

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lehti

Lasaretti

tidskrift för samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

2/kesäkuu 2008



Nopeasti apua nuorten ongelmiin

Kustannustehokasta toimintaa

75-vuotias sisätautien klinikka

Åland är alltid ett fall för sig



Potilaat, talous ja henkilöstö

Tätä kirjoittaessa liputuspäivänä 4.6.2008 kolme asiaa sairaanhoitopiirin arjessa nousee esille yli muiden: hoitojonojen lyheneminen, toimintakulujen ylitysuhka ja henkilöstön saatavuus. Nämä ovat myös sidoksissa toisiinsa.

Julkisen palvelun tulosta ei voida mitata vain yhdellä mittarilla. Siksi käytämme tasapainotettua mittaristoa (balanced scorecard), joka huomioi sekä asiakkaiden tarpeet, talouden tunnusluvut että henkilöstöresurssit.

Maassamme on ollut voimassa kolme vuotta lainsäädäntö, jonka mukaan potilaan tulee saada hänelle tarpeelliseksi arvioitu hoitotoimenpide enintään kuuden kuukauden odotusajan puitteissa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tällaisten potilaiden määrä on koko ajan ollut pienempi kuin muissa yliopistollisissa sairaaloissa.

Meillä on kuitenkin ollut tiettyjä potilasryhmiä, joiden pitkät odotusajat eivät ole lyhentyneet toivotulla tavalla. Esimerkiksi plastiikkakirurgista leikkausta tarvitsevat potilaat ovat olleet tällainen ryhmä. Tilanne on johtunut tämän alan osaajien niukkuudesta.

Viime vuonna jonomme alkoivat kasvaa myös eräissä muissa leikkauksissa, kuten kaihileikkauksissa johtuen osin lääkäritilanteen äkillisestä huononemisesta, osin syksyn työtaistelutilanteesta.

Jouduimme Terveystieteiden oikeus- ja sairaanhoitopiirille asetettiin uhkasakko, joka lankeaa, elleivät jonot lyhene. Tämän vuoden aikana jonoja on lyhennetty hartiavoimin ja kaikin keinoin: omalla perustyöllä, ylityöllä ja ostopalveluilla. Tilanne onkin nyt se, että olemme pääsemässä ensimmäistä kertaa "nollatilanteeseen" 30.6.2008 mennessä. Suoritus on erinomainen ja samalla voitaneen sakko välttää.

Kevään 2008 talouden analyysi osoittaa kuitenkin, että budjetti on ylittymässä lähes neljän prosentin verran. Ylitystä on materiaaliostoissa, palveluostoissa ja palkkamennoissa. Materiaaleissa ja palveluissa näkyvät leikkausmäärien ja muun toiminnan lisääntyminen.

Palkkasumma on kasvanut lähes kahdeksan prosenttia viime vuoden tammi-huhtikuuhun verrattuna. Siitä 6,5 prosenttia selittyy viime syksyn palkkatarkistuksella ja loput puolitoista prosenttia ylityöllä ja henkilöstön määrän lisäyksellä.

Haastavaa on se, että samaan aikaan teemme raameja vuoden 2009 talousarviolle. On selvää, että sairaanhoitopiirin ja yksiköiden johtohenkilöt tekevät kaikkensa talouden ylitysuhan pienentämiseksi. Tästä on selvät ohjeet annettu. Meillä on myös kokemusta siitä miten "laivan" kurssia voidaan tarvittaessa kääntää kesken vuoden.

Vuonna 2002 onnistuimme vastaavassa tilanteessa kovin toimenpitein välttämään budjettiyllitykset. Mm. Salon aluesairaala supisti silloin loppusyksyllä henkilöstön työpanosta yli 50 henkilöllä ja TYKSissä suljettiin osastoja loppuvuodeksi. Tuolloin ei kuitenkaan ollut lailla säädetty potilaan oikeudesta saada hoitoa määräjassa. Kiireelliset potilaat hoidettiin – kuten aina – mutta kiireettömien potilaiden jonon voitiin antaa kasvaa ja toiminnan supistuksilla hallita taloutta. Nyt tilanne on haastavampi.

Kolmas suuri asia on henkilöstön saatavuus. Joka kesä tuskailimme tämän ongelman kanssa. Olemme laatineet erilaisia varmistuskeinoja potilasturvallisuuden takaamiseksi. Henkilöstölle maksetaan ylimääräisiä korvauksia peräkkäisten vuorojen tekemisestä, töihin hälyttämisestä vapaa-ajaltaan jne. Tällaisten mallien muuttuminen "normaaliksi" on hälyttävä merkki. Kestävä ratkaisu voi olla vain perusmiehityksen vahvistaminen riittäväksi – mutta senkin tulee tapahtua hallitusti talousraamien puitteissa.



Aki Linden

Sairaanhoitopiirin johtaja

Direktör för sjukvårdsdistriktet

Patienter, ekonomi och personal

När det här skrivs dagen för försvarets fanfest 4.6.2008 är det tre saker som framför allt dominerar sjukvårdsdistriktets vardag: avkortningen av vårddköerna, hotet om överskridning av verksamhetskostnaderna och tillgången på personal. De här är också kopplade till varandra.

Den offentliga servicens resultat kan inte mätas med bara en mätare. Därför använder vi ett balanserat styrkort (balanced scorecard), som beaktar både klienternas behov, de ekonomiska nyckeltalen och personalresurserna.

I tre år har i vårt land varit i kraft gällande lagar, enligt vilka patienten inom en väntetid som omfattar högst sex månader skall få den vård som bedömts vara för patienten nödvändig. I Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt har antalet sådana här patienter hela tiden varit mindre än på de övriga universitetssjukhusen.

Vi har i alla fall haft vissa patientgrupper, där de långa väntetiderna inte på önskat sätt har blivit kortare. En sådan grupp utgör till exempel de patienter som behöver plastikkirurgisk operation. Läget har berott på den knappa tillgången på sakkunniga inom specialiteten.

Senaste år började våra köer växa också för en del andra operationer, såsom star-operationer, något som delvis berodde på att läkarsituationen plötsligt försämrades, delvis på höstens arbetskonfliktssituation.

Vi hamnade på Rättsskyddscentralen för hälsovårdens "svarta lista" och för sjukvårdsdistriktet förelades vite som förfaller till betalning ifall köerna inte blir kortare. Under det här året har köerna avkortats av alla krafter och på alla sätt: genom eget ordinarie arbete, genom övertidsarbete och genom köpta tjänster. Läget är nu det, att vi för första gången håller på att uppnå en "nollsituation" före 30.6.2008. Prestationen är utomordentlig och på samma gång torde vi kunna undvika vitet.

Den ekonomiska analysen av våren 2008 utvisar i alla fall att budgeten håller på att överskridas med nästan fyra procent. Överskridningar förekommer inom köp av material och köp av tjänster och i löneutgifterna. I material och tjänster syns ökningen av antalet operationer och den övriga verksamheten.

Lönesumman har ökat med nästan åtta procent jämfört med januari-april förra året. Av det består 6,5 procent av senaste hösts löneuppgörelse och den återstående en och en halv procenten av övertidsarbete och ökning av antalet anställda.

En utmaning är det, att vi samtidigt gör upp ramarna för budgeten för år 2009. Det är klart, att ledarna för sjukvårdsdistriktet och enheterna gör allt de kan för att minska hotet om budgetöverskridning. Om detta har givits klara direktiv. Vi har också erfarenhet av hur "skeppets" kurs vid behov kan ändras mitt under året.

År 2002 lyckades vi i en motsvarande situation med hårda åtgärder undvika budgetöverskridningarna. Bl.a. skar Salo kretssjukhus då i slutet av hösten ned personalens arbetsinsats med över 50 personer och på ÅUCS stängdes avdelningar för slutet av året. Då fanns det i alla fall inte med lag bestämt om patientens rättighet att få vård inom bestämd tid. Brådskande patienter behandlades – såsom alltid – men man lät kön med icke-brådskande patienter växa och reglerade ekonomin genom nedskärningar i verksamheten. Nu står vi inför större utmaningar.

Den tredje stora frågan är tillgången på personal. Varje sommar kämpar vi med det här problemet. För att garantera patientsäkerheten har vi vidtagit olika säkerhetsåtgärder. Man betalar extra ersättningar till personalen för att den gör på varandra följande arbetsskift, för att den alarmeras till arbetet under fritiden o.s.v. Att en sådan här modell blir till det "normala" är ett alarmerande tecken. En hållbar lösning kan bara vara att förstärka grundbemanningen så att den är tillräcklig – men också det måste ske behärskat inom ramarna för budgeten.

Sisältö



Potilaat, talous ja henkilöstö.....	2
Patienter, ekonomi och personel.....	3
Kilohinnat vertailuun erikoissairaanhoidossa.....	4
Kustannuksiin tehokkuutta.....	6
Sisätautien hoitoa 75 vuotta TYKSissä.....	7
• Sairaanhoidopiiristä Uudenkaupungin ravintopalvelutuottaja	
• Salon aluesairaalaan tulee keittiö	
• Sairaanhoidollisista palveluista liikelaitos	
• Sairaanhoidopiirille yhtenäinen viestintäpolitiikka	12
Avohoidot, leikkaukset ja lähetteet lisääntyivät	13
Hälsan både smakar och kostar.....	14
Akuuttia apua nuorten ongelmiin.....	16

TOIMITUSTIEDOT

Lasaretti - Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin tiedotuslehti sidosryhmille • informationsblad för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts intressentgrupper. 7. vsk. Julkaisija: Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri, PL 52, 20521 Turku. Puh. (02) 313 000. Päätoimittaja: Aki Lindén (puh. 313 3601), toimituspäällikkö: Esa Halsinaho (puh. 313 1083). Sähköpostit: etunimi.sukunimi@tyks.fi. Toimitus ja taitto: Pramedia Oy. Yhteyshenkilöt Pirkko Soininen ja Kaisa Riikilä, puh. (02) 445 6300, fax (02) 445 6309, sähköposti pirkko.soininen@pramedia.fi. Toimituskunta: Aki Lindén (pj.), Esa Halsinaho, Anne Hedman, Hannele Heine, Marko Marsala, Päivi Nygren, Turkkia Tunturi. Osoitteenmuutokset: Puh. (02) 313 1103, sähköposti tiedotus@tyks.fi. Painopaikka: Painoyhtymä Oy, Porvoo, 2008. ISSN 1457-9057.

Lisätietoja: www.vssh.fi/julkaisut/lehdet 2008.

Kannen kuva: Sairaalan osasto ei ole aina paras hoitopaikka nuorille, kertovat nuoriso-psykiatrian vastuuylläkäri Anders Sandqvist ja ylihoitaja Anita Birstolin
Kuva: Mikael Soininen

Kannen pikkukuva: Aivokasvaimen poistoleikkaus TYKSissä.
Kuva: Esa Halsinaho

Kilohinnat vertailuun erikoissairaanhoidossa

- drg-hinnoittelu kaikkiin sairaanhoitopiireihin?

Matkalla DRG:n kansallinen käyttö -hankkeen tiedotusseminaariin Kuntatalolle:

Kun on pitkään tekemisissä samojen asioiden kanssa, alkaa väkisinkin toistaa itseään. Se ei välttämättä ole huono asia, koska kehityksen syklit ovat usein hitaita. Kaivoin esiin syksyllä 2002 tämän lehden palstoilla ilmestyneen kirjoitukseni erikoissairaanhoidon ”kilohinnoista” ja se osoittautui kuuden vuoden jälkeen niin ajankoh- taiseksi, etten malta olla siteeraamatta sitä:

Kuluttajaviranomaiset ovat vaatineet kauppiaita asettamaan näkyviin tavanomaisten tuotehintojen lisäksi myös kilohinnat, joiden avulla kuluttajan on helpompi tehdä tuotteiden hintavertailuja. Ei tarvitse pitää mukana laskukonetta voidakseen tehdä edullisia ostopäätöksiä. Alkon tuotteissakin on litrahinta näkyvissä. Palvelupuolella tällaisen asiakasystävällisen informaation tuottaminen onkin jo paljon vaikeampaa eikä siihen mikään viranomaistaho ole toistaiseksi palveluntuottajia velvoittanutkaan.

Erikoissairaanhoidon valtionosuusuudistuksen myötä 1993 kaikki sairaanhoitopiirit ja niiden sairaalat jopa kukin erikseen alkoivat laatia uusia tuoteluetteloita ja asettaa tuotteilleen hintoja, joiden perusteella kunnat alkoivat saada laskuja kuntalaisille an-

netusta erikoissairaanhoidosta. Aikaisempi, turvallisen tuntuinen sairaalan hoitopäivän keskihinta jäi pois. Tilalle tuli aluksi erikois- alan hoitopäivän keskihinta ja sitten nopeaan tahtiin toinen toistaan monimutkaisempia ja yksityiskohtaisempia tuotteistus- ja hin- noittelukokonaisuuksia, joista oli mahdotonta selvittää todellisia potilashoidoista perittäviä maksuja.

Maksajan kannalta uusissa laskutusmenettelyissä on kiusallista, että KILOHINTA puuttuu. Maksajalla ei ole mitään mahdollisuuksia verrata eri palveluntuottajien hintoja keskenään, koska palvelumäärit- telyt ovat kaikilla tuottajilla omanlaisiaan. Toinen ikävä piirre on ns. tikkilaskutuksen yleistymisen eli jokaisen potilaan hoidosta laskute- taan välisuoritehintojen perusteella. Siis mitä enemmän otetaan esim. laboratoriotutkimuksia, sitä enemmän tulee kunnalle maksettavaa. Palveluntuottajalta puuttuu siten vastuu kokonaistaloudellisuudesta. Mitä pidempään potilas on sairaalassa, sitä enemmän kertyy lasku- tettavia hoitopäiviä, vaikka tietyn leikkauksen hinta olisikin esitetty hinnastoissa eurolleen.

Vaikka kuntalaskutusta on kehitetty jo vuosikymmenen ajan,



Laskusesimerkissä DRG -ryhmän 209A (lonkan, polven, nilkan tekonivelleikkaus, ei uusintaleikkaus) yhden vuoden tuotanto TYKSissä. Taulukosta ilmenee, mistä kaikista osista muodostuu esimerkkinä olevan DRG -ryhmän hinta. Jos (ja kun) kuntalaskussa nämä kustannustekijät ovat kaikkien hoidettujen potilasryhmien osalta koottu yhteen, ei laskun maksaja voi mitenkään saada tietoa minkään potilasryhmän hoidon todellisista kokonaiskustannuksista. DRG -järjestelmän tarjoama vaihtoehto kertoo kunkin potilasryhmän todelliset kustannukset valmiiksi yhteen laskettuna yhtenä euromääränä, jota on helppo verrata toisen palveluntuottajan vastaavaan summaan. Tarvittaessa on tietysti saatavilla DRG -ryhmän välisuorite-erittely kustannustietoi- neen, kuten ohessa.

KUSTANNUKSET, JOTKA SEKOITTUVAT VÄLISUORITELASKUTUKSESSA KAIKKIEN MUIDEN POTILAIDEN KUSTANNUKSIIN			
Laji/Ryhmä/Suorite		Lukumäärä	Laskutus €
Hoitopäivät			
Hoitopäivä			
H20OH1	Hoitopäivä	6 341	1 781 165
H20OH5	Kuntouttava jatkohoitopäivä	87	28 303
	Yhteensä	6 428	1 809 468
Hpv eristys			
H20OHE	Eristyshoitopäivä	22	13 572
Tehohoitopäivä			
TVAT4	Kirurgisen sairaalan valvontahoitopäivä	390	316 940
	Yhteensä	6 840	2 139 980
Leikkaus/toimenpide			
Päätöimenpide			
NGB20	PolviTEP ilna lumpio-osaa, liu	487	1 214 235
NFB30	Lonkan kokotekonivel, standard	339	694 066
NFB20	Lonkanosatekonivel, sementitöit	163	375 050
NGB40	PolviTEP ilna lumpio-osan kanssa	95	227 336
	Yhteensä	1 084	2 510 686
Implantit			
Implantti			
IAGS	Sementillinen tot. prot., Duracon, PFC, Thri	720	1 585 216
MKP	TEP-lonkka, met. tai ker. pinnoite, CLS-Duro	440	1 183 396
	Yhteensä	1 160	2 768 612
Kuvantamistutkimukset			
Isotooppi			
Radiologia		11	4 009
	Yhteensä	1 463	62 059
Lab.tutkimukset			
Kl.neurofysiologia			
Kliininen kemia		24	5 712
	Yhteensä	21 734	138 556
Patologiatutkimus			
Patologinen tutkimus		21 758	144 268
	LASKUTUS YHTEENSÄ	32	1 821
			7 631 435

DRG -LASKUTUKSESSA NÄKYVÄ, MITÄ ON TEHTY JA MITÄ MAKSAA			
Koodi	DRG-tuote	Lukumäärä	Hinta/pot. €
209A	Lonkan/polven/nilkan tekonivel, ei uus leikk.	1 084	7 040
			Laskutus yht. €
			7 631 435

suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä tutkimus- tai hoitopäivä on edelleen tulonlähde sairaalalle tai klinikalle huolimatta siitä, että tosi-asiassahan ne ovat vain kustannustekijöitä, joita tulisi karttaa.

Eihän tällaisesta sekamelskasta ole mihinkään. Muutosta täytyy tehdä asiakaslähtöiseen suuntaan. USA:ssa 80-luvulla kehitetty DRG -järjestelmä on levinnyt teollistuneissa maissa yleisimmäksi erikoissai- raanhoidon tuotteistuksen ja laskutuksen menetelmäksi. Siinä potilaat jaetaan pääasiassa diagnoosien ja toimenpiteiden mukaan ryhmiin, joiden kustannusrakenne on kohtalaisen yhtenäinen ja sitten vaan jokaisella ryhmällä on tietty sopimushintansa riippumatta siitä teh- däänkö potilaalle yksi tai kymmenen röntgenkuvausta tai onko hän sairaalassa viikon tai kaksi. Palveluntuottajan kannattaa silloin mini- moida resurssien käyttöä voidakseen hoitaa potilaita kilpailukyisellä kustannustasolla.

Tuon kirjoituksen jälkeen on valtakunnassa edetty verkkaisasti, kukin sairaanhoitopiiri pääasiassa omien viisauksiensa ohjaamana. DRG -tuotteistusta on otettu käyttöön lähes kaikissa piireissä, mitä se sitten tarkoittaa? Muutamissa piireissä on jopa alettu laskuttaa kuntia DRG -tuotteiden mukaan, mutta vain vuodeosastohoidossa. VSSHP:n vuodeosastolaskutuksesta (poisluettuna psykiatria) noin 70 % toteutuu tänä vuonna DRG -periaatteen mukaisesti. Vain HUS käyttää sekä osastohoidon että avohoidon DRG -laskutusta. Kaitokari- Punkari -työryhmän suositus DRG -laskutuksen käyttöönotosta jäi pääosin pölyttymään hyllyille. Satu-hankkeen loppuraportissa annet-

tiin selkeät, mutta melko ylimalkaiset suositukset sairaalatoiminnan kustannuslaskennasta ja DRG -tuotteistuksesta. Sen jatkoksi Kunta- liitto on käynnistänyt "DRG:n kansallinen käyttö" -hankkeen, johon ovat sitoutuneet lähes kaikki sairaanhoitopiirit – ainakin rahoittajina?

Uuden hankkeen yleistavoitteena on "tukea DRG -tuotteistuksen laajaa käyttöönottoa maassamme (peitto >80% tuotannon arvosta) kaikissa erikoissairanhoidon palveluja tuottavissa yksiköissä Suo- messa". Loppuraportin on määrä valmistua vuonna 2010. Käytäntö on osoittanut, että suositusten merkitys on melko vähäinen. Tarvittaisiin valtionhallinnon määräys DRG -tuotteistuksen yhdenmukaisen käyt- töönoton varmistamiseksi palvelujen hinnoittelussa. Kun edellytykset tälle luodaan nyt käynnistyvässä hankkeessa vuoteen 2010 mennessä, tulisi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön antaa jo nyt määräys, jolla käytän- nön hinnoittelu- ja laskutusmenettelyt yhdenmukaistettaisiin vuoden 2012 alusta. Ajankohta olisi sopiva siinäkin mielessä, että silloin tu- lee kuluneeksi 25 vuotta siitä, kun työryhmä Matts Brommels, Eero Linnakko, Esa-Matti Tolppanen ja Turukka Tunturi käynnistivät DRG -järjestelmän käyttöönottoa maamme erikoissairanhoidossa.

Junassa Turku-Helsinki 5.6.2008

T. Tunturi

Turukka Tunturi
johtajaylilääkäri

Kustannustehokkuutta - mutta ei hinnalla millä hyvänsä

Sairaanhoitopiirit pyrkivät toiminnassaan mahdollisimman kustannustehokkaaseen toimintatapaan. Tavoitteeseen pyrittäessä on kuitenkin koko ajan mietittävä paitsi hoitokustannusten määrää myös hoidon vaikuttavuutta eli potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Kaikki alan toimijat tuntuvat olevan samaa mieltä siitä, että tuottavuutta arvioitaessa täytyy ottaa huomioon paitsi hoidon kustannukset myös niiden vaikutukset potilaan kykyyn elää hoidon jälkeen yhteiskunnan jäsenenä. Sairauspoissaolot, työkyvyttömyys tai vanhusten mahdollisuudet asua itsenäisesti omilla kodeissaan ovat keskeisiä tuottavuuden mittareita.

– Totta kai on tärkeää hioa tuotantoprosessin tehokkuutta, mutta jos mietitään vain prosessia, saattaa käydä niin, että tehdään vääriä asioita. Hoidon vaikuttavuuden on oltava keskeinen mittari sairaanhoidon tehokkuudelle, terveydenhuollon tuottavuuteen perehtynyt TYKSLABin toimitusjohtaja Olli-Pekka Lehtonen toteaa.

Lehtonen muistuttaa kuitenkin, että tuottavuuden kehittäminen ei ole ristiriidassa hoitotulosten kehittymisen kanssa. Toisinaan on esitetty epäilyjä siitä, että tuottavuuden parantaminen saattaisi heikentää terveyspalveluiden laatua. Lehtosen mukaan elävässä elämässä on kuitenkin saatu aivan päinvastaisiakin tuloksia. Tuotantoprosessia kehittämällä voidaan parhaassa tapauksessa parantaa myös hoidon laatua.

Laboratoriossa teollisia prosesseja

Lehtosen omassa yksikössä, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin laboratoriopalveluista vastaavassa TYKSLABissa tuotta-

vuutta on parannettu automaatiota lisäämällä ja henkilöstöresurssien huolellisella käytteisellä.

– Me olemme sairaalaympäristössä kuitenkin hieman poikkeuksellinen yksikkö. Analyysitoiminta muistuttaa lähinnä teollisia prosesseja, joissa automaation osuuden kasvattaminen on mahdollista. Läheskään kaikessa sairaalatoiminnassa se ei kuitenkaan onnistu, Lehtonen muistuttaa.

Tuottavuuden eli operatiivisten prosessien parantamiseen terveydenhuollossa voidaan pyrkiä ainakin kolmella eri tasolla. Työntekijät voivat vaikuttaa lääkkeiden ja kulutustarvikkeiden tehokkaaseen hyödyntämiseen. Toimintayksiköissä hoitoaikojen optimoinnilla ja esimerkiksi päiväkirurgian osuuden kasvattamisella on keskeinen merkitys. Organisaation tasolla on keskeistä pyrkiä karsimaan päällekkäisyyksiä ja tarkentaa entisestään työnjakoa.

Vuodepaikat tarkkaan syyniin

Lehtosen mukaan yleismaailmallisesti tehokas tapa saada sairaanhoidon kustannuksia karsituksi on myös sairaalan vuode-

paikkojen vähentäminen.

– Kun muistetaan, että terveydenhoidon keskeinen tavoite on tuottaa terveyttä, ei hotellipalveluita, ollaan oikealla tiellä. Jo nyt koko maassa on onnistuttu laskemaan hoitopäivien määrää. Sen täytyy vähentää myös sairaaloiden vuodepaikkoja, mikä tietysti keskeisesti vaikuttaa kustannuksiin, Lehtonen muistuttaa.

”Terveydenhoidon keskeinen tavoite on tuottaa terveyttä, ei hotellipalveluita.”

– Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissäkin on aloitettu 200 vuodepaikan vähentämisprojekti. Se voisi tarkoittaa myös kokonaisuutta sairaaloista luopumista. Ratkaisut saattavat kuulostaa rankoilta, mutta uskon, että niiden toteuttaminen voidaan tulevaisuudessa järkevästi hoitaa.

Yliopistosairaaloiden tehtävä on Lehtosen mukaan kustannustehokkuuden kannalta kaksijakoinen. Kun se osallistuu kunnalliseen terveydenhoitoon, sen toiminnalta edellytetään äärimmäistä kustannustehokkuutta. Siihen sillä on suurien volyymien takia hyvät edellytyksetkin. Toisaalta yliopistopuolelta jo lakikin vaatii tutkimustyötä, jossa ei läheskään aina voida edetä pelkästään tehokkuuden ehdoilla.



Tiivistä yhteistyötä tehokkuuden hyväksi

Turun kaupungin terveystoimenjohtaja, hallintoylilääkäri **Markku Suokas** muistuttaa, että kustannustehokkuuteen täytyy ilman muuta pyrkiä terveydenhuollossa aivan kuten muussakin yhteiskunnallisessa toiminnassa. Silti asialla on hänen mukaan toinenkin puoli:

– Terveystoimenhoito nähdään edelleen usein lähinnä vain kulueränä, vaikka terveys on ihmisen kannalta hyvinvoinnin perusedellytys. Kaikki terveyden edistämiseen tehtävät panostukset ovat investointeja yhteiskunnan keskeiseen voimavaraan eli ihmiseen.

– Terveystoiminnan pitäisi olla koko yhteiskunnan asia. Kun sairauksia ilmenee, on tärkeää saada potilas oikeaan hoitoon oikeaan aikaan. Varhainen sairauden tunnistus on edellytys hyvälle hoitotulokselle.

Kustannustehokkuuden parantamiseksi Suokas mukaan pitäisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinta saada toimimaan mahdollisimman tehokkaasti. Jos erikoissairaanhoidon edellytykset täyttyvät, lääkemenot edellyttävät toimenpiteet takkuilevat, lääkekustannukset ja sairauspoissaolot lisääntyvät, vanhusten kotona asuminen estyy ja leikkaukset vaikeutuvat ja toipu-

misaika pitenee. Nämä kaikki aiheuttavat helposti suuria kustannuksia.

– Turku ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri tekevät erittäin hyvää ja tiivistä yhteistyötä keskenään. Olemme muun muassa kehittäneet yhdessä hoitoreitit, joiden avulla hoidon tehokkuutta on voitu kehittää merkittävästi, Suokas toteaa.

Kilpailukyky kuntoon

Terveydenhoidon tuottavuuden parantamiseksi kaikkien palveluntuottajien täytyy Suokkaan mukaan kiinnittää huomiota omaan kilpailukykyynsä, jonka kriteereitä ovat palvelun haluttavuus ja laatu. Esimerkiksi sairaanhoitopiiriin täytyy olla palveluntuottajana haluttava kolmen eri kohderyhmän silmissä: potilaan, maksajan eli kuntien ja työntekijöiden.

– Maksajan näkökulmasta katsottuna on erityisen keskeistä tietää, että palvelukonseptit ovat omakustannushinnoiltaan kohdallaan. Jotta kunnissa voitaisiin luottaa asioiden olevan kunnossa, sairaanhoitopiiriin on pystyttävä läpinäkyvästi osoittamaan, että palvelutuotteet ovat oikeanhintaisia, Suokas tähdentää.



– Tällä hetkellä omistajien on joskus vaikea vertailla hinnoittelua esimerkiksi muihin sairaanhoitopiireihin tai vaikkapa yksityisiin palveluihin. Sairaanhoitopiiriin pitäisikin kehittää raportointimenetelmiään niin, että se pystyisi tuottamaan objektiivista tietoa reaaliaikaisesti. Asiakaslähtöisyyteen pitäisi siis kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kuntia pitäisi sairaanhoitopiiriin näkökulmasta ajatella entistä enemmän juuri asiakkaina.

Markku Suokkaan mukaan nykyinen tasaräjähdysjärjestelmä vaikeuttaa todellisten kustannusten seuraamista. Hänen mukaansa todelliseen käyttöön perustuva laskutus olisi asiakkaan kannalta selkeämpi.

Epäsuorat kustannukset terveydenhuollon suurin kuluerä

Terveystoimenjohtaja, professori **Risto Tuominen** Turun yliopistosta muistuttaa, että sairauksista aiheutuvia kustannuksia pitäisi tarkastella entistä enemmän kokonaisuuksina. Suuri osa terveydenhuollon kustannuksista on niin sanottuja epäsuoria kuluja, jotka syntyvät esimerkiksi sairauspoissaoloista, ennenaikaisista eläkkeistä ja kuolemista. Niistä seuraa yhteiskunnalle tuottavuuden laskua, verotulojen menetyksiä, sairauspäivärahojen lisääntymistä, sijaistarpeita ja palkkatulojen menetyksiä.

Tuomisen mukaan on äärimmäisen lyhytnäköistä tuijottaa yksisilmäisesti vain terveydenhuollon suorita kuluja.

– Usein on niin, että huomattavatkin sairaanhoidon suorien kustannusten lisäykset kompensoituvat epäsuorien kulujen vähen-

misellä, Tuominen toteaa.

– Epäsuorien kulujen osuus saattaa olla suurimmillaan jopa 75 prosenttia kokonaisuudesta. Sen vuoksi onkin usein järkevää satsata hoidon alkuvaiheessa jopa huomattavan kalliisiin hoitoihin. Niiden avulla voidaan nimittäin vähentää merkittävästi epäsuorien kustannusten syntymistä.

Tuominen ottaa esimerkin reuman hoidosta. Jos vaikeasti diagnosoitava reumatikij löydetään varhaisessa vaiheessa ja potilasta päästään hoitamaan tehokkailla uusilla lääkkeillä, saavutetaan parhaimmillaan jopa satakertaiset säästöt epäsuorissa kustannuksissa.

Tehokkaalla alkuvaiheen hoidolla tauti saadaan niin kutsuttuun remissiotilaan, jolloin potilas voi taudista huolimatta elää täysin normaalia elämää. Jos hoidon aloittaminen

myöhästyy tai se ei ole riittävän tehokasta remission saavuttamiseksi, potilas saattaa olla työkyvytön koko loppuelämänsä.

– Kun potilaan hoitoa suunnitellaan, on ehdottoman tärkeää miettiä sen kokonais seurauksia. Sairaanhoidon ongelmana onkin nykyisin se, että kun kaikkia yksiköitä vaaditaan tehostamaan toimintaansa, päädytään oravanpyörään. Kun erikoissairaanhoidon kotiuttaa potilaat nopeasti, kuluja siirtyy avoterveyden hoitoon. Tai kun Kela vastustaa kalliiden lääkkeiden käyttöä, potilaat eivät pärjää kotona, vaan tarvitsevat entistä enemmän sairaalahoitoa.

Tuomisen laskelmien mukaan kansantaloudellisesti olisikin erittäin usein viisasta panostaa tehokkaan sairaanhoidon suoriin kuluihin, jotta kalliilta, epäsuorilta kustannuksilta vältyttäisiin.

Suomalaiset sairaalat tehokkaita

Yleisesti ottaen suomalaiset sairaalat toimivat aika tehokkaasti. Kahdeksantoista Pohjoismaiden tuottavinta sairaalaa toimii Suomessa, kertoo Stakesin terveystaloustieteen keskuksen, Chessin johtaja **Markku Pekurinen**. Vaikka kilpailukyky näyttäisikin olevan hyvä, parantamisen varaa hänen mukaansa silti löytyy.

– Sairaaloiden sisällä prosesseja on jo pyritty kehittämään tuotantotalouden näkökulmasta, mutta usein ongelmakohdat ovatkin eri yksiköiden välillä. Tehottomuutta syntyy, kun kaikkia palveluita pyritään tuottamaan mahdollisimman monissa eri yksiköissä.

Tärkeintä olisi tutkailla toimintaa koko sairaanhoitopiirin alueella. Kun toimintaa koordinoidaan entistä suurempien yksiköiden sisällä, sekä henkilöstöä että laitteita voidaan hyödyntää entistä tehokkaammin.

– Esimerkiksi Etelä-Karjalassa otetaan ensi vuoden alusta käyttöön malli, jossa sosiaali- ja terveystieteiden järjestää kaikki palvelut. Kunnat vain määrittelevät haluamansa palveluvalikoiman, jonka tuottamisesta piiri sitten vastaa.

Viime aikoina on ilmassa ollut ajatuksia myös siitä, että sairaanhoitopiirit voisivat vastata myös perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. Ehkä sitä kautta voitaisiinkin saada lisää tehokkuutta aikaiseksi.

– Kaikki yksiköt joutuvat tällä hetkellä miettimään sitäkin, mistä ne saavat tulevai-

suudessa riittävästi työntekijöitä. Palvelujen keskittämisestä saattaa löytyä ratkaisuja myös niihin ongelmiin, Pekurinen huomauttaa.

Halpa ei aina ole hyvää

Markku Pekurisen mukaan kunnissa mietitään sairaanhoidon kustannustehokkuutta välillä liian yksisilmäisesti. Pelkästään hoidon hinnan sijasta pitäisi hänen mielestään tarkastella kustannusvaikuttavuutta eli sitä, mitä hoidolla saadaan aikaan.

– Hoidosta, joka on halpaa, mutta joka ei auta potilasta, ei ole kenellekään mitään hyötyä.

Kaikki sairaalat ovat esimerkiksi mukana Chessin tuottavuusvertailussa.

Suomalaisten sairaanhoitopiirien toiminta on Pekurisen mukaan nykyiselläänkin varsin läpinäkyvää. Sairaalat seuraavat omaa toimintaansa hyvin systemaattisesti. Kaikki sairaalat ovat esimerkiksi mukana Chessin tuottavuusvertailussa.

Kunnat saavat varsin tarkkaa tietoa siitä, mihin heidän rahojaan sairaanhoitopiirissä käytetään. Suurin osa rahasta kuluu työvoimakustannuksiin. Myös lääkkeet ovat merkittävä kuluerä. Lisäksi sairaaloissa rahaa tarvitaan uusien laitteiden hankintaan, energiakulujen kattamiseen, siivoukseen ja ruokaan. Kunnat kuitenkin kokevat, ettei heillä ole välineitä vaikuttaa sairaanhoitopiirin kuluihin. Ja vähän vaikeatahan se on, kun potilaat täytyy joka tapauksessa hoitaa, Pekurinen toteaa.

– Kuntien toivomuksesta sairaanhoitopiireissä on käytössä suoriteperusteinen laskutus, mutta varsinkin pienissä kunnissa suuret vuosivaihtelut saattavat aiheuttaa merkittäviä rahoitusongelmia. Yksi mahdollisuus olisikin kapitaatilaskutus, jolloin kunnat maksaisivat sairaanhoitopiireille asukkaiden pääluvun mukaan. Se ainakin helpottaisi kuntien menokehityksen arviointia, Pekurinen ehdottaa.

Teksti: Pirkko Soininen | Kuva: Mikael Soininen

Nivelreuman



Roche etsii kuvantamisesta apua nivelreuman ymmärtämiseen

Johtaja **Stanford L. Peng** kertoo, että Roche Pharmaceuticals on kiinnostunut tutkimaan uusien kuvantamismenetelmien käyttöä nivelreuman toiminnan mittaamisessa.

– Sellainen tekniikka olisi käyttökelpoinen tieteellisessä tutkimuksessa, kliinisissä kokeissa ja ehkä jopa käytännön lääketieteessä, Peng sanoo.

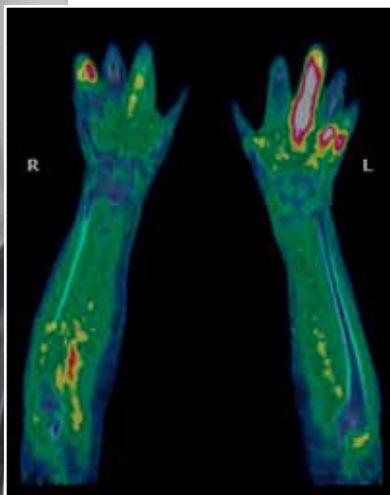
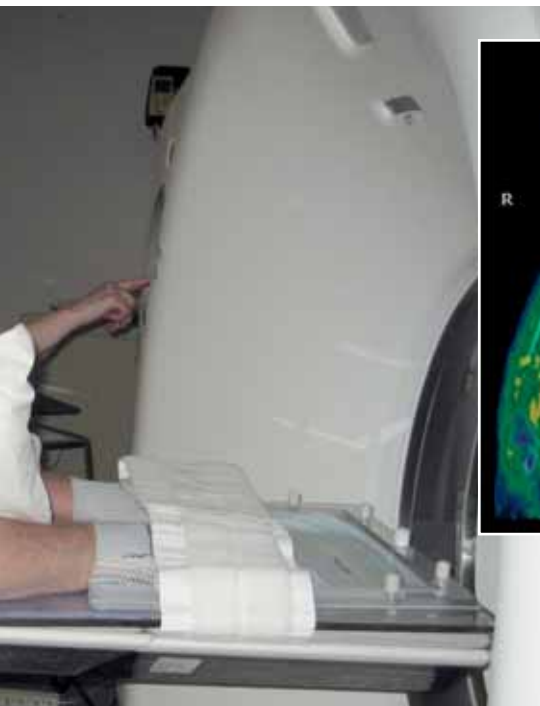
Miksi valitsitte kumppaniksi juuri Turun PET-keskuksen?

– Turun PET-keskus on itse asiassa yksi harvoista paikoista, jossa työskentelee tällä sovellusalueella sekä kliinisiä radiologeja että reumatologeja. Lyhyesti sanoen, käännyimme Roivaisen ja hänen kumppaniensa puoleen, koska he olivat osoittaneet tutkijapiireissä arvostettua asiantuntemusta ja kiinnostusta, Peng vastaa.

MD, PhD **Stanford L. Peng** toimii johtajana (Senior Director) lääketehdas Rochen Clinical Research and Exploratory Development -yksikössä, Palo Altossa.



PET-kuvantamiseen 315 000 euroa



Röntgenhoitaja Heidi Betlehem asettelee tutkittavaa PET-TT kuvausta varten.

PET-kuvassa [18F]FDG kertymä näkyy sormien pienissä nivelissä punaisena signaalina.

Turun PET-keskus on saanut lääketehdas Rochelta 315 000 euron apurahan tutkimukseen, jossa selvitetään, miten PET-kuvantaminen [18F]FDG merkkiaineella soveltuu nivelreuman varhaiseen havaitsemiseen ja hoidon tehon arviointiin.

”Saamamme apuraha on erittäin merkittävä. Rochen edustaja otti itse meihin yhteyttä ja kysyi halukkuutta tutkimusyhteistyöhön. Näin tärkeän ulkopuolisen rahoittajan saaminen mahdollistaa tutkimuksen täysipainoisen läpiviemisen, kertoo projektin tyytyväinen johtaja, kokeellisen isotooppilääketieteen dosentti **Anne Roivainen**.

Tutkimus käynnistyi kevään aikana ja tuloksia on odotettavissa ensi vuoden alkupuolella. Tutkimukseen valitaan 18 varhaista nivelreumaa sairastavaa potilasta, joille aloitetaan perinteinen reuman yhdistelmä-lääkehoito. Jokaiselle tutkittavalle tehdään PET-kuvaus ennen hoidon aloittamista ja kahden viikon sekä neljän viikon kuluttua hoidon aloittamisesta.

Nivelreumamuutosten lähtökohtana pidetään yleisesti nivelkalvon tulehdusta eli synoviittia. Nivelkalvon paksuuntuminen johtuu tulehdussolujen kerääntymisestä nivelkalvoille. Paksuuntunut nivelkalvo muodostaa niin sanotun pannuskudoksen, joka leviää edelleen ruston pintaan ja alkaa syövyttää rustoa ja luuta, jolloin syntyy nivel-

Uskomme, että PET-menetelmä on herkempi kuin tavanomaiset hoidon tehoa mittaavat menetelmät.

vaurioita.

– Uskomme, että PET-menetelmällä voimme kuvantaa ja kvantitoida synoviakudoksen tulehdussolujen aktiviteettia ja saada siten tarkemman käsityksen niveltulehduksen kulusta kuin tähänastisilla tutkimusmenetelmillä, kertoo Roivainen.

Radiologisesti nivelten muutokset voidaan havaita vasta noin puolen vuoden kuluttua taudin puhkeamisesta. PET-menetelmällä muutokset taas voidaan havaita hyvin varhaisessa vaiheessa.

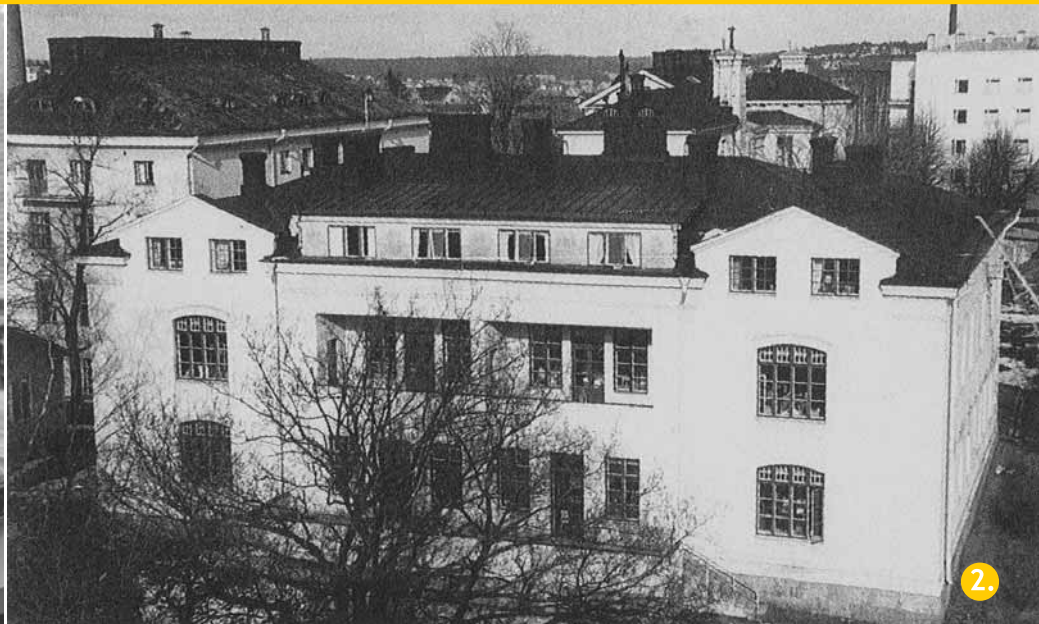
– Uskomme, että PET-menetelmä on herkempi kuin tavanomaiset hoidon tehoa mittaavat menetelmät. Hoidon tehon arviointia voidaan sen avulla tehdä paljon aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa ja tarkemmin, Roivainen toteaa.

Roche aikoo käyttää tuloksia hyväkseen uusien reumalääkkeiden kehitystyössä.

Tutkimus: Nivelreuman aktiviteetin mittaaminen positroniemissiotomografialla (PET) käyttäen [18F]FDG merkkiainetta; hoidon tehon arviointi

Tutkimusryhmä: Projektin johtaja, kokeellisen isotooppilääketieteen dosentti Anne Roivainen, tutkimuksesta vastaava reumatologian erikoislääkäri **Timo Yli-Kerttula**, reumatologian professori **Timo Möttönen**, PET-metaboliatutkimusten professori **Pirjo Nuutila**, kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen dosentti **Marko Seppänen**, radiologian professori **Riitta Parkkola**, mallintaja **Vesa Oikonen**, tutkimushoitaja **Mia Koutu** ja lääketieteenopiskelija **Sannamari Hautaniemi**.

Sisätautien hoitoa 75 vuotta



TYKSiin sisätautien klinikka täytti toukokuussa 75 vuotta. Kun klinikka avattiin Turun Lääninsairaalan vastaanotto-osaston eli mielitautien osaston entisiin tiloihin, oli siellä aluksi hoitopaikkoja yhteensä 60 potilaalle.

– Vuosien saatossa klinikalla on ollut potilaspaikkoja enemmänkin, mutta nyt niitä on 209. Nykyisin pyritään entistä enemmän hoitamaan potilaita avohoidossa niin, että vuodepaikoista on voitu osittain luopua, sisätautien klinikan ylilääkäri, professori **Jorma Viikari** kertoo.

Tilat hajallaan

Sisätautien klinikan toiminnot ovat tällä hetkellä melko hajallaan. Paitsi TYKSiin mäellä useissa eri rakennuksissa sisätautien klinikan osia on myös Paimion ja Raision sairaaloiden yhteydessä.

– Odotamme T-sairaalan laajennustyön valmistumista. Sinne siirtyy ensimmäisenä hematologinen yksikkömme ensi keväänä ja vuoden 2011 loppuun mennessä sinne pitäisi siirtyä myös kardiologinen toimintamme ja päivystyspoliklinikka. Muiden toimintojen järjestyksessä on meille lähitulevaisuuden yksi suurimmista haasteista, Viikari toteaa.

Viikari muistuttaa, että sisätautien klinik-

ka on nykyisin pienen kaupungin suuruinen talousyksikkö. Klinikkan toimintayksiköitä ovat kardiologia, gastroenterologia, endokrinologia, nefrologia, hematologia, infektioaudit, reumataudit mukaan lukien reumaortopedinen toiminta, ”yleissisätaudit” ja polikliininen toiminta.

Kardiologia on tällä hetkellä nopeimmin kasvava sisätautien erikoisala. Viikari muistelee, että aikanaan, kun 60-luvun lopussa TYKSiin esitettiin kardiologin viran perustamista, silloinen sisätautien klinikan ylilääkäri totesi, että jokainen sisätautilääkäri on myös kardiologi. Hänen ajatukseensa monet yhtyivät. Mutta, kun kirurgian klinikka ilmoitti mielihyvin ottavansa viran vastaan, se sentään ”kelpasi” sisätautien klinikallekin.

Hoidon porrastus ongelmana

– Suurin ongelma, jonka kanssa olemme joutuneet vuosia toimimaan, on ollut oikean hoidon porrastuksen toteuttaminen eri sairaanhoitolaitosten kesken. Se on aiheuttanut suuria ongelmia työntekijöiden fyysiselle ja psyykkiselle jaksamiselle. Johtajaylilääkärin hiljattain antama, asiaa koskeva määräys on muuttanut onneksi toimintakulttuuria. Nähtäväksi jää, kuinka pitkäaikainen määrärauksen vaikutus on, Viikari toteaa.

Myös mahdollisuudet osaavan ja motivoitun työvoiman saamiseen painaa Viikarin mieltä:

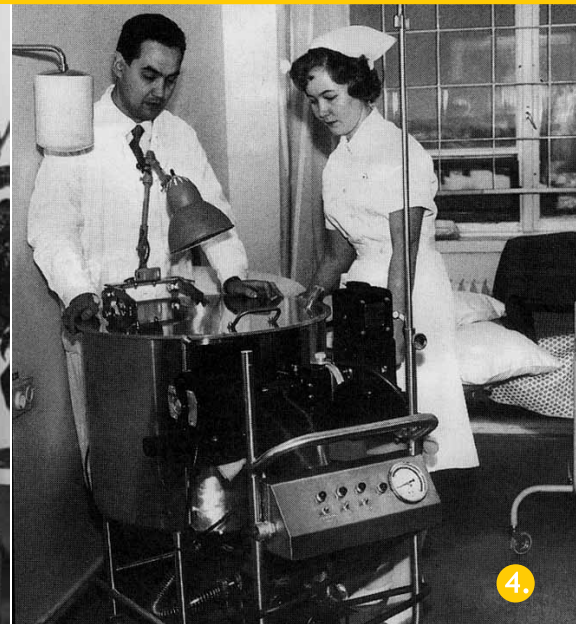
– On paradoksaalista, että yhteiskunta kouluttaa yhä enemmän uusia lääkäreitä ja sairaanhoitajia, mutta julkiselle puolelle heitä ei näytä riittävän. Ei minusta ole moraalisesti oikein sekään, että Suomeen houkutellessa sairaanhoitajia esimerkiksi Filippiineiltä, sillä siellä heitä tarvitaan vähintään yhtä kipeästi kuin täällä.

Helposti luettavaa historiaa

Juhlavuoden kunniaksi sisätautien klinikan toiminnasta julkaistiin myös historiikki, jonka toimituskunnassa olivat mukana **Jorma Viikari, Auli Toivonen, Pentti Seppälä, Liisa Iire, Ilkka Kantola ja Taina Mertamo**.

– Halusimme tehdä kirjasta kiinnostavan ja helppolukuisen. Siksi se ei ole systemaattinen katsaus kaikesta siitä, mitä klinikallamme on kuluneina 75 vuotena tapahtunut vaan kätevästi selailtava kirjanen, josta löytyy mielenkiintoisia vaiheita. Kirjan kuvitukseksi löytyi onneksemme runsaasti otoksia matkan varrelta. Niistä moni löytää varmasti itselleen tuttuja ihmisiä, paikkoja ja tapahtumia, Viikari kertoo.

TYKSissä



1. Yliääkäri Pekka Brummer ja kanslisti Anja Suominen 1970-luvulla.
2. Ensimmäinen sisätautien osasto avattiin tässä vastaanotto-osastolta vapautuneessa rakennuksessa v. 1933. A-sairaalan valmistuttua v. 1938 sisätautien osasto siirtyi sinne.
3. Ensimmäinen luuytimensiirtopotilas Leena Reunanen hoitoyhteisön keskellä osasto 014:llä joulukuussa 1981 (ylhäällä vasemmalta Erja Virtanen, Sylvi Uusitalo, Maire Virtanen, Marjatta Rantasalo, Aila Hiihtola, Pirjo Suominen, Maj-Len Eriksson. Alhaalla vasemmalta Irma Suomi, Maiju Kauppila, Anneli Hovirinta, Leena Reunanen, Ulla-Riitta Hupponen, Mervi Lulli-Seppälä ja Irma Ylikylä).
4. Ensimmäinen hemodialyysi (keinonmunuais-hoito) tehtiin joulukuussa 1961. Kuvassa Antero Kasanen ja Hilikka Koponen (myöh. Arstila).
5. Vuonna 1938 avattiin Suomen ensimmäinen keskussairaala, "lääni". Keskellä A-siipi, jossa sijaitsivat sisätautien ja kirurgian klinikan vuodeosastot ja poliklinikat.

Sydäntutkimukselle merkittäviä apurahoja

Sydäntutkimussäätiö antoi huhtikuussa Turun yliopiston sisätautiopin professori Jorma Viikarin tutkimustyölle 100 000 euron apurahan. Viikarin jo vuonna 1980 alkaneessa tutkimuksessa pyritään selvittämään yhteistyössä lastenklินิกoiden kanssa, miten valtimonkovettumataudin riskitasot kehittyvät lapsilla ja nuorilla aikuisilla ja mitkä tekijät niihin vaikuttavat.

Viikarin mukaan seurantatutkimuksessa on tähän mennessä saatu selville muun muassa, että lapsuudessa esiintyvillä riskitekijöillä on suuri merkitys valtimon sisäkierröksen rakenteelle ja toiminnalle aikuisena.

Tunnettuja riskitekijöitä ovat ikä, miessukupuoli, tupakointi, kohonnut verenpaine, kolesteroli, ylipaino ja diabetes. Nyt saadun apurahan turvin tutkitaan uusia ja vähemmän tunnettuja riskitekijöitä, jotka vaikuttavat valtimon seinämän rakenteeseen ja toimintaan.

Sydäntutkimussäätiön apurahan saivat myös professorit **Juhani Knuuti** 50 000 euroa, **Mika Scheinin**, **Olli Simell** ja **Juhani Airak-sinen** kukin 40 000 euroa.

Sairaanhoitopiiristä Uudenkaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon ravintopalvelujen tuottaja

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri toimittaa Uudenkaupungin tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon ravintopalvelut 1.1.2009 lähtien ainakin vuoden 2015 loppuun saakka. Uudenkaupungin kaupunginjohtaja **Kari Koski** ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin talousjohtaja **Risto Laalo** allekirjoittivat tätä koskevan sopimuksen 3.4.2008 Uudessakaupungissa, Tyksin Vakka-Suomen sairaalassa.

Käytännössä sopimus merkitsee ruoan valmistuksen siirtämistä kahdesta keittiöstä yhteen, sairaanhoitopiirin omistamaan keskuskeittiöön. Kun sairaanhoitopiiri on palvelun tuottaja, voi Uusikaupunki hankintalain mukaan piirin kuntayhtymän jäsenkuntana ostaa palveluja kuntayhtymältä ilman kilpailutusta. Toisinpäin näin ei voisi menetellä.

Sairaanhoitopiirin uudessa keittiössä tehdään jatkossa Uudenkaupungin terveystakeskuksen, Merituulen ja Kallannin vanhainkotien, Pajalan toimintakeskuksen, Sakun kulman palvelutalon ja kotihoidon ateriat. Yhdistetyssä keittiössä voidaan hyödyntää uutta ruoanvalmistustekniikkaa, minkä ansiosta työntekijöitä tarvitaan nykyistä vähemmän. Uudessa keittiössä on 29 työntekijää, kun kaupungin ja sairaalan keittiöissä oli vuonna 2007 yhteensä 36 työntekijää. Toimintojen yhdistäminen ei kuitenkaan aiheuta kummankaan osapuolen työntekijöiden irtisanomisia.

Salon aluesairaalaan tulee keittiö

Pitkään jatkunut pohdinta Salon aluesairaalan ja Halikon sairaalan ravintopalvelujen tuottamistavasta päättyi sairaanhoitopiirin hallituksessa huhtikuussa, kun hallitus merkitsi tiedokseen Salon aluesairaalan rakennushanketta koskeneen selvityksen. Selvityksen perusteella voitiin todeta, että aluesairaalan rakentamishankkeen sisältämiin tilaratkaisuihin ei ole tarkoituksenmukaista enää puuttua. Käytännössä se merkitsi sitä, että Salon aluesairaalan tekeillä olevaan uudisrakennukseen voidaan rakentaa myös sairaalakeittiö. Tällöin Halikon sairaalasta Saloon suunniteltua sairaalaruoaan kuljetusta ei enää tarvita.

Sairaanhoidollisista palveluista liikelaitos

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri perustaa liikelaitoksen, johon kootaan piirin sairaanhoidolliset palvelut. Ensi vuonna toimintansa aloittavasta liikelaitoksesta tulee alalleen merkittävä toimija. Siinä työskentelee lähes 800 henkilöä ja sen arvioidaan myyvän palveluja noin sadalla miljoonalla eurola ensimmäisenä toimintavuotenaan. Puolet toiminnasta keskittyy Tyksin Kantasairaalan alueelle. Liikelaitoksen perustamisesta päätti 10. kesäkuuta kokoontunut sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto.

Sairaanhoidollisten palvelujen liikelaitos muodostetaan yhdistämällä nykyinen laboratorioliiikelaitos Tykslab, Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus, Varsinais-Suomen lääkehuolto eli sairaala-apteekit, sairaaloiden välinehuoltopalvelut sekä Tyksin patologian ja kliinisen neurofysiologian yksiköt.

Vaikka uusi liikelaitos tarjoaakin palveluitaan pääasiassa muille oman sairaanhoitopiirin yksiköille, siihen liitettävät yksiköt harjoittavat merkittävää myyntitoimintaa myös sairaanhoitopiirin ulkopuolisille asiakkaille. Ulkomyyntin osuus vaihtelee V-S lääkehuollon yhdeksästä prosentista Tykslabin 36 prosenttiin. Liikelaitosmalli pystyy tarjoamaan niin sairaanhoitopiirille kuin ulkoisille asiakkaille korkealaatuiset, tehokkaat ja kustannusvastaavasti hinnoitellut palvelut.

Liikelaitoksen perustaminen vaatii joitakin muutoksia sairaanhoitopiirin hallintosääntöön, perussopimusta ei sen sijaan tarvitse muuttaa. Hallintosäännössä muun muassa turvataan tutkimuksen ja opetuksen asema liikelaitoksessa säätämällä, että sen johtokuntaan tulee yksi Turun yliopiston nimeämä edustaja.

Sairaanhoitopiirille yhtenäinen viestintäpolitiikka

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus on hyväksynyt piirille viestintäpolitiikan. Viestintäpolitiikassa linjataan sairaanhoitopiirin viestinnälliset arvot, periaatteet, vastuut ja toimintatavat sairaanhoitopiirin voimassa olevan strategian pohjalta. Viestintäpolitiikan pohjalta laaditaan jatkossa sairaanhoitopiirin vuosittaiset viestintäsuunnitelmat. Viestintäpolitiikka on julkaistu internetsivulla www.vsshp.fi/asiakirjat/viepo.

Avohoidot, leikkaukset ja lähetteet lisääntyivät

Avohoidojen määrä kasvaa edelleen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Kuluvan vuoden ensimmäisellä kolmanneksella kirjattiin 235 287 avohoitokäyntiä, joka on viisi prosenttia enemmän kuin vuosi sitten vastaavana aikana. Vuodeosastoilla kirjattiin puolestaan melkein kuusi prosenttia viime vuotta vähemmän hoitopäiviä, yhteensä 140 707 hoitopäivää.

Tilastojen valossa sairaanhoitopiiriin toiminta suuntautuu siis haluttuun suuntaan, osastohoidoista avohoitoon. Sairaalat kuitenkin eroavat jonkin verran, sillä Loimaan aluesairaalassa avohoitokäynnit laskivat hieman viime vuodesta, kun taas TYKSiin Vakka-Suomen sairaalassa ne lisääntyivät 30 prosenttia.

Sairaaloissa tehtiin tammi-huhtikuussa 27 495 päättyntä hoitajaksoa, melkein täsmälleen sama määrä kuin vuosi sitten tähän aikaan. Vuodeosastojen keskimääräinen hoitoaika lyheni lähes kuusi prosenttia.

Leikkaustoiminta on ollut viime vuotta vilkkaampaa, sillä tänä vuonna on tehty 11 995 leikkausta, joka on 460 leikkausta (neljä prosenttia) viimevuotista enemmän. Erityisesti elektiiviset leikkaukset ovat lisääntyneet, päiväkirurgiaa tehtiin sen sijaan kokonaisuutena hieman viimevuotista vähemmän. Leikkaustoimintaa on osaltaan kiihdyttänyt pyrkimys saada kaikki yli kuusi kuukautta odottaneet hoidettua ennen kesäkuun loppua.

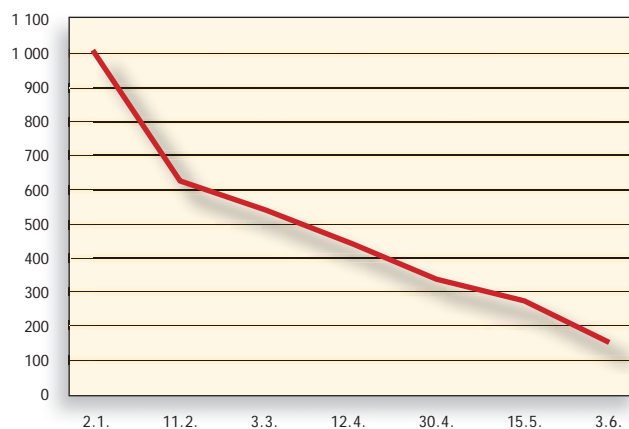
Läheteiden määrä kasvoi vuoden taitteisesta runsaat kolme prosenttia ja piiriin sairaaloihin tehtiin alkuvuonna 37 506 lähe-

tettä terveyskeskuksista ja yksityislääkäreiltä. Loimaan ja Salon aluesairaaloihin lähetteitä tuli kuitenkin hieman viimevuotista vähemmän, kun taas Vakka-Suomen sairaala sai 16 prosenttia enemmän lähetteitä

Potilaan viivästyneestä kotiuttamisesta tai toiseen hoitopaikkaan siirtymisestä kertyi neljän ensimmäisen kuukauden ajalta yhteensä 7 490 niinsanottua siirtoviivepäivää, joista 5 261 päivää lukeutui korotetun

hoitopäivämaksun piiriin. Toisin sanoen ne koostuivat kolmannesta ja sitä seuraavista siirtoviivepäivistä. Kaikista siirtoviivepäivistä kertyi asianosaisille kunnille yhteensä noin 3,7 miljoonan euron laskut, joista 1,5 miljoonaa koostui maksun korotetusta osasta. Siirtoviiveongelma kosketti yhteensä 830 potilasta. Siirtoviivepäivistä 70 prosenttia ja potilasta 64 prosenttia kohdistui TYKSiin.

VSSHP:n sairaaloissa yli 6 kuukautta toimenpiteeseen pääsyä odottaneet 2008



Leikkaustoiminnan lisääminen ja ostopalvelujen hyödyntäminen ovat tehonneet, sillä yli kuusi kuukautta leikkausta odottaneiden potilaiden määrä on nopeasti laskenut kuluvana vuonna.



Sairaanhoitopiiri lyhentää hoitonojoaan lisäämällä sekä omaa että ostopalveluna tuotettua leikkaustoimintaa. Kuvassa valmistellaan potilasta aivokasvaimen poistoleikkaukseen TYKSiissä.

Åland är alltid ett fall för sig

Hälsan både smakar och kostar

Åland är med sina 27 000 invånare som en medelstor finländsk kommun, säger förvaltningschef Björn-Olof Ehrnström. Utom att det inte är en kommun utan 16 små. Och de har en sjukvård som är uppbyggd för ett helt landskap.



Björn-Olof Ehrnström håller koll på de åländska sjukvårdskostnaderna.

Vi har en fantastisk hälsovård med ett eget centralsjukhus och öppen vård. Vi klarar allting själva utom den högt specialiserade vården. Det är klart att enhetspriset blir högt då, säger Ehrnström.

Men det finns inte något val. Folket sitter på olika öar och det är flera timmars båtresa till nästa sjukvårdsdistrikt.

– Vi har sju bakjourlinjer med specialister som behövs. Vi har också en utrustning som i princip kunde betjäna lite flera.

Så hälso- och sjukvården sväljer 26-27 procent av landskapets budget. På Åland är också primärvården en angelägenhet för landskapet, inte för kommunerna som annars för länge sedan hade varit tvungna till fusioner.

Björn-Olof Ehrnström tycker nog att de kunde fusioneras ändå, till exempel för att förenkla socialväsendet. Men det är en annan historia.

Sverige är dyrare

Åland köper specialistsjukvård från Uppsala, från Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, från kliniken Orton och från Åbo universitetssjukhus. Sju miljoner euro sammanlagt kostade det i fjol, tio procent av Ålands sjukvårdsbudget.

Av det gick lite mera än hälften till Sverige. Men för det fick man mindre än hälften av vård dagarna, närmare bestämt 1 800 mot 2 500 från Finland.

– Det är förstås så att vi skickar lite olika patienter till Sverige och Finland. Men ändå så verkar det då vi jämför kostnader att den svenska kostnadsnivån är ganska mycket högre än den finländska. I Sverige vill de inte riktigt tro på vår jämförelse så nu håller en grupp med experter från Helsingfors och Uppsala på och gör en utredning utgående från DRG, säger Ehrnström.

När Åland i fjol för första gången skrev ett vårdavtal med de finländska sjukhusen hade landskapsförvaltningen nog förhoppningen att man skulle få rabatt på vård dagspriserna.

– Det fick vi inte och egentligen förstår jag det utifrån debiteringsgrunderna i 'riket', säger Ehrnström.

En vård dag i Sverige kostade i fjol Åland i medeltal 1 862 euro, i Finland 1 054 euro.

Smidigt samarbete

Av de 3,3 miljoner som Åland betalar för specialsjukvård i Finland går 1,8 miljoner till ÅUCS.

– Den största patientgruppen är strålbehandlingspatienterna. Här fungerar vårt samarbete och också transportererna verkligen bra. Turku Air flyger in patienterna på morgonen, de åker med taxi direkt in till sjukhuset och då de har fått sin behandling kan de åka direkt tillbaka nästan direkt så att de är hemma vid middagstid. Det har man verkligen skött bra från Åbo.

Den medicinska vården säger Björn-Olof Ehrnström också att man är nöjd med. Kvaliteten ligger helt på samma nivå som i Sverige, säger han.

Cytostatikabehandling kan ges i Mariehamn.

Svenskan

Men så har ju Åland tröskelfrågan språket.

– Nästan på varje styrelsemöte har någon fått höra av någon patient som fått någonting på finska från riket, och så skall det utredas, säger Ehrnström.

Linjen är klar och avtalet är det också. Vård utom Åland skall ske på svenska, och kan det inte garanteras i Finland så skall man prioritera remiss till Sverige, slogs det fast i riktlinjerna i fjol.

Avtalet med ÅUCS innehåller ett krav på att alla epikriser levereras på svenska. I vissa fall kan de översättas i Mariehamn på ÅUCS bekostnad.

– Egentligen är det ju bara samma rättigheter som enligt språklagen tillkommer alla finlandssvenskar, påpekar Ehrnström.

Den åländska sjukvården tar allvarligt på patientens rättigheter också annars. Då det gäller allvarligare sjukdomar har patienten rätt att skaffa sig en vårdbedömning – second opinion – från en annan specialist, på landskapets bekostnad.



Ålands centralsjukhus har utrustning som i princip skulle räcka för en större befolkning. Bristen på personal är ett ständigt problem.

Ålands sjukvård i ett nötskal

Primärvården och specialsjukvården är sedan 1994 organisatoriskt sammanslagna till Ålands hälso- och sjukvård ÅHS. Däremot är fortfarande socialväsendet skilt för sig.

Det finns ett centralsjukhus i Mariehamn och verksamheter i nästan alla de övriga 15 kommunerna.

Inom hälso- och sjukvården finns ungefär 1 060 anställda, av dem 226 på deltid. Det finns en läkare i arbetsför ålder per 421 invånare, medan det i hela Finland går 307 invånare på en läkare. Personalbristen är ett problem.

ÅHS har 226 bäddplatser sammanlagt, 837 per 100 000 invånare. Det är något över jämförelsetalet i Finland (707) och mycket över Sverige (301).

Transporterna utgör en extra kostnad för specialsjukvården eftersom de inte ersätts av folkpensionsanstalten. Enligt en rapport i fjol betalar landskapet årligen 1,2 miljoner euro enbart för beredskapen att flyga ut patienter. För flygningarna betalas ytterligare 0,6 miljoner ur ÅHS budget.



Teksti: Pirkko Soininen | Kuva: Mikael Soininen

Akuuttia apua nuorten ongelmiin

- Halikon osaston sulkemisen myötä pystymme perustamaan uusia akuuttityöryhmiä, jotka arvioivat mahdollisimman ajoissa hoidon tarpeen. Sairaalan osasto ei ole aina paras hoitopaikka nuorille, kertoo nuorisopsykiatrian vastuuylläkäri Anders Sandqvist.

Nuorten ongelmia medikalisoidaan välillä liian hepposin perustein Anders Sandqvistin ja Anita Birstolinin mielestä.



Lasten- ja nuorisopsykiatrian Halikon kuusipaikkainen nuorten osasto suljetaan syksyyn mennessä. Osaston ylilääkärin virka sekä yhdeksästä hoitajan vakanssista kolme siirretään Saloon ja kuusi Turkuun.

Kummallekin paikkakunnalle perustetaan akuuttityöryhmät, jotka toimivat koulun ja sairaalan osaston välillä tiiviissä yhteistyössä kouluterveydenhuollon ja perheiden kanssa.

- Akuuttityöryhmät selvittävät yhteistyössä kouluterveydenhuollon kanssa nuoren tilanteen ja sen, miten nuorta voitaisiin parhaiten auttaa, kertoo Anders Sandqvist.

- Emme voi tehdä akuuttityötä yksin, vaan siihen tarvitsemme verkostoitumista perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kanssa, toteaa lasten- ja nuortenpsykiatrian ylihoitaja Anita Birstolin.

Hoidon tarve ennakoidaan

Uudet akuuttityöryhmät aloittavat työnsä

syksyllä. Parhaillaan käynnissä ovat kuntakierrokset, joilla kartoitetaan kuntien tarpeita.

- Turku on ottanut uuden työryhmän ilolla vastaan. On kaikkien etu, että voimme yhteistuumin ja akuuttityötä tekemällä ohjata nuoria oikeisiin hoitoihin. Pystymme tarjoamaan perusterveydenhuollon puolella konsultaatiopalveluita ja koulutusta, kertoo Sandqvist.

Työn painopiste on siirtymässä perhe- ja verkostokeskeiseen ennaltaehkäisevään työhön, joka lamavuosina lyötiin täysin laimin.

- Tämän hetken trendi on valitettavasti se, että lähetteitä tulee jatkuvasti enemmän ja enemmän. Tilanne on hallitsematon. Se heijastelee nuorten ongelmien pahenemista ja sitä, että toisinaan liiankin kevein perustein halutaan medikalisoita nuoren tilanne ja saada hänet hoitoon osastolle, Sandqvist toteaa.

Hoitoa tarpeen mukaan

Uudelleenorganisoinnin tuloksena pystytään myös toista Kupittaalla sijaitsevista nuorisopsykiatrian osastoista pitämään avoinna myös viikonloppuisin.

- Viime vuonna kahdeksanpaikkaisella osastolla oli välillä kuusitoista nuorta hoidettavana. Voi vain kuvitella, miltä tämä tuntuu nuorista ja henkilökunnasta. Potilasturvallisuus vaarantuu, hoito kärsii ja henkilökunnan jaksaminen on äärirajoilla, toteaa Anita Birstolin.

- Jatkossa pystymme ohjaamaan voimavaroja sinne, missä niitä tarvitaan. Osastolla voimme keskittyä niiden nuorten hoitoon, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon palveluja. Toisaalta pystymme auttamaan muita nuoria jo etulinjalla, ennen kuin ongelmat kasvavat liian suuriksi, Birstolin ja Sandqvist muistuttavat.