu
 - oikeutusperiaate – saatava hyöty on suurempi kuin säteilystä aiheutunut haitta
- parhaan kuvauslaitteen valinta
 - optimointiperiaate – tarvittava tieto saadaan pienellä säteilyn käytöllä
- yksilönsuojaperiaate – aiheutettu säteilyannos tiedetään ja voidaan dokumentoida

Edellä oleva luettelo on tärkeä. Se pitää muistaa potilaita kuvattaessa ja hoidettaessa ionisoivalla säteilyllä. Etenkin lasten tutki-

muksissa edellä olevat periaatteet ovat keskeisiä. VSKK:ssa asiaan on panostettu lasten röntgentutkimusten keskittämällä.

Viranomaistoiminta takaa, että toiminta täyttää lain ja asetusten määräykset. Tekninen laadunvalvonta ja huolto takaavat, että laitteet ovat turvalliset ja toimivat. Mutta oman toiminnan ulkopuolinen arviointi tuo lisää mahdollisuuksia kehittää toimintaa tehokkaampien ja turvallisempien kuvaustekniikoiden ja mallien suuntaan. Näin ollen kliininen auditointi on tärkeä lisä sädetutkimuksen laadun ja turvallisuuden kehittämässä. Se koetaan hyödylliseksi, vaikka onkin työläs ja sitoo voimavaroja.

LAPSIA KOEPUTKISTA – 25 VUOTTA KOEPUTKIHEDELMÖITYSHOITOJA TYKSIN NAISTENKLINIKALLA

Tahattoman lapsettomuuden kokee noin joka kahdeksas pariskunta jossakin vaiheessa elämää. Vaikka hedelmällisessä iässä olevien osuus väestöstä pienenee, lisääntymisongelmat lisääntyvät. Tähän vaikuttaa ennen kaikkea synnyttäjien keski-ikänsä nousu, mutta myös yleisillä elintavoilla on merkitystä. Koska tarve saada oma lapsi on ohjelmoitu hyvin syväälle ihmisen sisimpään, kyvyttömyys saada lapsia haavoittaa syvältä. Lapsettomuudesta kärsivät potilaat tarvitsevat usein lapsettomuushoitojen rinnalla psyykkistä tukea jaksakseen.

Vaikka perheen perustaminen on ihmisten keskeisimpiä elämän tavoitteita, ja vaikka siinä koetut vaikeudet voivat hyvinkin invalidisoivia, on aiemmin toistuvasti nostettu esille kysymys, tuleeko lapsettomuushoitoja tehdä julkisella sektorilla. Hoitotakuun myötä lapsettomuushoidot ovat lopultakin saavuttaneet virallisen hyväksynnän julkisen terveydenhoidon osana. Hoitotulosten parantumisen ja yksityissektorin tarjonnan lisääntymisen myötä lapsettomuushoitoihin pääsy on ollut Turun seudulla helppoa jo pitkään. Ensikäynnille odotetaan yleensä noin kolme kuukautta, mutta tämän jälkeen viivettä tutkimuksiin tai hoitoihin pääsystä ei ole.

Hoitomuotoja ja historiaa

Lapsettomia pariskuntia voidaan nykyisin auttaa monin keinoin. Turun yliopisto ja Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikka ovat kehittäneet lapsettomuushoitoja merkittävällä tavalla jo vuosikymmeniä. Turun yliopistossa aloi-

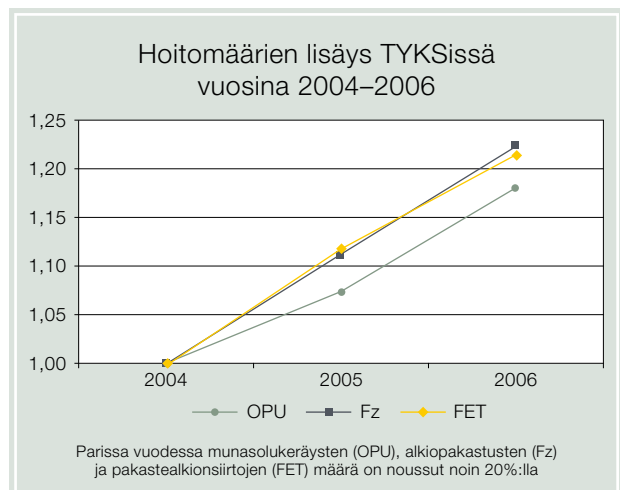
tettiin vuonna 1973 ensimmäisenä Suomessa spermapankkitoiminta, jonka alkuperäinen tarkoitus oli tutkimuksellinen, mutta johon nopeasti yhdistyi hoidolliset tavoitteet. Luovuttajien siemennesteen keräys miesperäisen lapsettomuuden hoidoksi ja syöpää sairastavien miesten hedelmällisyyden turvaaminen pakastamalla siemennestettä ennen onkologisia hoitoja ovat tärkeimpiä spermapankin tehtäviä. Vuonna 1995 spermapankki siirtyi naisten tautien oppiaineen alaisuuteen ja fyysisesti IVF-laboratorion tiloihin, ja syksyllä 2007 sen hallinnointi siirtyi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille.

Pakastettua tai tuoretta siemennestettä voidaan käyttää inseminaatiohoidoissa, joissa puhdistettua siemennestettä laitetaan suoraan kohtuonteloon munasolun vapautumispäivänä. Inseminaatiot ovat edelleen oivallinen hoito lapsettomuudessa, jonka taustalla on lievääasteinen siemennestevika, lievä endometriooosi (kohdun limakalvosairaus) tai tuntematon tekijä. Muna-

solun kypsytyshoidot ovat puolestaan pätevä keino hoitaa niitä naisia, joiden lapsettomuuden takana on kiertohäiriöt.

Lapsettomuushoidoista tehokkain on koeputkihedelmöitys eli in vitro -fertilisaatio (IVF), jota voidaan käyttää, mikäli taustalla on munatorvien tukkeutuminen, vaikea siittiövika tai mikäli kevyet hoidot ovat olleet tuloksettomia. Turun yliopistollinen keskussairaala oli Suomessa ensimmäisiä hoitomuodon käyttöönottajia ja kehittäjiä. Hoidot aloitettiin Turussa 1982, ensimmäiset raskaudet alkoivat 1983 ja ensimmäinen lapsi syntyi 1984, vain pari viikkoa Helsingissä ensimmäiseksi sektoidun lapsen jälkeen. Kolme Suomen neljättä ensimmäisestä IVF-lapsesta sai alkunsa Turussa.

Vuonna 1995 TYKSissä aloitettiin mikrohedelmöityshoidot, joissa hedelmöitys varmistetaan viemällä siittiö ohuella lasineulalla munasolun sisälle. Mikrohedelmöityksen avulla voidaan tehokkaasti hoitaa hyvinkin vaikean siemennestevian ai-





heuttama lapsettomuus. Yhden munasolun hedelmöittämiseen tarvitaan yksi siittiö, joka voidaan tarvittaessa eristää jopa kiveskudoksesta.

Alkiopakastukset aloitettiin Turussa vuonna 1987, ja niiden avulla kerrallaan siirrettävien alkioiden määrää voitiin pienentää ja vähentää näin monisikiö-raskauksien riskiä. Hyvin toimivan pakastusohjelman avulla olemme onnistuneet nopeasti lisäämään yhden alkion siirtojen osuutta ilman hoitotulosten huonontumista. Nykyisellään suurin osa TYKSissä tehtävistä alkiosiiirroista on yhden alkion siirtoja ja kaksosraskauksien määrä on saatu putoamaan noin 10 prosenttiin aiemmasta 20–25 prosentista.

Hoitotulokset

TYKSin naistenklinikan hedelmöityshoitoyksikköön kuuluu kaksi erikoislääkärää, kolme sairaanhoitajaa, biologi ja kaksi laboratoriohoitajaa. Lisäksi Turun yliopiston spermapankkiin kuuluu laborantin vakanssi. Hedelmöityshoidoissa tiimityö on korostetun tärkeää: jokainen työntekijä on avainhenkilö, jolla on oma korvaamaton tehtävänsä hoitojen toteuttamisessa ja hyvien hoitotulosten saavuttamisessa.

TYKSin naistenklinikan lapsettomuusyksikössä on vuosittain noin 3 600 kuntalaskutteista potilaskontaktia. Koeputkihedelmöityksiä tehdään vuodessa noin 200 ja näistä joka kolmannessa hedelmöitys varmistetaan mikrohedelmöityksellä. Noin kahdessa hoitokerrassa kolmesta pystytään myös pakastamaan alkiota tulevaa käyttöä varten. Pakastealkion siirtojen avulla päästään siihen, että noin puolet munasolukeräyksistä johtaa ennemmin tai myöhemmin raskauden alkamiseen. Viime vuosien hoitotuloksia on esitetty viereisen sivun graafeissa.

Uudet säädökset vaativat resursointia

25 vuotta sitten koeputkihedelmöitys mulisti hedelmättömyyden hoidon. Nykyään hoidot ovat tehokasta jokapäiväistä rutiinia. Tulevaisuuden haasteena on uusien kevyempien mutta tehokkaiden ja turvallisten hoitomuotojen kehittäminen ja käyttöönotto. Myös syöpää sairastavien lapsien ja nuorten hedelmällisyyden turvaaminen tarjoaa haasteita. Tällä hetkellä suurimman työn kuitenkin tuottaa toiminnan sopeuttaminen uuteen lainsäädäntöön.

Hedelmöityshoitoja, joissa käsitellään

sukusoluja tai alkiota, säätelee 1. syyskuuta 2007 voimaan tulleet hedelmöityshoitolaki ja uudistettu kudoslaki sekä kolme EU-direktiiviä. Näiden myötä toiminta on tullut luvanvaraiseksi sekä TEO:n ja Lääkelaitoksen valvonnan piiriin. Suomalaiset lapsettomuuslääkärit ovat toiminnassaan noudattaneet korkeaa etiikkaa, mistä on osoituksena mm. se, että yhden alkion siirtopolitiikka on Suomesta lähtöisin ja yleistynyt täällä nopeasti ilman viranomaisten ohjausta.

Lakien ja viranomaissäädösten voidaan toivoa tuovan mukanaan paljon hyvää antamalla selvät raamit toiminnan edellytyksille ja linjoille. Ne tuovat mukanaan myös varsin paljon resursseja sitovaa byrokrati-aa. Lisäresursseja vaatii myös TYKSin fertiilitelaboratorion tilojen saattaminen uusien määräysten mukaisiksi ja laboratorion laaja-alaisen ja pitkäkestoisen arkistointivaateen täyttävien uusien ATK-ohjelmien kehittäminen.

Uskomme, että tarvittavat resurssit kantavat hedelmää parantamalla entisestään hyviä hoitotuloksiamme. Motivaatiota pitää yllä ajatus siitä, mikä on toimintamme tavoite: auttaa lapsettomia pariskuntia saamaan terveitä lapsia.

SAIRAALAINFEKTIOIDEN TORJUNTA VARSINAIS-SUOMEN SAIRAAHOITOPIIRISSÄ

Sairaalainfektioilla eli hoitoon liittyvillä infektioilla tarkoitetaan sellaisia infektioita, joita potilaalla ei ole hoitoon tullessaan, vaan jotka johtuvat hoidosta tai syntyvät hoidon aikana. Näiden torjunta on sairaalan keskeinen ja kustannustehokkain laatutekijä. Torjuntaan ryhdyttiin maailmassa jo ennen bakteerien löytymistä ja se jatkuu niin kauan kuin sairaaloita on. Se on jo nyt parantanut mullistavasti alan asiakasturvallisuutta.

VSSHP on 15 vuoden ajan profiloitunut Suomessa edelläkävijän asemaan tässä suhteessa – ensin MRSA-epidemian torjunnassa 1990-luvun alussa ja sitten sairaalahygieniaprojektin myötä 2000-luvulla. Olennaista toiminnassa on saada työntekijät noudattamaan sairaalahygieniaohjeita jatkuvasti. Tavoite on yksinkertainen, mutta yksi kaikkein vaikeimmin toteutettavista – aikuisen ihmisen tapojen pysyvä muuttaminen. Näitä ihmisiä on yksin VSSHP:n palveluksessa 7 000.

Ikävä totuus terveydenhoidosta on, että terveyden ohella se tuottaa myös sairautta ja kuolemaa – hoitotapaturmien, lääkkehaittojen ja hoitoon liittyvien infektioiden muodossa. Osa sairaalainfektioista on väistämättömiä, kun esim. syöpähoidossa on ryhdyttävä sellaisiin toimenpiteisiin, jotka heikentävät potilaan immuunipuolustusta ja altistavat hänet infektioille tai tehohoidossa letkut ja kanyylit avaavat mikrobeille suoran tien elimistöön.

Merkittävä osa sairaalainfektioista on

kuitenkin estettävissä – osa perinteisen infektio torjunnan keinoin, osa esim. hiomalla leikkaustekniikkaa ja osa vaikkapa huolehtimalla ylipaikkaongelmasta ja henkilökunnan riittävydestä.

Noin 5–10 prosenttia potilaista saa yhä sairaalainfektion, Suomessa noin 50 000 potilasta vuodessa. Infektion seurauksena hoitotulos huononee, hoitoaika kaksinkertaistuu, jonot pitenevät ja kustannukset kasvavat – yksi sairaalainfektio maksoi TYKSSissä 3 600 euroa vuonna 2000. Näihin infektioihin kuolee Suomessa vuosittain arviolta 1 000 potilasta, joilla ei ole kuolemaan johtavaa perussairautta. Vertailun vuoksi: koko maailman lentoliikenteessä kuoli sama määrä ihmisiä vuonna 2005.

Sairaalainfektioiden torjunta alkoi 1800-luvun puolivälissä, kun Semmelweiss, Lister ja Nightingale pudottivat potilaidensa kuolleisuuden kolmasosaan hyvin yksinkertaisin keinoin. Reilu vuosikymmentä myöhemmin osoitettiin, että toimiva torjuntajärjestelmä vähensi sairaalainfektioita

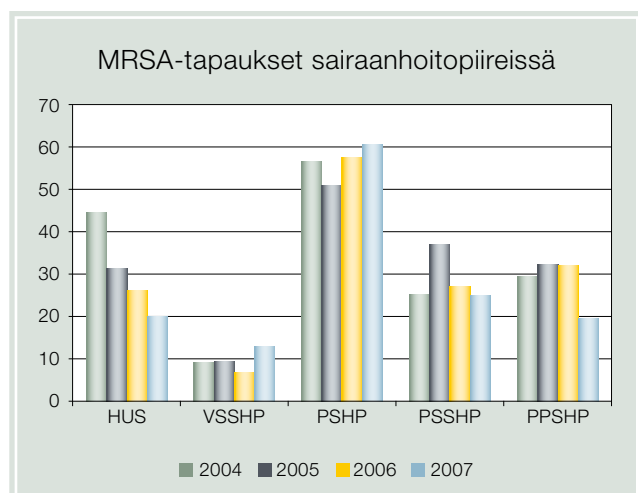
vielä kolmasosan ja 2000-luvulla nähtiin, kuinka käsihygienian tehostaminen leikkasi niitä 40 % lisää.

Keinot ja kustannustehokkuus tunnetaan, toteutus vain on vaikeaa. Visaisinta on sitouttaa henkilökunta jatkuvaan valpautteen hygieniakäytäntöjen noudattamisessa. Ohjeet ovat hyvin yksinkertaiset – esimerkiksi käsihuuhdetta tulee käyttää sekä ennen potilaskosketusta että sen jälkeen. Kun kosketuksia on kymmeniä tai satoja päivässä, ohjeiden noudattaminen edellyttää sellaista päättäväisyyttä, joka ei ihan itsekseen synny.

VSSHP:ssä perustettiin desinfektio-työryhmä (myöhemmin hygieniatyöryhmä) 40 vuotta sitten, hygieniahoitaja saatiin 28 vuotta ja infektio lääkäri 18 vuotta sitten. Tuolloin TYKSSissä oli yksi hygieniahoitaja 1.000 vuodepaikkaa kohden, kun suositus oli 1/250. Tämä taso saavutettiin v. 2004 sairaalahygieniaprojektin seurauksena, mutta silloin suositus oli jo 1/125.

Sairalahygieniaprojekti oli ensimmäinen laatuaan Suomessa ja sen tarkoitus oli arvioida lisäresurssoinnin vaikutusta sairaalainfektioiden määrään ja sitä kautta kustannuksiin. Siinä kartoitettiin sairaaloiden ja terveyskeskusten hygieniakäytäntöt, toteutettiin intensiivinen käsihygieniakampanja ja aloitettiin sairaalainfektioiden välttämättömyyskyselyt. Sen tuloksena käsihuuhteen käyttö kaksinkertaistui, sairaalainfektioiden ilmaantuvuus väheni 40 % ja välttämättömyys pysyvästi 30 %.

Kustannusanalyyseissä sairaalainfektioiden torjunta osoittautui hyvin kannattavaksi – 0,1 miljoonan euron sijoituksella saatiin miljoonan säästö. Rahalle voi olla vaikea löytää parempaa sijoituskohtetta.



Tuottoprosentti on 1.000, hoidon laatu paranee ja asiakkaiden kärsimykset vähenevät. Projekti onkin kelvannut malliksi muille sairaanhoitopiireille sairaalainfektioiden torjunnassa. Projektin menestys johti myös sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikön perustamiseen vuonna 2004.

Sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikön perimmäinen tehtävä on vähentää hoitoon liittyviä infektioita. Lisäksi tehtäviin kuuluu muidenkin tartuntatauti torjunta, tartuntatautirekisterin ylläpito, kliiniset infektiokonsultaatiot, asiantuntijatehtävät ja mm. pandemiaan varautumisen suunnittelu.

Sairaalainfektioiden torjunta alkaa sairaalan suunnittelusta, koskee huolto- ja korjaustoimia sekä kattaa hygieeniset näkökohdat kaikessa sairaalan toiminnassa leikkausaseptiikasta ja käsihygieniasta välinehuoltoon, peselatoimintaan ja jätehuoltoon.

Infektion torjunnan tärkeimpiä työkaluja ovat rekisteröintijärjestelmät. Infektiomääriä seurataan osastojen ilmoituksiin perustavalla rekisteröinnillä, vuosittain tehtävillä vallitsevuusselvityksillä, moniresistenttien mikrobien kantajarekisterillä sekä valtakunnallisen sairaalainfektioirekisterin (SIRO) avulla. Huomattava työpanos kuluu rekisterien ylläpitoon ja kehittämiseen, siis ”työkalujen” huoltamiseen. Varsinainen sairaalainfektioiden torjunta käsittää ohjeistuksen laatimisen, opastuksen ja koulutuksen, minkä tarkoituksena on saada henkilökunta noudattamaan ohjeita. Yksikkö järjestää vuodessa yli 250 koulutustapahtumaa (= 1/työpäivä). Lisäksi yli 250 hygieniayhdyshenkilön verkosto



alueen terveydenhuollossa huolehtii osastoittain opastuksesta.

Epidemiat ja epidemiahälytykset ovat kasvava osa työtä. Laboratoriosta ja osastoilta tulevia hälytyksiä on nykyisin keskimäärin joka toinen työpäivä. Mutta vaikka moniresistenttien mikrobien löydökset kasvavat 15 % vuodessa, MRSA-löydöksiä oli VSSHP:ssä vain < 7/100 000 asukasta, kun maan keskiarvo oli 25 ja heikoimmasa piirissä luku oli 57.

Suomen ensimmäinen suuri voimainkoitos MRSA:n kanssa tapahtui 1991-1993 VSSHP:ssä. Silloin luotiin MRSA-torjuntamme keskeiset periaatteet: kosketusvaroitimet, sairaanhoitopiirin pitäminen puhtaana niin, että potilaat voivat siirtyä va-

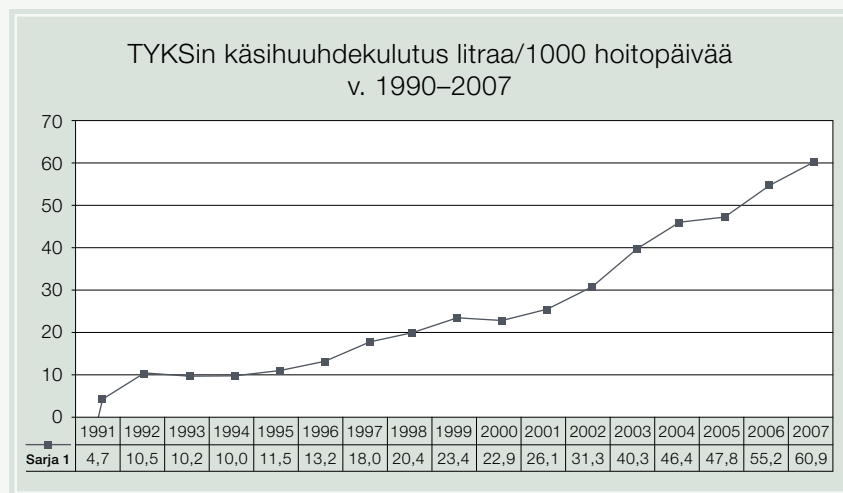
paasti yhdestä yksiköstä toiseen, varmistuminen siitä, että kantajat saavat kaiken tarvitsemansa hoidon ja ainakin yhtä hyvän kohtelun kuin muut sekä tiukka seulontapolitiikka altistuneiden suhteen. Nyt 15 vuoden jälkeen rohkemme todeta näiden periaatteiden toimineen hyvin.

Tykslabin mikrobiologian laboratorio toimii kiinteässä yhteistyössä sairaalainfektioyksikön kanssa. Se varoittaa näytteistä löytyneistä infektion torjunnan kannalta merkittävästä bakteereista, vastaa moniresistenttien mikrobien seulontaviljelyistä ja osallistuu mm. ohjeistojen laadintaan. Epidemioiden yhteydessä näytteet on saatettu tutkituksi sellaisessa aikataulussa, mikä ei kaikkialla Suomessa onnistu.

Hoitoon liittyviä infektioita tulee olemaan niin kauan kuin potilaitakin. Osaa niistä ei voi välttää, mutta on pitkä matka siihen, että kaikkia hygieniohjeita noudatettaisiin täydellisesti ja kaikki vältettävissä olevat infektiot vältettäisiin. Tämä on infektion torjunnan pysyvä haaste.

On jännittävää nähdä, mihin tulee johdattamaan se kehitys, joka meillä alkoi 40 vuotta sitten ja joka sai lisäpotkun 2000-luvun alussa. Suunta on selvä ja se on sairaalainfektioiden minimointi. Kun samalla työn laatu paranee, kärsimykset vähenevät ja kustannukset laskevat, niin asialle tulisi olla tilausta. Tässä VSSHP aikoo olla kehityksen etulinjassa.

TYKSiin käsihuuhdekulutus litraa/1000 hoitopäivää v. 1990–2007



LÄÄKEHUOLLON TOIMINTA PIIRIN LAAJUISENA TASEYKSIKÖNÄ

Varsinais-Suomen lääkehuolto on sairaanhoitopiirin laajuinen lääkehuollon organisaatio, jonka toiminta alkoi 1.1.2007. Uudistus on sairaanhoitopiirin näkökulmasta merkittävä, sillä se muuttaa sekä yleis-, että talous- ja henkilöstöhallintoa. Lääkehuoltoa valvovan viranomaisen, Lääkelaitoksen, näkökulmasta lääkehuoltomme ei kuitenkaan muutu, koska sairaaloiden lääkehuollon yksiköiden lääkelain mukaiset toimitukset eivät muuttuneet.

Sairaanhoitopiirin laajuisen taseyksikön muodostavat TYKSin sairaala-apteekki, sen kolme toimipistettä Turussa, Paimiossa ja Raisiossa sekä lisäksi Loimaalla, Salossa ja Uudessakaupungissa olevissa sairaaloissa ja Turunmaan sairaalassa toimivat lääkekeskukset.

Varsinais-Suomen lääkehuollon talous on taseyksikkönä erillinen kokonaisuus, osa sairaanhoitopiirin konsernitason taloutta, mutta sen rahaliikenne kulkee oman pankkitilin kautta ja verottaja käsittelee sitä erillisenä toimijana.

Taseyksikkö on solminut kaikkien sairaanhoitopiirin sairaaloiden kanssa kunkin toimipisteensä tiloja ja henkilöstöä sekä näille tarvittavia palveluita koskevat veloitussopimukset ja taseyksikölle tehdään erillinen tilinpäätös, joka yhdistetään sairaanhoitopiirin konsernitason tilinpäätökseen samoin kuin muiden eriytettyjen yksiköiden tilinpäätökset.

Kaikki eri sairaaloissa lääkehuollon vastuuhenkilöt ovat farmaseuttisesti koulutetun taseyksikön johtajien alaisia. Tämä toi muutoksen erityisesti Loimaalle, Saloon, Turunmaan sairaalaan sekä Uuteenkaupunkiin, missä osa lääkehuollon henkilöstöstä oli aiemmin ylilääkärin ja osa ylihoitajan alaisuudessa.

Lääkehuollon toiminta

Varsinais-Suomen lääkehuolto tuottaa palvelunsa sairaanhoitopiirin sairaaloiden lisäksi monille terveyskeskuksille ja vanhainkodeille. Erikoissairaanhoidon ulkopuolisille yksiköille myytävästä palvelusta on solmittu kunkin asiakastahon kanssa erilliset veloitussopimukset. Varsinais-Suomen lääkehuolto on julkisen sektorin toimija, joka ei voi myydä lääkkeitä kenellekään yksittäiselle henkilölle.

Varsinais-Suomen lääkehuolto hoitaa kaikki lääkehuollon viranomaistehtävät ja

vastaa lääkehuollon logistiikasta ja omalääkevalmistuksesta. Työkenttänä ovat varsinaisten lääkkeiden lisäksi sairaaloissa tarvittavat lääkkeelliset kaasut, radioaktiiviset lääkkeet sekä verivalmisteet.

Varsinais-Suomen lääkehuolto tarjoaa myös lääkehuollon informaatio- ja koulutuspalvelut sekä sairaanhoitopiirin omille että sopimuksen tehneille toimintayksiköille. Lääkkeiden käyttöön ja kustannuksiin liittyvä raportointi on myös keskeinen tehtäväkenttä. Raportoinnin avulla voidaan kiinnittää hoitavien yksiköiden huomio keskeisiin lääkekulutuksen ja -kustannuksien muuttujiin sekä ohjata lääkekäyttöä. Turunmaan sairaalalle taataan ruotsin- ja suomenkieliset lääkehuollon palvelut.

Koko sairaanhoitopiirin kattavat yhtenäiset lääkehuollon toimintatavat ja toimintaohjeet ovat tärkeä osa taseyksikön toimintaa. Vuoden 2007 aikana lääkehuollon taseyksikön käyttöön saatiin videoneuvottelujärjestelmä. Sen kautta eri paikkakuntien toimipisteet voivat vaivatta pitää tarvittavat kokoukset ja omat sisäiset koulutukset, joiden avulla tehokkaasti saadaan toteutettua toiminnan harmonisoitu kehittäminen.

Videoneuvottelujärjestelmää on hyödynnetty myös lääkkeiden tarjouskilpailutukseen vuonna 2007 liittyvissä lääkeneuvottelukuntien kokouksissa, joissa oman sairaanhoitopiirimme yksiköiden lisäksi oli ”ruudun kautta” mukana koko Satakunnan sairaanhoitopiiri. Lääkehuollon taseyksikön muodostamisen myötä Loimaalla, Salossa ja Uudessakaupungissa olevissa sairaaloissa samoin kuin Turunmaan sairaalassa toimineet erilliset lääkeneuvottelukunnat on voitu lakkauttaa.





Kaikkien sairaaloiden lääkehuollot osallistuvat videoneuvottelujärjestelmän avulla TYKSiin lääkeneuvottelukunnan kokouksiin ja tarvittaessa muissa sairaaloissa työskentelevät lääkärit ovat ”ruudun kautta” mukana tarjouskilpailutukseen liittyvissä kokouksissa. Yhteistyöllä voidaan saavuttaa koko sairaanhoitopiirin kattava, sisällöltään harmonisoitu lääkkeiden peruslääkevalikoima, joka varmistaa potilaan sujuvan lääkityksen toteutuksen niissäkin tilanteissa, kun potilasta siirretään terveydenhuollon ja/tai sosiaalitoimen laitoksesta toiseen.

Resurssit, volyymit ja raha

Varsinais-Suomen lääkehuollossa on yhteensä 55 vakinaista omaa työntekijää, proviisoreita, farmaseutteja, lääketyöntekijöitä ja toimistohenkilöstöä, joista noin 80 % työskentelee TYKSiin. Lisäksi laitoshuoltajien ja kuljetusmiesten työpanokset otetaan sisäisessä kaupassa asianomaisilta keskitetyiltä palvelun tuottajayksiköiltä.

Ensimmäisenä toimintavuonna Varsinais-Suomen lääkehuollon eri paikkakuntien toimipisteissä otettiin vastaan yhteensä noin 65.000 toimitusriviä tehdasvalmiita lääkkeitä, joihin liittyy eri varastopisteissä yhteensä noin 22.500 lääkevalmistetta.

Asiakasyksiköillemme jakelimme lääkkeitä yhteensä noin 40.000 tilauksen perusteella. Käsitelimme vuoden aikana yhteensä lähes neljä miljoonaa yksittäistä lääkepakkausta niin saapuvina kuin osastoille toimitettavina lääkkeinä.

Omassa lääkevalmistuksessa valmistamme sellaisia lääkkeitä, joita potilaat tarvitsevat yksilöllisesti ja joita ei voi ostaa mistään. Tämän työn määrä vuonna 2007 oli yhteensä noin 55 000 erilaista jakeluyksikköä, mm. injektioita, infusioita, silmä-

ja nenätippoja, steriilejä muita liuoksia, allergiatestejä ja voiteita. Syövän hoitoon liittyen teemme keskitetysti TYKSiin sairaala-apteekin erikoislaboratoriossa käyttövalmiit suoneen annettavat potilasannokset niin TYKSiin Turun yksiköille kuin Loimaalle, Paimioon ja Uuteenkaupunkiin. Näitä kertyi yhteensä noin 22.000 kappaletta.

Rahaa lääkehuollon taseyksikön toimintaan kului vuonna 2007 lähes 42 miljoonaa euroa, josta noin 79 % TYKSiin lääkehuollossa.



RINTAKEHÄN TÄHYSTYSMENETELMÄLLÄ TEHTÄVÄT ETEISVÄRINÄLEIKKAUKSET

Eteisvärinä on sydämen rytmihäiriö, jota luonnehtii eteisten nopea, järjestäytymätön sähköinen ja mekaaninen toiminta. Se on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö (45 % sairaalassa hoidetuista rytmihäiriöistä). Väestöstä yhdellä prosentilla on eteisvärinä (yli 60-vuotiailla 4 %:lla ja yli 80-vuotiailla 10 %:lla). Iän lisäksi altistavia tekijöitä ovat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, sydän-läppäviat sekä kilpirauhasen liikatoiminta.

Hoitamattomana eteisvärinä altistaa sydänperäiselle aivohalvaukselle, huonontaa elämän laatua ja voi aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa. Sydänperäisen veritulpan aiheuttama halvausriski on hoitamattomana vuosittain 5 % ja veren hyytymistä estävällä lääkityksellä (varfariini, Marevan®) riski vähenee yhteen prosenttiin. Toisaalta Marevan-lääkityksellä olevista potilaista 2 % saa henkeä uhkaavan vuodon vuosittain. EU-maissa on arvioitu, että vuosittainen eteisvärinähoidon kustannus on noin 13 miljardia euroa.

Eteisvärinän perushoitoperiaatteet ovat rytmin palauttaminen sekä rytmin ja (tai) sykkeen hallinta. Yli 90 % hoidetaan ensisijaisesti lääkkeitä. Sähköinen rytminsiirto tehoa usein hiljattain alkaneeseen rytmihäiriöön. Molempien vaihtoehtojen pitkäaikastulokset ovat kuitenkin huonot tai kohdalliset ja rytmihäiriöiden uusiutuminen on tavallista. Lisäksi pysyväislääkityksen hoitotulosta heikentävät lääkkeiden hankalat ja joskus henkeä uhkaavat sivuvaikutukset.

Sydämen eteiset poikkeavat sähköisiltä ominaisuuksiltaan kammioista. Eteisistä puuttuu selkeästi rakenteellisesti tunnettava johtoratajärjestelmä. Sähköinen impulssi etenee rintamana säteittäisesti. Johtonopeus ja toipumisaika (aika, jolloin uusi impulssi ei pysty kulkemaan) vaihtelee eri eteisten osissa jo luonnostaan ja tekee eteisestä rytmihäiriöherkän.

Eteisperäiset rytmihäiriöt voivat syntyä nykykäsityksen mukaan 1) pesäkealkuisena, 2) pesäkealkuisena, joka jatkuu kiertoaktivaationa tai 3) yksinomaan useiden samanaikaisten kiertoaktivaatiointimien esiintymiseen perustuvana.

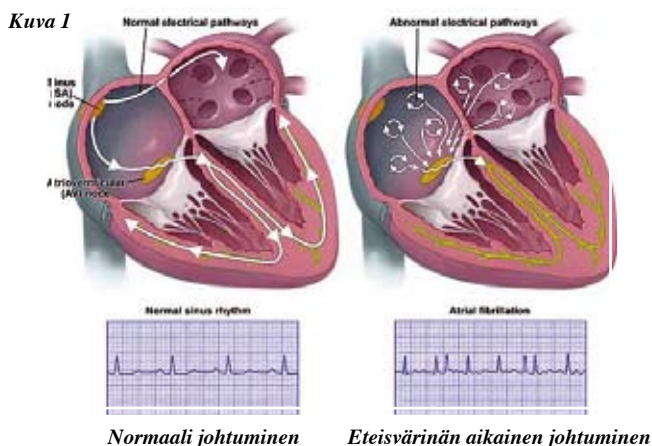
Kiertoaktivaatiossa sähköherätteen kulku muuttuu yksisuuntaisesta kaksisuuntaiseen ja jää kiertämään rakenteesseen. Häiriöille ei ole yhtä yksittäistä syntykohtaa, vaan on olemassa kriittinen herätteen kulun pysäyttävä tai sitä hidastava rakenne. Estävä rakenne voi olla jokin rakenteellinen este tai keinotekoisesti luotu. Rakenne puolestaan sallii kiertoaktivaatiolle vain määrättyjä reittejä.

tiolle vain määrättyjä reittejä.

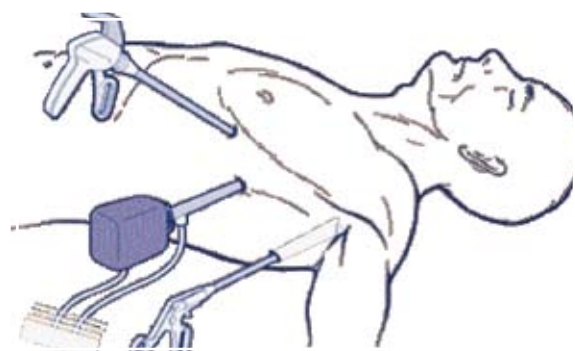
Eteisvärinälle on tyypillistä useat kiertoaktivaatiokohtat (jopa 8–10) ja niitä on elektrofysiologisella kartoituksella voitu paikantaa erityisesti vasemman eteisen takaseinämässä ja keuhkolaskimoiden sisällä ja suuaukkojen läheisyydessä. Kuvassa 1 nähdään vasemmalla normaali johtuminen ja oikealla eteisvärinässä tapahtuva johtuminen ja siitä seuraava sydänfilmissä nähtävä muutos.

Vaikeaoireisen eteisvärinän kirurginen hoito perustuu James L. Coxin kehittämään Cox-Maze-leikkaukseen ("sokkeloleikkaus"), jossa oikean ja vasemman eteisen alueella tehdyillä viilloilla ja kiinniompeluilla voidaan pysäyttää värinäaaltojen eteneminen.

Viimeaikaisten elektrofysiologisten kartoitusten perusteella olennaisinta on keuhkolaskimoiden eristäminen. Tällä perinteisellä leikkaustekniikalla on parannettu 90 % potilaista. Leikkaus vaatii kuitenkin sydän-keuhkokoneen apua ja sydämen



Kuva 2 Kameraportti keskimmäisenä ja työskentelyportit ylä- ja alapuolella





pysäyttämistä toimenpiteen ajaksi. Niinpä Cox-Maze-menetelmän pääasiallisin käyttöalue rajoittuu muiden avosydänkirurgisten toimenpiteiden kanssa samanaikaisesti tapahtuvaan eteisvärinäleikkaukseen.

Viime vuosina on kuitenkin pyritty yksinkertaistamaan toimenpidettä vähentämällä viiltoja ja käyttämään viiltojen sijasta eri energiamuotoja hyväksi käytettäviä katetreja. Energia on saatu aikaa radiotaajuudella toimivalla sähköenergialla, mikroalloilla, lasersäteillä ja ultraäänellä sekä kryoenergialla. Uusimmatkin tekniikat vaativat yleensä rintakehän avausta laitteiden käsiteltävyyden takia.

Turussa aloitimme 14. huhtikuuta 2004 videoavusteiset rintaontelotähystyksellä tapahtuvat eteisvärinäleikkaukset. Adam Saltman, joka kehitti menetelmän vuonna 2003, ohjasi Suomen ja Pohjoismaiden ensimmäisen toimenpiteen TYKSin kirurgian klinikassa. Potilaana oli 30-vuotias mies. Toimenpide onnistui hyvin ja potilas palasi ilman lääkitystä työnsä ja harrastustensa pariin. Euroopassa ja USA:ssa oli siihen mennessä tehty alle sata vastaavaa toimenpidettä.

Videoavusteisella tähystyksellä voidaan seurata rintaontelon sisällä tehtävää toimenpidettä televisioruudun välityksellä

ja lisäporttien kautta voidaan viedä kirurgiset instrumentit rintaonteloon. Toimenpide voidaan suorittaa tois- tai molemminpuolisena. Jälkimmäinen tekniikka on tarpeen varsinkin poistettaessa vasenta eteiskorvaketta. Toimenpiteessä tarvitaan yhden keuhkon anestesia ja toimenpiteen aikana keuhko lasketaan kasaan näkyvyyden parantamiseksi. Sydänpussi avataan ja johdinvaijeri viedään esivalmistettujen kanavien kautta keuhkolaskimoiden ympäri ja polttokaapeli utetaan johdinvaijerilla paikalleen. Polttoaumojen valmistuttua kaapeli poistetaan ja rintaonteloon laitetaan imulla varustettu laskuputki, jolla kasaan painunut keuhko saadaan avautumaan.

TYKSissä on suoritettu eteisvärinäleikkaus tähystysmenetelmällä 44 potilaalle kesään 2007 mennessä. Potilaiden vointia on seurattu systemaattisesti 1, 3, 6 ja 12 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Sen mukaan kaksi kolmasosaa potilaista on oireettomia, eivätkä tarvitse lääkitystä. Lisäksi 27 prosentilla tilanne on lääkityksen kanssa parempi kuin ennen leikkausta. Lähes 90 % leikatuista potilaista hyötyi toimenpiteestä. Rintaontelon tähystys jouduttiin muuttamaan toimenpiteessä kylkiväli- tai rintalasta-avaukseen 4 potilaalla.

Toimenpideriskien takia potilaat valitsee kardiologi. Tärkeimmät kriteerit ovat voimakasoireinen ja usein kohtauksellinen eteisvärinä, huono vaste lääkehoitoon tai hankalat lääkesivuvaikutukset, ja että tutkimuksissa ei ole todettu rakenteellista sydänvikaa (läppä-/sepelvaltimotautia) tai vajaatoimintaa eikä kilpirauhasen liikatoimintaa. Lisäksi potilaan tulee tiedostaa toimenpiteen riskit ja odotettavissa oleva etu. Pääosin leikkauspotilaat ovat työikäisiä ja työssä käyviä henkilöitä. Erityisryhmän muodostavat jatkuva tai pysyvää eteisvärinää sairastavat potilaat ja erityisesti sellaiset, joilla on jo tapahtunut sydänperäinen aivotapahtuma. Tämän potilasryhmän kohdalla voidaan puhua tutkimuksenalaisesta toiminnasta.

Lopuksi voidaan sairaalaekonomistien iloksi vielä viitata göteborgilaiseen tuoreeseen tutkimukseen, jossa 72 potilaalle tehdyllä Cox-Maze-leikkauksella saavutettiin hyvä tulos 96 %:lla potilaista ja kustannusanalysissä potilaiden arvioidut sairaanhoitokulut vähenivät 75 % leikkausta edeltävään tilanteeseen nähden.

ALUETIETOPALVELUN AVULLA KOHTI KANSALLISEN ARKISTON TOIMINTAMALLEJA

Potilastietojärjestelmiä yhdistävä Fiale-alue tietopalvelu on ollut Varsinais-Suomen terveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien käytettävissä jo yli vuoden, ja sen käyttäjäkunta kasvaa edelleen. Aluetietopalvelun avulla Varsinais-Suomen ja Satakunnan alueella voidaan jo nyt toteuttaa uudenlaista toimintatapaa, jonka kansallinen potilastietoarkisto mahdollistaa koko maassa vasta muutaman vuoden kuluttua.

TYKSin, aluesairaaloitten ja terveyskeskusten lääkärit ja hoitajat voivat katsella potilaan suostumuksella aluetietopalvelusta Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaaloiden potilaskertomustietoja sekä alueellisten tutkimuspalveluyksiköiden tietoja kuten laboratoriotuloksia ja röntgenkuvia. Perusterveydenhuollon tietoja on Varsinais-Suomessa tällä hetkellä saatavissa seitsemästä terveyskeskusalueesta.

Kaikki Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskukset lukuun ottamatta Saloa katselevat potilastietoja palvelun kautta. Viimeisimpänä tietojen katselijaksi liittyi Turun terveystoimi osana valtakunnallista hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanketta. Käyttöä on laajennettu mm. päivitykseen ja sisätautiosastolle.

Kaikki sairaanhoitopiirin lääkärit ja hoitajat ovat saaneet aluetietopalvelun käyttöoikeudet. Lisäksi oikeudet on erityis-työntekijöillä kuten terapeuteilla, sosiaalityöntekijöillä ja psykologeilla sekä osastoiteereillä, jotka mm. kirjaavat järjestelmään potilaan suostumuksen.

Säästöistä ja hyödyistä saatu näyttöä

Aluetietopalvelun käytön lähtökohtana on potilas. Aluetietopalvelun avulla halutaan vähentää päällekkäisiä asiakaskäyntejä ja tutkimuksia sekä sujuvoittaa hoitotilanteita, kun lääkärillä tai hoitajalla on käytettävissään kaikki aiemmat tutkimus- ja hoitotiedot.

Järjestelmän käytöstä seuraavia kustannussäästöjä ja hyötyjä on tutkittu Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella vuonna 2005. Kuntien nettosäästöt olivat noin 6 prosenttia terveyskeskusten kokonaismenoista. Kustannussäästöjä ja hyötyjä aiheutui uusintakäyntien ja päällekkäisten tutkimusten vähenemisestä 20 prosentissa kaikista seuratuista potilastapauksista. Lääkärien ja avustavan henkilökunnan työaika säästyi. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ei vastaavaa tutkimusta ole vielä tehty.

Potilaalta täytyy kysyä lupaa tietojensa katseluun yli organisaatorajojen. Lisäksi ammattilaisella tulee olla hoitosuhde potilaaseen. Katseluoikeus koskee vain kyseisessä hoitosuhteessa tarvittavia tietoja. Asiakkaalla on oikeus olla antamatta lupaa tietojensa katseluun ja oikeus myös lopettaa suostumus.

Fiale tukee lähete-hoitopalautejärjestelmää

Fujitsu Services Oy:n ja Itella Suomi Oy:n toimittama Fiale-alue tietopalvelu on viitetietokanta, joka näyttää eri potilastietojärjestelmissä olevia tietoja yhdessä. Aluetietopalvelut mahdollistavat potilaan tietojen katselun sähköisessä muodossa missä sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä tahansa ilman viiveitä, joita aiemmin syntyi tietojen pyytämisestä ja lähettämisestä kirjeitse tai faksaamalla.

Nykyinen hyvä sähköinen lähete-hoitopalautejärjestelmämme täydentyy, kun tiedon tarvisijaa ei tarvitse etukäteen osata nimetä. Lisäksi läheteeseen kerättyä tietoa

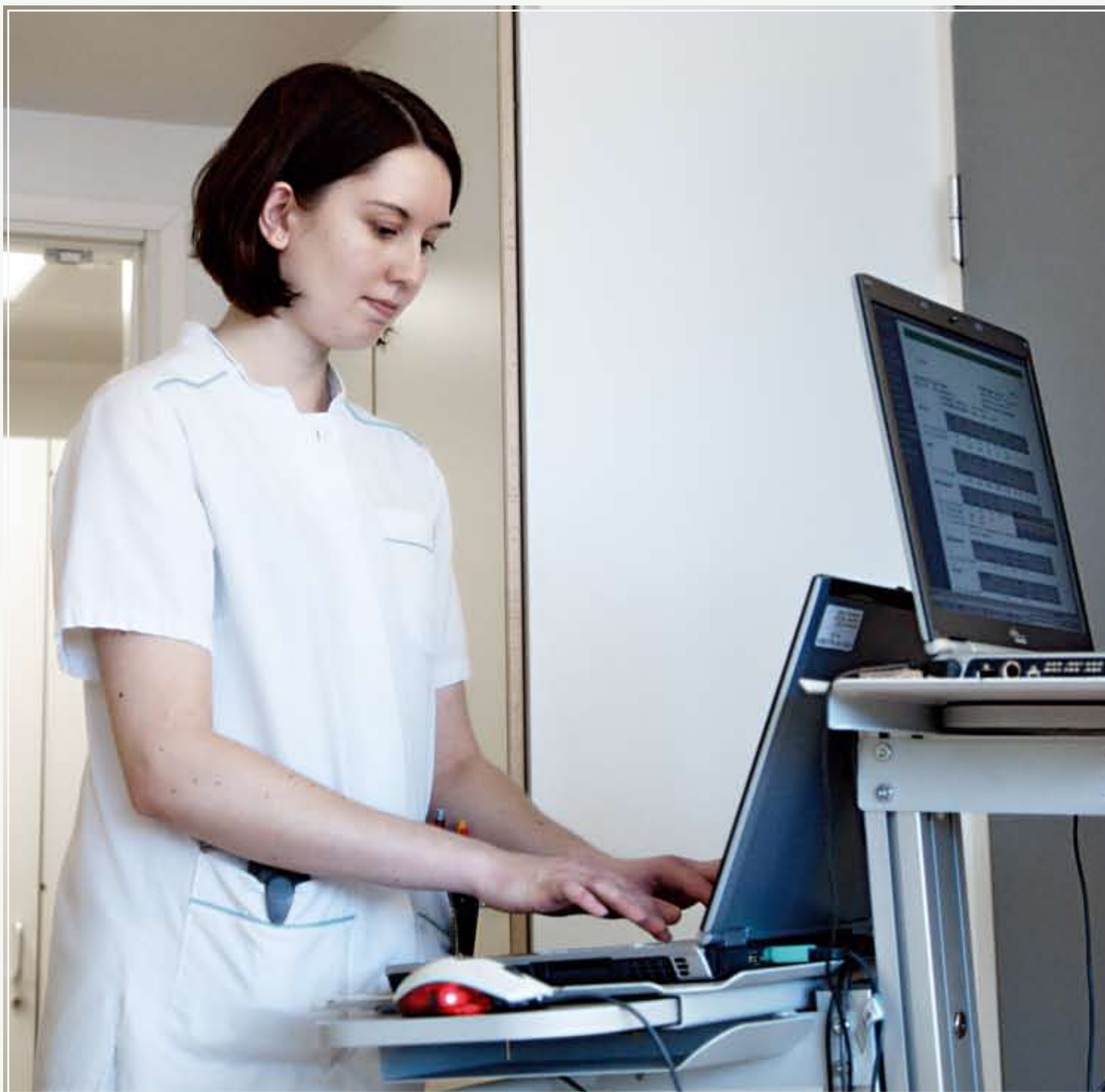
voidaan täydentää röntgenkuvilla tai aikaisempien käyntien tiedoilla. Yhteistoiminta yksityissektorin kanssa sujuvoituu, kun potilaan tietojen katsominen sähköisesti on mahdollista, vaikka yksityisellä terveydenhoitopalvelujen tarjoajalla ei olisikaan omaa potilaskertomusjärjestelmää.

Koska erityisvastuualueella sairaanhoitopiireillä on yhä useampia yhteisiä potilaita, viitetietojen näkyminen VSSHP:n ja SatSHP:n alueiden välillä on hyödyllistä. Mahdollisuus käyttää yhteistä potilastietoa uusien kumppaneiden perusjärjestelmien yhdistymistähdista riippumatta on tärkeä, kun terveyskeskusalueet yhdistyvät kunta-liitoksissa.

Sosiaalitoimi ja yksityiset käyttäjiksi

Kuluvan vuoden alkuun mennessä aluetietopalvelua käytti 21 VSSHP:n alueen terveyskeskusta ja kuntayhtymää. Lisäksi 18 kaupungin ja kunnan vanhustenhuolto on liittynyt aluetietopalveluun. Mukaan on tullut yksityisiä hoitokoteja ja lääkäriasemia kuten Pulssi ja Turun Päänsärkykeskus. Myös muita terveydenhuollon toimijoita kuten A-klinikkasäätiön Turun A-klinikkatoimi ja Maskun Neurologinen Kuntoutuskeskus on tullut palvelun käyttäjiksi. Sairaanhoitopiirin ulkopuolella järjestelmän käyttäjiä on yli 600.

Terveyskeskusten potilastietoja on tullut vähitellen näkyviin syksystä 2006 lähtien, ja nyt nähtävissä ovat Loimaan, Paraisien, Uudenkaupungin, Pöytyän, Someron ja Kaarinan-Piikkiön ja Naantalien terveyskeskusten ja kuntayhtymien tiedot.



Alueelliselle toimintamallille yhä tarvetta

Mikä on alueellisten järjestelmien tulevaisuus, kun kansallista arkistoratkaisua ollaan toteuttamassa? Lainsäädäntö, joka on nykyisen alueellisen toimintamallin pohjana, on voimassa vuoteen 2011. Siirtymäaikana kansallisesta arkistosta ei saa vastavia tietoja, kuin nyt on nähtävissä aluetietojärjestelmän kautta. Arkisto on vain tiedon varasto eli aluetietojärjestelmä saat-

taa olla ensimmäinen väline, jolla voimme katsoa varastoitua tietoa.

Aluetietopalvelua kehitetään vähitellen hyödyntämään kansallisia palveluita sitä mukaan, kun niitä syntyy. Tulevaisuudessa alueellisen tietojärjestelmän tärkein tehtävä on tarjota palveluita kuten suostumuksen ja asiakkuuden hallinta sekä hoitoreittien yhdistäminen palveluiden varaukseen. Näitä palveluita ei ole järkevää toteuttaa yhden palvelunantajan eikä kansallisen toimijan

toimesta, koska niiden perusta on alueellisesti sovittavat toimintamallit.

On vaikea löytää yhtä yksittäistä apuvälinettä, joka tukisi aluetietopalvelua paremmin sairaanhoitopiirin perusarvoja ja tavoitteita. Potilas on nostettu tiedon hallinnan keskiöön, ja ammattilainen saa hoitoverkoston tiedoista tosiaikaista tukea päätöksilleen.

www.vsshp.fi/valpa

LASTENPSYKIATRIAA KOTISAIRAALASSA

TYKSin lastenpsykiatrian osastolla 410 oli vuonna 2000 kahdeksan potilaspaikkaa. Kaksi niistä oli kuuden viikon osastotutkimuspaikkoja, ja loput paikoista oli varattu ns. pitkiin hoitoihin, jolloin lasta saatettiin hoitaa lastenpsykiatrisella osastolla puolen vuoden, vuoden, tai jopa kahdenkin vuoden ajan. Tällainen osastohoidon malli on perinteinen ja yleinen myös muilla Suomen lastenpsykiatrian osastoilla.

Pitkässä osastohoidossa on etunsa, mutta tilanteessa, jossa yksi lapsi voi sitoa osastopaikan jopa kahdeksi vuodeksi, jäi ilman hoitoa varsin moni. Lastenpsykiatrisen akuuttitoiminnan kehittyessä vuosituhanen vaihteesta lähtien muutettiin akuuttihoitopaikaksi ensin yksi vuodeosastopaikka, sitten kaksi. Akuuttiosastojakso voi olla maksimissaan kahden viikon pituinen, ja sen primaari tavoite on senhetkisen akuutin tilanteen rauhoittaminen, jotta varsinainen hoito ja tutkimus voi toteutua muualla.

Lastenpsykiatristen palvelujen tarjonta kasvoi voimakkaasti 1995–2005, mutta kysyntä kasvoi vielä enemmän. Syntyi voimakas paine osastohoitajien lyhentämiseen, ja vuodeosastopaikkoihin sidottujen resurssien tehokkaampaan käyttämiseen. Kokemus oli myös näyttänyt, että lapsen hoitaminen ilman hänen perheensä kohtaamista ja perheen mukanaoloa hoidossa on jokseenkin turhaa. Lapsen eristäminen perheestään osastolle jopa vuosiksi ei suinkaan aina ole paras vaihtoehto; etsittiin muunlaisia tapoja tehdä intensiivistä ja vaativaa lastenpsykiatrista työtä.

Kuuden viikon tutkimusjaksojen tarkoitus on tarkentaa diagnoosia ja päivittää kuntoutussuunnitelmaa, mutta varsin usein havaittiin näiden lyhyiden jaksojen olevan myös hyvin hoidollisia. Lyhyen osastohoidon hyödyistä on olemassa myös tutkimuk-

sellista tietoa; asiaa on tutkinut dosentti Andre Sourander Turun yliopistossa 1990-luvun puolivälissä. Heräsi ajatus siitä, että lyhyiden jaksojen toistaminen voisi olla laadukas tapa hoitaa lasta ja perhettä, ja antaa samalla mahdollisuuden tarjota osastohoittoa aiempaa useammalle lapselle.

Kotiin tehtävän perhetyön menetelmät ovat kehittyneet varsinkin pikkulapsipsykiatriassa 1990-luvulta alkaen. Klinikasamme on pitkät perinteet lapsikeskeisen perheterapian koulutuksesta ja osaamisesta, ja helmikuussa 2005 käynnistettiin projektirahoituksen turvin kotisairaalityöryhmä, johon kuului aluksi kolme perheterapeuttia. Kotisairaalityöryhmä pyrki ylläpitämään hoitokontaktia perheeseen ja avohoidon yhteistyökumppaneihin niiden potilaiden kohdalla, joille oli suunniteltu intervallijaksoja osastolla, mutta teki työtä myös perheterapeuttisin menetelmin asiakkaiden kodeissa. Projektin alussa työryhmällä ei ollut ”omaa” erikoislääkärää, vaan potilaita lähetettiin ja ehdotettiin kaikista muista työryhmistä, ja eri potilailla oli siis myös eri hoitavat lääkärit.

Kotisairaalityön tärkeänä osana on yhteistyö sosiaalitoimen, koulujen ja muiden yhteistyökumppanien kanssa. Hoitoverkkotyöskentelyn ja kotiin tehtävän perhetyön yhdistäminen on havaittu tulokselliseksi tavaksi auttaa lasta ja perhettä.

Osaston intervallihoidoperheiden lisäksi kotisairaalityöryhmä on toteuttanut tutkimusjaksoja myös kotiin, yleensä yhden perheen kanssa kerrallaan. Joskus myös käy niin, että intervallijaksoja ei enää tarvitakaan, mutta kotisairaalityöryhmän työskentelyä tarvitaan silti. Kerrallaan pystytään hoitamaan noin kahtakymmentä lasta.

Oikeanlaisten potilaiden valikoituminen on osoittautunut haastavaksi; intensiivistä työtä ei kannata eikä voi tehdä kotiin esimerkiksi jos perhe ei sitä halua. Joidenkin osastohoitoa tarvitsevien lasten kohdalla parempia vaihtoehtoja ovat Hailikon sairaalan päiväosasto tai Uudenkaupungin sairaalan lastenpsykiatrisen osasto. Yleensä on osoittautunut hyödylliseksi kotiin tehtävän perheterapeuttisen työskentelyjakson ja osastolla toteutuneiden hoitajaksojen vuorottelu: osastolla ollessaan lapsi tulee voimakkaasti näkyviin, ja muutokset hänen voinnissaan ja kehityksessään voidaan havaita.

Intervallihoidossa jaksojen kesto räätälöidään potilaan, perheen ja hoidon tavoitteiden mukaan. Niiden pituus vaihtelee yhdestä kuuteentoista viikkoon. Suurin osa intervallihoidon potilaista on ollut ensin kuuden viikon osastotutkimusjaksolla ennen ensimmäistä intervallijaksoaan.

Potilaan ja hänen perheensä, osaston



hoitotyöryhmän sekä hoitoverkon kannalta on tärkeää, että potilaan henkilökohtainen hoitaja (omahoitaja) pysyy koko ajan samana jo osastotutkimusjaksosta lähtien. Henkilökohtainen hoitaja on myös mukana kotisairaalatyöryhmän työskentelyssä intervallipotilaan polikliinisten jaksosten aikana. Potilaan, perheen, hoitoverkon ja hoitotyöryhmän kannalta on mielekäs, että lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työryhmä pysyy samana myös intervallijaksojen välisten polikliinisten jaksosten aikana.

Kotihoito

Kotona tapahtuva lastenpsykiatrinen hoitotyö on erikoissairaanhoidoa, jossa painotuu vahva perheterapeuttinen lähestymistapa. Siinä työskennellään sekä lapsen että lapselle tärkeiden ihmissuhteiden kanssa, ja otetaan huomioon sisarukset, vanhemmat ja muut tärkeät henkilöt. Kotiin teh-

tävän työn muotoja ovat kotikäynnit, hoito- ja verkostoneuvottelut muiden lapsen ja perheen hoidossa mukana olevien tahojen kanssa, tutkimukset sekä puhelinyhteydet. Vuorovaikutus kotona voi olla keskustelua, yhdessä tekemistä tai perheenjäsenen vuorovaikutuksen seuraamista ja siihen tarpeen mukaan puuttumista, jolloin tavoitteena on yhdessä perheenjäsenen kanssa löytää toimivia tapoja ja malleja erityisesti jumiutuneihin tai toimimattomiin tilanteisiin.

Koska kotona toteutettava työ on perheen arjessa läsnä olemista, edellyttää se työntekijöiltä kunnioittavan asenteen lisäksi joustavuutta ja monipuolista osaamista. Se mahdollistaa myös ainutlaatuisen terapeuttisen tilan luomisen kohtaamiselle ja sellaisen vuorovaikutuksen rakentumisen, jossa autetuksi tuleminen mahdollistuu. Jokainen lapsi ja perhe ovat ainutlaatuisia, joten on tärkeää yhdessä heidän kanssaan

suunnitella tavoitteet, jotka parhaiten palvelevat perheen senhetkistä tarvetta.

Kotihoidon päätavoitteena on omillaan tai tarkoituksenmukaisten tukitoimien avulla toimeentuleva perhe. On tärkeää löytää yhdessä lapsen, perheen, lähiverkoston ja laajan viranomaisverkoston kanssa arkielämän selviytymiskeinoja ja uusia toimintatapoja. Yhtenä päämääränä voisi pitää sellaisen hoitoverkon rakentamista, ettei kukaan hoitoa tarvitseva lapsi eikä perhe jää yksin kannattelemaan itseään elämäntilanteessa, jossa omat voimavarat eivät riitä.

APUVÄLINEKESKUKSEN TOIMINTA PIIRIN LAAJUISENA YKSIKÖNÄ

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi Apuvälinepalveluiden laatusuosituksen kesällä 2003. Siinä sosiaali- ja terveystoimia edellytettiin laatimaan alueellinen suunnitelma apuvälinepalvelujen järjestämiseksi käyttäjälähtöisesti ja yhtäläisin perustein.

Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirit käynnistivät yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman apuvälinehankkeen kesällä 2004 laatusuosituksen osoittamien tavoitteiden saavuttamiseksi. Hanke päättyi vuoden 2006 lopussa. Hankkeessa suunniteltiin uusi apuväline-toimintamalli, jossa tavoitteena on, että asiakas saa tasa-arvoista palvelua kaikissa Satakunnan (Satshp) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien (VSSHP) alueen kunnissa. Tasa-arvon perustana ovat yhtenäiset toimintakäytännöt ja apuvälineiden saatavuusperusteet kaikissa toimintayksiköissä sekä niiden välinen yhteistyö. Tavoitteena on myös kustannusnousun hillitseminen, jota tavoitellaan yhteiskilpailutuksella ja -hankinnoilla sekä alueellisella palautuneiden apuvälineiden kierrätyksellä.

VSSHP:ssä alueelliseen toimintamalliin liittyi sopimuksella 38 kuntaa (55 kunnasta), joiden alueella toimii 14 terveyskeskusta ja 4 aluesairaala. Toimintamallin piirissä on 82 % väestöstä. Satshp:ssä toimintamalli ei saanut yhtä suurta kannatusta ja siellä toimintamallin piirissä on ainoastaan 16 % alueen väestöstä.

VSSHP:ssä alueellinen apuvälinekeskus toimii kuntoutusklinikan alaisena vastuuyksikkönä. Alueellisesta apuväline-toiminnasta on rajattu pois näön, kuulon, suun ja hengityshoidon apuvälinepalvelut, jotka ovat jo aiemmin keskitetty erikoissairaanhoidon kummassakin sairaanhoitopiirissä.

Hankkeen aikana kilpailutettiin ja hankittiin molemmille alueille (Satshp, VSSHP) yhteinen apuvälineiden hallintaan tarkoitettu tietojärjestelmä, jolla hallitaan apuvälineiden maksusitoumukset, päätökset, lainaukset, varastointi, kulje-

tukset, huollot ja korjaukset sekä kuntoutuksen ja sairaanhoidollisten ostopalveluiden maksusitoumukset. Yhteinen tietojärjestelmä on yhteistoiminnan, kierrätyksen ja toiminnan seurannan edellytys. Apuväline-tietojärjestelmä on käytössä myös kaikissa alueellisissa toimintamallissa mukana olevissa terveyskeskuksissa.

Kummassakin sairaanhoitopiirissä käynnistettiin alueellinen apuvälinekeskus 1.1.2007. Alueellinen apuväline-toiminta rahoitetaan kuntien jäsenmaksulla. Jäsenmaksun suuruus on VSSHP:ssä 9,97 euroa asukasta kohden vuonna 2007. Jäsenmaksun lisäksi kuntia laskutetaan erikseen apuvälinekeskuksen asiakaskäynneistä, joiden kokonaiskustannuksen arvioidaan olevan vajaa yksi euro asukasta kohden.

Jäsenmaksu kattaa alueellisen apuvälinekeskuksen toiminnan, joka sisältää apuvälineiden hankintakustannukset, erikois-

sairaanhoidon apuvälinepalvelun, apuvälineiden kilpailutuksen, yhteisen tietojärjestelmän ylläpitomaksut ja tuen, apuvälineiden korjauksen sekä niiden kuljetuksen apuvälinekeskuksen ja terveyskeskusten välillä. Jäsenmaksu mahdollistaa tasa-arvoisen apuvälineiden saatavuuden alueellisessa toiminnassa mukana olevien kuntien asukkaiden välillä. Kuntien kannalta jäsenmaksu tasaa kustannusvaihtelua ja kustannukset ovat paremmin ennakoitavissa.

Apuvälinekeskukseen on keskitetty liikuntavammaisten lasten ja aikuisten apuvälinepalvelut, apuvälinepoliklinikka, apuvälinehuolto ja VSSHP:ssä myös Tikoteekki, joka palvelee myös Satakunnan sairaanhoitopiirin asiakkaita. Lasten apuvälinepalvelut on keskitetty erikoissairaanhoidon; poikkeuksena on Turun terveystoimi, jossa on omaa lasten apuvälinepalvelua. Apuvälinekeskus palvelee aikuisia liikuntavammaisia





asiakkaita erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelujen osalta. Terveyskeskukset vastaavat edelleen perusapuvälinepalvelusta. VSSHP:ssä erikoissairaanhoidon huolehtii myös perusapuvälinepalvelusta omalla hoitovastuulla olevista potilaista. Terveyskeskuksilla on mahdollisuus lähettää asiakas apuvälinekeskukseen perusapuvälineen tarvearvioon mikäli kokevat jossakin tapauksessa asiantuntemuksessaan riittämättömyyttä.

Apuvälinepoliklinikka palvelee asiakkaita lähinnä proteesi-, ortoosi- ja erityisjalkineasioissa. Nimenomaan tällä osa-alueella terveyskeskuksissa koetaan eniten tieto- taidon puutetta ja tämän toiminnan keskittäminen on siksi perusteltua.

Apuvälineiden helpot huollot, esimerkiksi renkaiden vaihdot, suoritetaan edelleen omilla terveyskeskuksissa, mutta korjaukset ja vaativat huollot hoidetaan keskitetysti apuvälinekeskuksessa.

Tikoteekki palvelee henkilöitä, joiden kommunikointia ja itsenäistä toiminta-

ta voidaan edistää puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimenetelmien, kommunikoinnin apuvälineiden tai vaikeavammaisille soveltuvan tietotekniikan avulla.

Apuvälinekeskukselle vuokrattiin ja kunnostettiin TYKSin uuden T-sairaalan läheisyydessä olevasta kiinteistöstä Vanhalta Hämeentieltä tilat, joissa on yhteensä 920 neliötä.

VSSHP vastaa apuvälineiden kilpailutuksesta molempien sairaanhoitopiirien ja niiden alueiden terveyskeskusten osalta. Apuvälineet kilpailutetaan keskitetysti, jolloin päällekkäinen työ karsiutuu ja volymiettä voidaan saavuttaa.

Apuvälineet rekisteröidään tietojärjestelmään keskitetysti apuvälinekeskuksessa, mikä vapauttaa resursseja terveyskeskuksissa perustyöhön. Apuvälineiden merkittämisessä ja asiakirjojen yksilöimisessä käytetään viivakooditekniikkaa.

Palautuneet apuvälineet ovat nyt kaikkien toimintamallissa mukana olevien yksiköiden käytettävissä. Apuvälineiden laa-

jalla kierrätyksellä odotetaan saatavan paitasi kustannussäästöä, myös tilaa varastoihin. Harvinaisempien apuvälineiden osalta kierrätystä voidaan tehdä myös sairaanhoitopiirin kesken.

Apuvälineitä, jotka ovat helposti kierrätettävissä, hankitaan keskitetysti apuvälinekeskukseen, josta niitä toimitetaan terveyskeskusten ja alue sairaaloiden tilausten mukaan niiden varastoihin viikoittain. Kuljetuksia varten on oma kuljetusmiehen ja pakettiauto.

Alueellinen apuväline-toiminta on lisännyt alueellista yhteistyötä. Apuvälinealan asiantuntijat tapaavat säännöllisesti kokouksissa, joissa tarkennetaan toimintakäytäntöjä ja varmistetaan yhdenmukaisista apuvälineiden saatavuusperusteiden noudattamisesta. Apuvälinealan alueellisia yksi- tai kaksipäiväisiä koulutuksia on järjestetty vähintään kerran vuodessa jo vuodesta 2005 alkaen. Koulutus ja alueellinen yhteistyö vahvistaa myös alueellista alan asiantuntijuutta.

LEIKO-TOIMINTA LOIMAAN ALUESAIRAALASSA

Kirurgisen toiminnan uudistaminen liittyy Loimaan aluesairaalan omaan strategiaan. Tämä taas pohjautuu sairaanhoitopiirin strategiaan, joka on jo uudistettukin tätä leiko-toimintatapaa kehitellessä. Päätimme sairaalan henkilökunnan omin voimin kehittää alueen asukkaita entistä paremmin palvelevan toimintamallin. Otimme aloitteen omiin käsiin, emme odotelleet muutosta ulkopuolelta tulevana. Tavoitteena oli toiminnan uudistaminen entistä potilaslähtöisemmäksi, joustavammaksi, yksilöllisemmäksi ja samalla tuloksellisemmaksi.

Leiko-sana tulee lyhenteenä sanoista ”leikkauksen kotoa”. Tämä toimintatapa aloitettiin Hyvinkään aluesairaalassa, josta olemme sen ideana soveltaneet omiin olosuhteisiimme Loimaan aluesairaalaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että potilaat valmistautuvat leikkaukseen kotonaan ja tulevat leikkauspäivän aamuna leikkausosastolle käymättä ensin kirurgisella vuodeosastolla. Suunnitellusti potilaiden tulo sairaalaan porrastetaan päivän mittaan niin, että ensimmäisenä leikattavat tulevat noin seitsemän aikaan ja sitten viimeisenä leikattavat saattavat tulla vasta kello yhden aikaan iltapäivän puolella.



Leiko-toiminnalle on tyypillistä, että potilaat kävelevät yleensä itse leikkaussaliin hoitajien ohjaamina. Tarvittaessa puudutuksia voidaan tehdä heräämössä ennen siirtoa leikkaussaliin. Leikattuja potilaita seurataan hetken ajan sairaalavuoteessaan heräämössä, jonka jälkeen heidät siirretään kirurgiselle vuodeosastolle toipumista ja kuntoutusta varten. Päiväkirurgisten potilaiden hoito sujuu aivan samalla tavalla, mutta he pääsevät leikkauksen jälkeen kotiin. Kotiin siirtyville annetaan yksityiskohtaiset ohjeet leikkauksesta toipumisen onnistumiseksi. Useimmiten heille myös soitetaan leikkauspäivän jälkeisenä aamuina voimien selvittämiseksi.

Oleellinen asia leiko-toiminnassa on huolellinen esivalmistelu. Potilaat tutkitaan ennen leikkausta hyvin, jolloin leikkauksuunnitelma tehdään valmiiksi poliklinikalla. Sen jälkeen potilas odottaa leikkaukseen pääsyä.

Leikkauksajankohdan selvittyä hänet kutsutaan hoitajapoliklinikalle saamaan ohjeita. Tämä käynti järjestetään kirurgisen vuodeosaston yhteyteen, jolloin potilas saattaa tavata hoitajan, joka hoitaa häntä sitten leikkauksen jälkeenkin. Usein myös fysioterapeutti antaa tässä yhteydessä ensimmäiset ohjeet ja tarkastaa leikkauksen jälkeisten apuvälineiden tarpeen. Lisäksi potilaan leikkauksenkelpoisuus esitutkimuksineen tarkastetaan tämän hoitajapoliklinikka-käynnin yhteydessä, joka ajoitetaan noin viikkoa ennen leikkaukseen tuloa. Laboratorio-tutkimukset voidaan usein järjestää potilaan oman kunnan ter-

veyskeskuksen ottamana. Potilaat saavat yksilölliset ohjeet, miten toimitaan ennen leikkausta.

Leikkausta edeltävä päivä on mukavampi viettää kotona. Lisäksi se on turvallisempaakin potilaan kannalta. Ennen leikkausta sairaalassa vietetyn ajan lyhentäminen vähentää tutkitusti sairaalainfektioiden määrää.

Toinen tärkeä asia on, että sairaalan sisäinen potilasliikenne vähenee huomattavasti, kun potilaat tulevat suoraan leikkausosastolle. Aamut kirurgisilla vuodeosastoilla ovat rauhallisempia, kun potilaita ei tarvitse ottaa vastaan ja haastatella osastotyön ohessa. Potilaita ei tarvitse kuljettaa leikkausosastolle, riittää kun heidät haetaan leikkauksen jälkeen vuodeosastolle. Leikkauspotilaita hoitavilla vuodeosastoilla vapautuu vuodepaikkoja ja hoitajatkin lyhenevät, kun potilaan valmistautuminen leikkaukseen tapahtuu kotona ja valmistelu toimenpidettä varten päiki-leikoyksikössä. Vuodeosaston henkilökunnalle jää siten enemmän aikaa osastolla olevien potilaiden hoitoon.

Toimintaa uudistettaessa kirurgiseen toimenpiteeseen tulevien potilaiden ajanvaraus keskitettiin yhdelle ajanvarausohittajalle. Potilaat joutuvat edelleen odottamaan tietoa leikkauksen ajankohdasta. Vuoden 2007 aikana on kehitetty menetelmiä, joiden avulla leikkausta odottaville voidaan ilmoittaa leikkauksaika joko välittömästi tai ainakin parin viikon kuluessa leikkauksen päätöksen jälkeen. Tässä auttaa sairaanhoitopiirissä käyttöön otettava



OPERA-ohjelma, jonka avulla operatiivisen hoidon ajankohta varataan.

Pienen sairaalan ongelma on leikkaavien lääkäreiden rajallinen määrä. Tämä vaatii erityishuomiota ja tarkkaa tietoa lääkäreiden päiväohjelmasta, jotta ajanvaraus toimisi oikein. Lomien, koulutusten tai muiden poissaolojen aikana ei ole korvaavaa toimenpidelääkäriä, joten ennakkosuunnittelu vaatii tarkkuutta. Käytössä onkin yksityiskohtainen työjärjestys, jota joudutaan päivittämään viikoittain. Tämän avulla vältetään turhilta toimenpiteiden peruutuksilta.

Vuonna 2005 Loimaan aluesairaalan rakennettiin leikkausosaston lisäys, johon potilaat tulevat suunniteltuun aikaan valmisteltavaksi leikkaukseen. Lääkäri tapaa potilaan ennen toimenpiteen aloittamista, jolloin varmistutaan vielä kerran toimenpiteen oikeudesta. Potilaan yleisvointi tarkastetaan ja hänet ohjataan leikkaussaliin, jonne hän kävelee itse ja asettuu leikkauspöydälle ennen nukutusta.

Jotkut potilaat voidaan puuduttaa enakkoon leikkausosaston heräämössä, jonne on suora yhteys päiki-leiko-yksiköstä. Täl-

löin potilas kuljetetaan leikkaussaliin vuoteessa ja siirretään siitä leikkauspöydälle. Toimenpiteen jälkeen potilas vietään vuoteessaan heräämööseen, josta sitten kirurgisen vuodeosaston henkilökunta hakee hänet toipumista ja kuntoutusta varten osastolle.

Kun hoitoajat lyhenevät ja päiväkirurgian määrä lisääntyy, voidaan vuodepaikkoja vähentää. Seuraava vaihe onkin kirurgisten osastojen saneeraus niin, että varsinaisten kirurgisten vuodepaikkojen määrä vähenee 53:sta 28:aan. Toisen kirurgisen osaston peruskorjaus ajoittuu vuosille 2008–2009. Samalla toinen kirurginen osasto muuttuu ”monitoimiosastoksi”. Tämä johtuu ylläkuvatusta toimintatapojen muutoksesta.

Vuoden 2007 aikana Loimaan aluesairaalassa päiväkirurgisesti leikattujen potilaiden osuus oli noin 70 % kaikista leikatuista potilaista. Leiko-toiminta kattoi 90 % suunnitellusti sisään tulevista kirurgisista potilaista. Myös suuri osa päivystyksenä leikattavista potilaista otetaan suoraan ensiapupoliklinikalta leikkausosastolle, josta heidät siirretään leikkauksen jälkeen vuodeosastolle toipumaan.

Toistaiseksi emme ole tehneet tutkimusta potilaiden kokemuksista, mutta kun asiaa kysyy yksittäisiltä potilailta, jotka ovat saaneet hoitoa ”vanhan” tavan mukaan ja tulevat nyt uudistetulla tavalla hoitoon, ilmoittavat he järjestään tyytyväisyytensä uuteen menettelyyn. Potilaat kokevat leiko-toimintatavan hyväksi ja järkeväksi. Leikkaukseen voi valmistautua kotona ja yleensä edeltävän yön unikin on parempaa omassa sängyssä.

Uudistunut toimintamalli on osoittautunut onnistuneeksi ratkaisuksi potilaan ja henkilökunnan kannalta. Kehitystyö on tehty moniammatillisena yhteistyönä kirurgien, ylihoitajien, anestesia- ja leikkausosastojen sekä päiväkirurgisen yksikön hoitajien kesken. Tämä leiko-päiki-toiminnan kehitystyö jatkuu edelleen. Työhön osallistuneiden asenteet muutokseen ovat kääntyneet myönteisiksi.

UNIAPNEAN HOITO KANNATTAA

Hoitamaton uniapnea lisää ennenaikaista kuolleisuutta, tapaturmia, huonontaa työ- ja toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisää terveydenhuollon kustannuksia jo vuosia ennen oireyhtymän diagnosointia. Siksi uniapneaa kannattaa hoitaa.

Unenaikaiset hengityshäiriöt jaetaan kuorsaukseen, osittaiseen unenaikaiseen ylähengitystieahtaamaan sekä obstruktiiviseen (ahtauttavaan) ja sentraaliseen (keskushermostoperäiseen) uniapneaan. Yleiskielessä uniapnealla tarkoitetaan sekä obstruktiivista uniapneaoireyhtymää että osittaista unenaikaista ylähengitystieahtaamaa.

VSSHP:ssä arvioidaan olevan vähintään 30.000 uniapneapotilasta. Valtaosa heistä on diagnosoimatta. Uniapneapotilaat ovat yksi TYKSin suurimmista potilasryhmistä.

Uniapnea TYKS:ssä v. 2006

2. yleisin sairaalahoitajaksien syy TYKS:ssä
15. yleisin hoitopäivien syy TYKS:ssä
16 % keuhkopoliiklinikakäynneistä (näistä hoitajapoliiklinikakäyntejä 1531/54 %)
37 % keuhkoklinikan hoitajaksista
13 % keuhkoklinikan hoitopäivistä
90 % potilaista on alle 65-v.
1472 yöpolygrafiaa
näistä 733 (50 %) keuhkoklinikassa (179 poliiklinistä ja 554 osastolla)
lopot muissa toimipisteissä (TYKS:n KNK, SAS, LAS, VSS, Turunmaa)

Diagnostiikka ja hoito

Tyypillinen potilas kuorsaa äänekkäästi joka yö, hengitys katkeilee nukkuessa ja päivisin väsyttää. Kaikki eivät hakeudu hoitoon näiden oireiden vuoksi. Närästyksen, rytmihäiriötuntemusten, vaikeahoitoisen verenpainetaudin, yöllisten WC-käyntien, yöhikoilun, unettomuuden tai masentu-

neisuuden synnä voikin olla uniapnea. Liikavuus on uniapnean tärkein vaaratekijä. Kolmasosa uniapneapotilaista on kuitenkin normaalipainoisia.

Diagnostiikan kulmakivi on hyvä anamneesi, jossa oirekuva ja elämäntavat tarkentuvat, perussairaudet ja lääkitykset selviävät. Potilaan perustilan lisäksi on tärkeää arvioida kasvojen, nenän ja nielun rakenteet. Verikokeita, keuhkokuvaa tai hengityskokeita käytetään diagnosoimattomien perus- ja liittännäissairauksien selvittämiseksi. Unirekisteröinti varmistaa unenaikaisen hengityshäiriön.

Vuonna 2006 VSSHP:ssä tehtiin 1472 unirekisteröintiä, joista puolet TYKSin keuhkoklinikassa.

Painonhallinnan ohella uniapnean tehokkain hoitomuoto on unenaikainen ylipainehengityslaittehoito eli nenä-CPAP-hoito (continuous positive airway pressure). Hyvä hoitovaste edellyttää CPAP-laitteen käyttöä vähintään neljä tuntia yössä. VSSHP:ssä CPAP-hoito aloitetaan yleensä TYKSin keuhkoklinikassa, joko osastolla kahden yön harjoitteluna tai poliiklinisesti automaattisesti säätyvän CPAP-laitteen avulla.

Unihoitajan työ on itsenäistä

Hoitohenkilökunnan työn tavoitteena on saada potilas sitoutumaan CPAP-laitteeseen ja painon pudotukseen, jolloin hänen elämänlaatunsa paranee ja mahdollisesti muiden terveyspalvelujen tarve vähenee. Laihdutus on vaikeaa ja se onnistuu vain harvoin. Keuhkoklinikassa järjestetään ra-

vitsemusterapeutin johdolla painonhallintaryhmiä uniapneapotilaille kaksi kertaa vuodessa.

CPAP-laittehoitoja on potilaille aloitettu aiempina vuosina pelkästään vuodeosastolla lääkärijohtoisesti. Nykyisin myös osastomme hoitajilla on valmiudet CPAP-hoidon aloittamiseen.

Uniapneapotilaille on järjestetty vuodesta 1996 lähtien ns. kertauskurssi kuusi kertaa vuodessa. Sinne pyritään kutsumaan kaikki potilaat, joilla on todettu uniapnea lähiaikoina.

Vuodesta 1999 osastollamme on toiminut kokopäiväisesti hoitajapoliiklinikka, jossa kokenut sairaanhoitaja itsenäisesti ottaa vastaan uniapneapotilaita. CPAP-laitetta käyttävät potilaat käyvät 1–2 vuoden välein sairaanhoitajan vastaanotolla. Poliiklinikakäynnillä hoitaja huomioi potilaan terveydentilassa tapahtuneet muutokset, tarkistaa laitteen kunnon ja tarvittaessa uusii potilaan käyttämän maskin.

Vuodesta 2005 CPAP-laittehoitoja on aloitettu poliiklinisesti ja nykyään se on vakiintunut käytäntö hoitaja- ja keuhkosairauksien poliiklinikalla. Potilaat saavat automaattisen CPAP-laitteen ja se vaihdetaan myöhemmin vakioapainiseksi laitteeksi.

TYKSin keuhkoklinikka edelläkävijä

CPAP-hoito aloitettiin TYKSissa vuonna 1987 samaan aikaan kuin Helsingissä. Ensimmäinen itsesäätyvä CPAP-laitte sopivan hoitopaineen määrittämiseksi otettiin käyttöön 1994, vuosi ennen laitteen tuloa Euroopan markkinoille.



TNI-hoitolaite saatiin vuonna 2007 koekäyttöön ensimmäisenä Suomessa. TYKSin keuhkoklinikka on yksi harvoista paikoista, jolla on unilääketieteen erityis-pätevyuden kouluttajaoikeudet. Keuhko-klinikassa on myös ennakkoluulottomasti kehitetty vaativaa unihoitajapoliklinik-katoimintaa vastaamaan yhä kasvavan potilasjoukon tarpeisiin.

Uusia apuneuvoja uniapneapotilaan diagnostiikan ja hoidon parantamisessa ovat loppuvuodesta 2007 Hoitoreitit-hankkeen osana valmistuva uniapneapotilaan hoitoketju ja strukturoitu lähete. TYKSin keuhkoklinikka osallistuu myös tutkijaläh-töiseen eurooppalaiseen monikeskustutkimukseen, jossa kerätään maailman suurin 10 000 uniapneapotilaan tietokanta. Tutkimuksen avulla uniapneapotilaiden diagnostiikkaa ja hoitoa pystytään edelleen parantamaan.

Unirekisteröintiin ei keuhkoklinikassa ole toistaiseksi jonoa; kiireellisille potilaille rekisteröinti tehdään viikon sisällä ja muillekin kuukaudessa. VSSHP:ssä on noin 3000 CPAP-laitetta käytävää potilasta ja määrä lisääntyy muutamalla sadalla vuosittain.

Moniongelmaisten unihäiriöpotilaiden hoidossa toiminnallinen monialainen unihäiriöpoliklinikka tehostaisi hoitoprosesseja. Uudet eurooppalaiset standardit täyttävän unihäiriöpoliklinikan perustamisen tarve on ilmeinen ja TYKS voisi olla siinä edelläkävijä Suomessa.

Kannattaako uniapneaa hoitaa?

Jopa terveydenhuollon ammattilaiset esittävät usein kysymyksen ”Kannattaako niitä lihavia kuorsaajia hoitaa?” Uniapneapotilaiden sitoutuminen CPAP-hoitoon on samaa luokkaa kuin muissa kroonisissa sairauksissa. Tehokas hoito lievittää päiväväsymystä, parantaa elämänlaatua ja työkykyä. Hoitamattoman uniapneapotilaan vaara joutua liikenneonnettomuuteen on 3–7-kertainen.

CPAP-hoito tehoaa verenpaineeseen miehillä yhtä hyvin kuin yksittäinen verenpainelääke. Uniapnea on itsenäinen vaaratekijä insuliiniresistenssille, vaikka painoindeksi ja muita tekijöitä otetaan huomioon. Useissa tutkimuksissa CPAP-hoidolla on ollut suotuisa vaste verensokeritasapainoon. CPAP-hoito vähentänee eteis-

värinän uusiutumista ja sydäninfarktien ilmaantumista uniapneapotilaalla.

Tärkeää on diagnosoida uniapnea ennen anestesiaa vaativaa toimenpidettä: muutamankin yön hoito edeltävästi ja heti nukutuksesta herättyä parantaa hengityskeskusten vastetta ja pienentää uniapneapotilaan anestesiaan liittyvää hengityspysähdyksen vaaraa.

Hoitamaton uniapneapotilas on kallis yhteiskunnalle. Uniapnea lisää terveydenhuollon kustannuksia jo vuosia ennen oireyhtymän diagnosointia. Uniapnean hoito on myös kohtuuhintaista: laite-, naamari- ja kahden vuoden välein tapahtuvan hoitajapoliklinikkakäynnin kustannukset ovat vuotta kohti laskettuna vain pari sataa euroa. Osalla potilaista verenpaine- tai diabeteslääkitystä voidaan vähentää tehokkaan uniapnean hoidon aloittamisen jälkeen. Uniapnean hoito kannattaa – myös euroissa mitattuna.

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) on kuntayhtymä, johon kuuluu 55 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopisto. Jäsenkunnat luetellaan takakannessa. Piirin alueella toimii 24 terveyskeskusta ja elää yli 460.000 asukasta. Sairaanhoitopiiri tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja yhdeksässä sairaalayksikössä ja lukuisissa muissa palvelupisteissä. Sairaaloissa on yhteensä 1.576 sairaansijaa. Sairaanhoitopiirillä on runsaat 5.700 virkaa ja tointa. Piirin sairaaloissa toteutetaan noin 690.000 avohoitokäyntiä, 422.000 hoitopäivää, 81.000 hoitopaksoa ja 42.000 leikkaustoimenpidettä vuodessa.

Toiminnan tarkoitus ja palvelut

VSSHP järjestää laissa säädetyt erikoissairaanhoidon palvelut omalla toimialueellaan. Lisäksi VSSHP huolehtii lain mukaisten erityistason sairaanhoidopalvelujen saatavuudesta erityisvastuualueellaan, johon Varsinais-Suomen lisäksi kuuluu Satakunta. Sairaanhoitopiiri myy sairaanhoidopalveluita muillekin asiakkaille. VSSHP:n sairaaloita käytetään myös opetukseen ja tieteelliseen tutkimukseen.

Sairaalat ja toimintayksiköt

VSSHP:n sairaalat ovat Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), Loimaan aluesairaala, Salon aluesairaala ja Turunmaan sairaala - Åbolands sjukhus. TYKSiin kuuluvia sairaaloita ovat Kantasairaala, Kirurginen sairaala, Paimion sairaala, Raision sairaala ja Vakka-Suomen sairaala. Turunmaan sairaalasta tuli liikelaitos vuoden 2006 alusta ja siihen kuuluu myös Paraisilla sijaitseva Turunmaan mielenterveyskeskus. Sairaanhoitopiirin suomenkielinen psykiatrinen toiminta on yhdistetty piirinlaajuiseksi tulosalueeksi, jolla on psykiatrisia sairaaloita TYKSiin Kantasairaalan alueella, Halikossa, Uudessakaupungissa, Loimaalla sekä toimintaa monella muullakin paikkakunnalla. Lisäksi sairaanhoitopiirillä on piirin laajuiset palveluyksiköt Tykslab (laboratorioliikelaitos), Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus ja sairaala-apteekkeista muodostettu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lääkehuolto.

Talous

Sairaanhoitopiirin ja sen liikelaitosten yhteiset vuotuiset toimintakulut ovat noin 478 miljoonaa ja toimintatuotot noin 485 miljoonaa euroa, josta jäsenkuntien osuus on noin kolme neljäsosaa (tilinpäätös 2007). Muut tulot saadaan palveluiden myynnistä muille asiakkaille, potilasmaksuista ja valtionavusta.

Investointeja varten on varattu vuosille 2008–2010 yhteensä noin 196 miljoonaa euroa. Suurin investointikohde on TYKSiin T-sairaalan laajennus, jonka on suunniteltu valmistuvan vuonna 2011.

Hallinto

Sairaanhoitopiirin ylintä päätösvaltaa käyttää

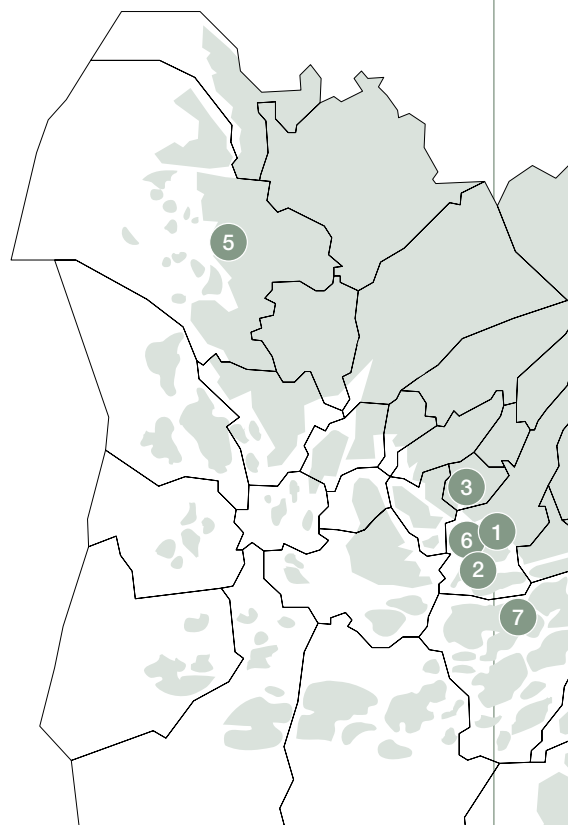
105-jäseninen kuntayhtymän valtuusto, johon jäsenkuntien valtuustot valitsevat kunnan koon mukaan 1–5 ja Turun yliopisto kaksi edustajaa. Valtuusto on siirtänyt osan päätösvallastaan kuntayhtymän hallitukselle, johon kuuluu 19 jäsentä. Jäsenistä 17 nimeää kuntayhtymän valtuusto ja kaksi Turun yliopisto. Hallitus on siirtänyt joidenkin asioiden käsittelyn nimittämilleen jaostoille, kuten henkilöstöjaostolle, talousjaostolle ja rakennusjaostolle.

Sairaaloilla (osavastuualueilla) ja liikelaitoksilla on omat johtokunnat, jotka päättävät tietyistä niiden toimintaan kuuluvista asioista. TYKSiin johtokuntana toimii kuntayhtymän hallitus. Sairaanhoitopiirillä on muitakin luottamusmiehistä koostuvia hallintoelimiä, kuten kielellisen vähemmistön lautakunta, tarkastuslautakunta ja yhteistyötoimikunta. Virkamiestasolla sairaanhoitopiirin toimintaa johtavat sairaanhoitopiirin johtaja, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja ja talousjohtaja.

TYKS 250 vuotta

Suomen sairaalatoiminta alkoi 1756, kun Ruotsin kuningas Aadolf Fredrik perusti Turun Lasaretin. Lasaretista yliopistosairaalaksi kehittynyt TYKS on Suomen vanhin yhtäjaksoisesti toimintanut sairaala ja joulukuussa 2006 sen perustamisesta tuli kuluneeksi 250 vuotta.

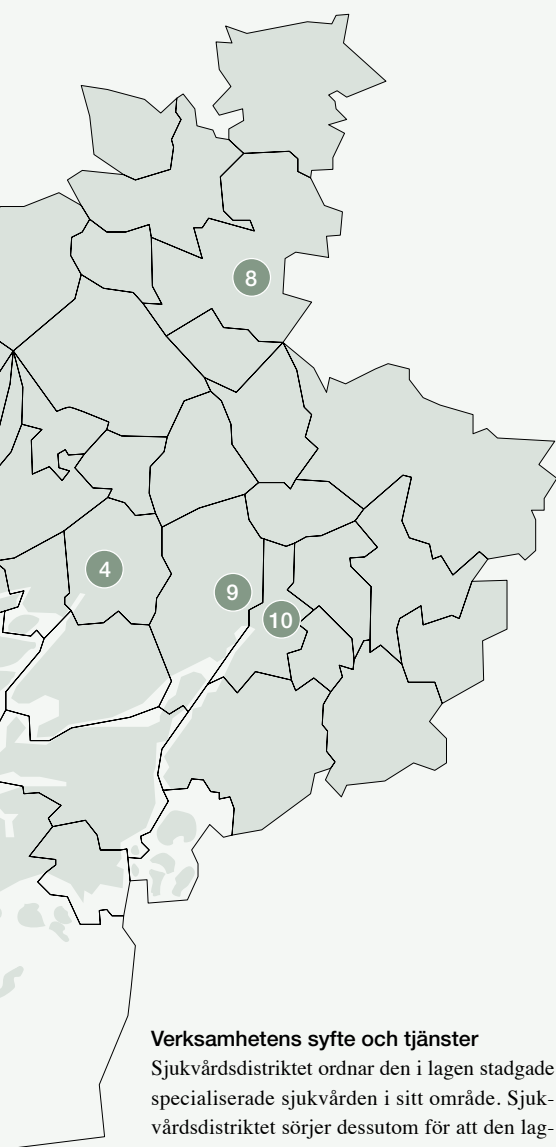
- 1756 Ruotsin kuningas Aadolf Fredrik allekirjoitti Turun lasaretin (läänsairaalan) perustamisasiakirjan.
- 1759 Turun lasaretin toiminta käynnistyi nykyisen Läntisen Rantakadun ja Eskelinkadun kulmauksessa.
- 1784 sairaala siirtyi nykyisen Sairashuoneenkadun ja Linnankadun kulmaan.
- 1881 sairaala siirtyi Turun Kiinamylynmäelle.
- 1943 Turun läänsairaala tuli yliopistollinen opetussairaala.
- 1958 nykyinen TYKS syntyi, kun Turun yliopistollinen keskussairaalaliitto perustettiin ja läänsairaala siirtyi valtiolta kuntien omistukseen.
- 1987 Paimion sairaala liitettiin TYKSiin.
- 1991 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri perustettiin.
- 2001 TYKSiin ja sairaanhoitopiirin hallinnot yhdistettiin.
- 2003 Raision sairaala liitettiin TYKSiin.
- 2004 Turun Kirurginen sairaala liitettiin TYKSiin.
- 2007 Vakka-Suomen sairaala liitettiin TYKSiin.



1. TYKS Kantasairaala
 2. TYKS Kirurginen sairaala
 3. TYKS Raision sairaala
 4. TYKS Paimion sairaala
 5. TYKS Vakka-Suomen sairaala
 6. Turunmaan sairaala
 7. Turunmaan mielenterveyskeskus
 8. Loimaan aluesairaala
 9. Halikon sairaala (Psykiatrian toimialue)
 10. Salon aluesairaala
-
1. ÅUCS Stamsjukhuset
 2. ÅUCS Kirurgiska sjukhuset
 3. ÅUCS Reso sjukhus
 4. ÅUCS Pemar sjukhus
 5. ÅUCS Vakka-Suomi sjukhus
 6. Åbolands sjukhus
 7. Åbolands mentalvårdscentral
 8. Loimaa kretssjukhus
 9. Halikko sjukhus (Psykiatriska resultatenheter)
 10. Salo kretssjukhus

EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt (VSSHP) är en samkommun, till vilken hör 55 kommuner och städer och Åbo universitet. Medlemskommunerna finns uppräknade på den bakre pärmen. I distriktet verkar 24 hälsocentraler och där bor över 460 000 invånare. Sjukvårdsdistriktet erbjuder specialiserad sjukvård på nio sjukhus och på åtskilliga andra serviceställen. Sammanlagt har sjukhusen 1 576 vårdplatser. Sjukvårdsdistriktet har drygt 5 700 tjänster och befattningar. Årligen äger över 690 000 öppenvårdsbesök rum på distriktets sjukhus. Antalet vård dagar uppgår till 422 000, vårdperioder till 81.000 och operationer till 42.000.



Verksamhetens syfte och tjänster

Sjukvårdsdistriktet ordnar den i lagen stadgade specialiserade sjukvården i sitt område. Sjukvårdsdistriktet sörjer dessutom för att den lagstadgade sjukvården på högspecialiserad nivå är tillgänglig i sitt specialupptagningsområde, till vilket förutom Egentliga Finland också hör Satakunta. Sjukvårdsdistriktet säljer sjukvårdstjänster också till andra kunder. Sjukhusen i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt utnyttjas också för undervisning och för vetenskaplig forskning.

Sjukhus och verksamhetsställen

Sjukhusen inom Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt är Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS),

Loimaa kretssjukhus, Salo kretssjukhus, och Åbolands sjukhus. ÅUCS:s sjukhusenheter är Stamsjukhuset, Kirurgiska sjukhuset, Pemar sjukhus, Reso sjukhus och Vakka-Suomi sjukhus. Åbolands sjukhus blev ett affärsverk i början av 2006 och till den tillhör även Åbolands mentalvårdscentral i Pargas. Sjukvårdsdistriktets finskspråkiga verksamhet inom psykiatri har sammanförts till ett resultatområde som täcker hela distriktet. Resultatområdet har psykiatriska sjukhus vid ÅUCS:s Stamsjukhus, i Halikko, i Nystad, i Loimaa, samt även verksamhet på flera andra orter. Dessutom har sjukvårdsdistriktet följande serviceenheter som täcker hela distriktet: Tykslab (laboratorieaffärsverk), Egentliga Finlands central för medicinsk utbildning och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts läkemedelsförsörjning, vilken har bildats av sjukhusapoteken.

Ekonomi

Sjukvårdsdistriktets driftskostnader är cirka 478 miljoner euro och försäljningsintäkterna ca 485 miljoner euro (boksletet 2007). Av kostnaderna betalar medlemskommunerna nästan tre fjärdedelar och resten täcks genom övriga inkomster såsom patientavgifter, försäljning till utomstående kommuner och andra kunder, och statsbidrag.

Den summa som åtgår för investeringar åren 2008–2010 är sammanlagt ungefär 196 miljoner euro. Det största investeringsobjektet är ÅUCS:s nya T-sjukhus, som planeras bli färdigt år 2011.

Förvaltning

Sjukvårdsdistriktets högsta beslutande organ är distriktets fullmäktige med 105 medlemmar. Till fullmäktigeförsamlingen väljer medlemskommunernas fullmäktige 1–5 representanter, beroende på kommunens storlek, och Åbo universitet två representanter. Fullmäktige har överfört en del av sin beslutanderätt till styrelsen för samkommunen, till vilken hör 19 medlemmar. Av medlemmarna i styrelsen utnämns 17 av samkommunens fullmäktige och två av Åbo universitet. Styrelsen har överfört behandlingen av en del ärenden till de sektioner den utsett,

såsom personalsektionen, ekonomisektionen och byggnadssektionen.

Sjukhusen (delansvarsområdena) har egna direktioner, som beslutar om vissa ärenden som har med sjukhusens verksamhet att göra. Samkommunens styrelse fungerar som direktion för ÅUCS. Sjukvårdsdistriktet har också andra förvaltningsorgan som består av förtroendevalda, såsom nämnden för den språkliga minoriteten, revisionsnämnden och samarbetsdelegationen. På tjänstemannanivå leds distriktet av direktören för sjukvårdsdistriktet, chefläkaren, administrativa överskötaren och finansdirektören.

ÅUCS 250 år

Sjukhusverksamheten i Finland började år 1759 i Åbo, då Sveriges kung grundade Åbo Lazarett. ÅUCS är Finlands äldsta sjukhus som verkat utan avbrott och år 2006 hade det förflytt 250 år sedan det grundades.

- 1756 Sveriges kung Adolf Fredrik undertecknade stiftelseurkunden för Åbo lasarett (länssjukhus) den 17:e december.
- 1759 Åbo lasarett inledde sin verksamhet vid nuvarande Västra Strandgatan.
- 1784 sjukhuset flyttade till hörnet av nuvarande Lasarett- och Slottsgatorna.
- 1881 sjukhuset flyttade till Kinakvarnbacken i Åbo.
- 1943 Länssjukhuset ombildades till universitetsundervisningssjukhus.
- 1958 det nuvarande ÅUCS uppstod, då Åbo universitetscentralsjukhusförbund grundades och länssjukhuset övergick från statens till kommunernas ägo.
- 1987 Pemar sjukhus fusionerades med ÅUCS
- 1991 Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt grundades.
- 2001 ÅUCS:s och sjukvårdsdistriktets förvaltning fusionerades.
- 2003 Reso sjukhus fusionerades med ÅUCS.
- 2004 Åbo stads kirurgiska sjukhus fusionerades med ÅUCS.
- 2007 Vakka-Suomi sjukhus fusionerades med ÅUCS.



VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIIRIN KUNTAYHTYMÄ

Alastaro	Kuusjoki	Oripää	Somero
Askainen	Laitila	Paimio	Suomusjärvi
Aura	Lemu	Parainen	Särkisalo
Dragsfjärd	Lieto	Perniö	Taivassalo
Halikko	Loimaa	Pertteli	Tarvasjoki
Houtskari	Marttila	Piikkiö	Turku
Iniö	Masku	Punkalaidun	Turun yliopisto
Kaarina	Mellilä	Pyhäranta	Uusikaupunki
Kemiö	Merimasku	Pöytyä	Vahto
Kiikala	Muurla	Raisio	Vampula
Kisko	Mynämäki	Rusko	Vehmaa
Korppoo	Naantali	Rymättylä	Velkua
Koski Tl	Nauvo	Salo	Västanfjärd
Kustavi	Nousiainen	Sauvo	Yläne

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Kiinamylynkatu 4-8, PL 52, 20521 Turku
Puh. (02) 313 0000, Faksi (02) 313 3613