

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lehti

Lasaretti

tidskrift för samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

1/ huhtikuu 2009



Yhteistyö on ainoa mahdollisuus selvitä

Hoitoketjut varmistavat oikean toiminnan

Turku valmistautuu tulevaan

Talousjohtajan tulikaste

TEEMANA:
Erikoissairaanhoidon ja
perusterveydenhuollon
yhteistyö

Erikoissairaanhoido on peruspalvelua

Nimillä luodaan mielikuvia. Tämä pätee myös erikoissairaanhoidon. Olen havainnut, että monet poliitikot ajattelevat erikoissairaanhoidon olevan jollakin tavalla ”erikoista” tai jopa ”erityistä”. Vastaavasti perusterveydenhuolto tai laajemmin peruspalvelut ovat tavallisia ja yleisiä asioita.

Käsitteenä erikoissairaanhoido voi siis synnyttää vääriä mielikuvia. Ajatellaan, että kyse ei olekaan kaikkien tarvitsemista peruspalveluista. Tällainen ajatus tulee mieleen lukiessa esimerkiksi puolueiden vaaliohjelmiä. Niissä erikoissairaanhoidosta ei mainita yleensä juuri mitään, tai jos jotain mainitaan, niin todetaan esimerkiksi: ”Perusterveydenhuoltoa kehittämällä säästetään kalliin erikoissairaanhoidon kustannuksia.” Lainausta oli suoraan erään puolueen vaaliohjelma.

Todellisuudessa erikoissairaanhoido on lähellä jokaista kansalaista ja kyse on laajasti käytetystä palvelusta – siis peruspalvelusta.

Etuliite ”erikois” on seurausta siitä, että erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalojen mukaisia terveydenhuollonpalveluita. Erikoisaloja on virallisesti 49 ja useimmat niistä ovat meille kaikille tuttuja: silmätaudit, naistentaudit ja synnytykset, ortopedia ja traumatologia, kardiologia jne. Sen ”erikoisemmasta” asiasta ei ole kysymys.

Kunnallisesta terveydenhuollosta erikoissairaanhoido muodostaa 60 % ja perusterveydenhuolto 40 %. Yksityislääkäripalveluista yli 80 % erikoislääkäripalveluita.

Kalenterivuoden aikana joka neljäs suomalainen saa jotain erikoissairaanhoidon palvelua. Yhden arkipäivän aikana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloissa saa avohoitoa yli 2000 henkilöä ja vuodeosastolla hoidetaan yli tuhatta potilasta. Joka kymmenennelle henkilölle tehdään vuoden aikana jokin leikkaus.

Toki sairaaloissa hoidetaan myös äärettömän harvinaisia sairauksia, mutta valtaosa erikoissairaanhoidosta on meille kaikille tuttu: synnytyksiä, murtumia ja muita tapaturmia, astmaa, diabetesta, sydänsairauksia jne. Sairaanhoidopiirimme sairaaloissa tehtiin viime vuonna 3800 kaihileikkausta ja 2000 lonkan tai polven tekonivelleikkausta. Magneettitutkimuksia tehtiin omana tai ostettuna tuotantona yli 15 000 ja kaikkia kuvantamistutkimuksia yhteensä 200 000.

Erikoissairaanhoido on tärkeä osa suomalaisten turvajärjestelmää. Kuntien palveluihin käyttämistä euroista joka kuudes menee erikoissairaanhoidon. Olisi myös asenteiden tasolla hyväksyttävä laajasti se, että erikoissairaanhoido on yhtä tärkeä ja luonnollinen kuntien peruspalvelu kuin koulut, vanhustenhuolto, terveyskeskukset ja lasten päivähoido.

Oikein tiukan paikan tullen voidaan monesta muusta peruspalvelusta ainakin hetkellisesti tinkiä, mutta päivystävää erikoissairaanhoidoa tarvitaan aina. Kun siis jatkossa kuulemme päättäjien sanovan, että peruspalveluja kehitetään tai että niistä ei tingitä, uskomme heidän tarkoittavan myös erikoissairaanhoidoa.



Aki Lindén
Sairaanhoidopiirin johtaja
Direktör för sjukvårdsdistriktet

Med namn skapar man föreställningar. Det här gäller också specialsjukvården. Jag har lagt märke till att många politiker föreställer sig att specialsjukvården på något sätt är ”speciell” eller rentav något ”särskilt”. Däremot är primärvårdsvården eller basservice i största allmänhet något vanligt som gäller oss alla.

Specialsjukvården kan alltså som begrepp ge upphov till felaktiga föreställningar. Man tänker sig att det inte är fråga om någon basservice som alla behöver. Det här intrycket får man när man till exempel läser partiernas valprogram. I dem nämner man vanligtvis knappt något alls om specialsjukvården, eller, om man överhuvudtaget nämner något, så konstaterar man till exempel: ”Genom att utveckla primärvårdsvården sparar man på kostnaderna för den dyra specialsjukvården.” Citatet kommer direkt från ett partis valprogram.

I verkligheten berörs varje medborgare av specialsjukvården och det är fråga om en service som i stor utsträckning används – alltså basservice.

Prefixet ”special-” är en följd av att man med specialsjukvård avser hälsovårdstjänster som är uppdelade enligt de medicinska specialiteterna. Det finns officiellt 49 specialiteter och de flesta av dem är bekanta för oss alla: ögonsjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossningar, ortopedi och traumatologi, kardiologi. Något desto mera ”speciellt” är det alltså inte fråga om.

Av den kommunala hälsovården utgör specialsjukvården 60 % och primärvårdsvården 40 %. Av de privata läkartjänsterna är över 80 % specialläkartjänster.

Under ett kalenderår får var fjärde finländare någon av specialsjukvårdens tjänster. Under en vardag får uppskattningsvis 2000 personer öppenvård på Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts sjukhus och på bäddavdelningarna vårdas över tusen patienter. Var tionde person genomgår under året någon operation.

Förvisso behandlas på sjukhusen också ytterst sällsynta sjukdomar men största delen av den specialiserade sjukvården är för oss alla bekant: förlossningar, frakturer och andra olyckor, astma, diabetes, hjärtsjukdomar o.s.v. På sjukhusen i vårt sjukvårdsdistrikt utfördes senaste år 3800 starroperationer och 2000 höft- och knäprotesoperationer. Över 15.000 magnetresonansundersökningar utfördes antingen som egen produktion eller som köptjänst och alla avbildningsundersökningar sammanlagt uppgick till 200.000.

Specialsjukvården är en viktig del av finländarnas trygghetssystem. Av de euro som kommunerna använder för tjänster går var sjätte till specialsjukvården. Det borde också beträffande inställningen allmänt accepteras att specialsjukvården utgör en lika viktig och naturlig del av kommunernas basservice som skolorna, åldringsvården, hälsovårdscentralerna och barndagvården.

Om det riktigt kärvar till sig kan man åtminstone för en tid pruta på mycket inom basservicen, men det behövs alltid jourhavande specialsjukvård. När vi alltså i fortsättningen hör beslutsfattarna säga att man skall utveckla basservicen eller att man inte skall pruta på den, så tror vi att de med det också avser specialsjukvården.

Specialsjukvården är basservice

Erikoisairaanhoido on peruspalvelua	2
Yhteistyö on ainoa mahdollisuus selvittää	4
Hoitoketjut varmistavat oikean toiminnan	6
Paimiosta parhaat palautteet	8
Keuhko- ja reumasairaudet parhaita palautteiden antajia	9
Turku valmistautuu tulevaan	10
Salon sujuva savotta	12
Västaboland knyter gärna nya kontakter	14
Turusta alkaneelle sairaalalaitokselle juhlapostimerkki	15
Hoitotakuu toimii Varsinasi-Suomessa	15
Jatkohoitoon pääsy nopeutui	15
Terveiden edistämiseksi oma suunnitelma	15
Aivovammojen hiljainen epidemia	17
Hoitotyön toimisto hoitotyön kehityksen, tutkimuksen ja opetuksen tukena	19
Talousjohtajan tulikaste.....	21
On Remontin aika	22
T-sairaala laajenee ja täyttyy	24

TOIMITUSTIEDOT 2009

Lasaretti - Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tiedotuslehti sidosryhmille. Informationsblad för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts intressent-grupper. 9. vsk. Julkaisija: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, PL 52, 20521 Turku. Puh. (02) 313 000. Päätoimittaja Aki Lindén (puh. 313 3601), toimituspäällikkö Esa Halsinaho (puh. 313 1083). Sähköpostit: etunimi.sukunimi@tyks.fi. Toimituskunta: Aki Lindén (pj.), Esa Halsinaho, Anne Hedman, Hannele Heine, Päivi Nygren, Turkka Tunturi, Maria Vuorenmäki. Taitto ja toimituspalvelut: Sek Pro Oy. Yhteyshenkilö Saila Ketonen, puh. (02) 630 6211, sähköposti saila.ketonen@sekpro.fi. Toimittajat: Matti Hyyppä ja Juha Syrjä. Osoitteenmuutokset: Puh. (02) 313 1103, sähköposti tiedotus@tyks.fi. Painopaikka: Painoyhtymä Oy, Porvoo. ISSN 1457-9057.

Kannen kuva: Liedon pääterveysaseman ammattilaiset työn touhussa. Vasemmalta lääkäri Krista Korhonen, sairaanhoitajat Minna Seppänen ja Hanna Kaarto sekä potilasta tuuraava kotisairaanhoitaja Taina Joki-Sipilä. Kuva: Ali Koivunen

Teksti: Juha Syrjä | Kuva: Etiel Herlevi

Yhteistyö on ainoa mahdollisuus selvitä

Härkätien kuntayhtymän johtava lääkäri **Sirpa Rantanen** osaa herätellä ja provosoida kollegoita. Vai mitä tuumitte seuraavista kommentista: Elämää on lähetteen ja palautteen välilläkin. Terveystuollolla ei ole varaa kallistua - ainakaan vain organisaatiomuutosten vuoksi. Sairaanhoidopiiri kouluttaa, kuka suunnittelee? Verkostoituminen on ainut mahdollisuus selvitä.

Nämä kommentit tarttuivat kuulijoiden – ehkä hivenen punoittaviinkin – korviin sairaanhoidopiirin joulukuisessa seminaarissa, jossa Rantanen kertoi näkemyksiään terveyskeskuksen ja sairaanhoidopiirin yhteistyöstä.

– Pääasiassa yhteistyö sujuu hyvin. Olemme tehneet paljon asioita yhteistyön parantamiseksi, samoin erikoissairaanhoidon väki. On klinikoita, joiden kanssa yhteispeli sujuu totaalisen saumattomasti. Kaikkiaan yhteistyö on selvästi paremmalla tolalla kuin muutamia vuosia sitten. Mutta paljon on vielä parannettavaa – puolin ja toisin, Rantanen kertoo muutama kuukausi seminaarin jälkeen.

Yksi puhelinsoitto auttaisi

– Erikoissairaanhoidon palautteissa ja välipalautteissa olisi paljon kehitettävää. Aina kysytään, oliko hyvä lähete. Me haluaisimme kysyä, oliko hyvä palaute. Eli onko palautteessa oikeasti vastattu siihen, mitä on kysytty ja onko siinä huomioitu hoidon jatko riittävän pitkälle?

– Myös perusterveydenhuoltoa voi konsultoida. Vastamme erittäin mielellämme erikoissairaanhoidon konsultaatioihin. Kaksisuuntaisuutta ei juuri ole. Monesti ongelmat johtuvat vain siitä, ettei oikein hokata. Ei

tunneta toinen toistamme. Moni asia ratkeaisi yhdellä puhelinsoitolla.

– Joustavalla puhelimen käytöllä välttyisimme potilaan juoksuttamiselta paikasta toiseen – vain sen takia, että ammattilaiset eivät keskustele keskenään muuten kuin lähete-palaute-systeemillä. Samaan aikaan meillä on kaiken maailman viestintämahdollisuudet käytettävissämme. Aivan liian usein törmäämme siihen, että meillä ei ole ollut tapana tehdä noin. Miksi ei? Maailma muuttuu!

Entäpä seminaarissa kuultu lausahdus ”Sairaanhoidopiiri kouluttaa, kuka suunnittelee?”

– Sairaanhoidopiiri satsaa vahvasti ja hyvällä tahdolla koulutuspäiviin. Koulutusten suunnittelussa voisi hyödyntää enemmän perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja sitä, mitä me haluamme. Kannattaisi yhä useammin miettiä koulutuspäiviä niin, että siellä ei olisi vain erikoissairaanhoidon ihmisiä puhumassa, vaan mukana olisi myös perusterveydenhuollon näkökulma. Väitän, että niistä päivistä oppisivat erikoissairaanhoidon ammattilaisetkin. Vuorovaikutteisuutta lisää sillekin rintamalle.

Raja-aidat kumoon

Seminaarin antia oli myös muistutus, että kuntalainen ja asiakas on keskipiste.

Kuinka usein tuo itsestäänselvyys tuppaa unohtumaan?

– Kyllä se unohtuu, niin meillä kuin erikoissairaanhoidossa. Meillä on yhteinen kuntalainen, jonka eteen meidän yhdessä pitäisi tehdä töitä. Kuntalaisen ei pitäisi edes huomata, milloin hän on minkäkin organisaation tuottamassa palvelussa. Hänellä on ongelma ja hän haluaa ongelmaansa ratkaisun. Häntä ei yhtään kiinnosta, kuka sen ratkaisee, kunhan se ratkaisija osaa asiansa eikä hänen tarvitse juosta paikasta toiseen. Kaikki – myös valtio ja kunnat – menettävät tosi paljon siinä, kun joku odottaa jotain tutkimusta.





– Meillä on edelleen aivan liikaa raja-aitoja. Toivon, että aloittaisimme todellisen arvokeskustelun yhteisestä päämäärästäme.

Vielä yksi poiminta seminaaripuheesta: ”Terveystuollolla ei ole varaa kallistua – ainakaan vain organisaatiomuutosten vuoksi.”

– Palvelujärjestelmän muutosta ajetaan nyt kuin käärmettä pyssyyn. Toki monia prosesseja pitäisikin saattaa yhden hallinnon alle. Mutta se ei vielä paranna mitään, jos prosessi on yhden hallinnon alla, jos se ei ole alusta loppuun asti yhden arvomaailman alla – jos kaikilla tekijöillä ei ole siinä linjassa sama visio. Pelkään, että kun me teemme isoja muutoksia, ne saattavat salakavalasti johtaa

yhä byrokraattisempiin järjestelmiin. Toivon oikeasti tiettyjä muutoksia. Kunhan vain yhteinen päämäärä ja arvomaailma pysyvät visusti mielessä.

– Olen kuulemma naiivi, mutta jaksan tehdä töitä vain uskomalla, että me pääsemme eteenpäin, opimme toisiltamme ja teemme tulevaisuudessa asioita yhteistyössä aina vain paremmin. Joskus se vaatii vähän sukupolvenvaihdostakin. Eikä koskaan mene niin hyvin, että voisimme jäädä Leelian lepotuoliin loikoilemaan, Sirpa Rantanen muistuttaa.

Sairaanhoitaja Minna Seppänen ja kotisairaanhoitaja Taina Joki-Sipilä ovat Liedon pääterveysseman ammattilaisia.

Teksti ja kuva: Matti Hyyppä

Hoitoketjut varmistavat oikean toiminnan



Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on jo vuosia tehty työtä potilaiden hoitoketjujen parantamiseksi ja tehostamiseksi. Kehittämistyöstä saatujen hyvien kokemusten takia hoitoketjujen kehittäminen vakinaistettiin viime vuoden alussa toimintaa johtavan arviointiylilääkäriin alaisuuteen.

Hoitoketjujen kehittämistyön tavoitteena on poistaa tarpeeton kitka ja päällekkäisyydet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliltä. Kehittämistyöhön on otettu mukaan myös terveydenhuollon kannalta tärkeät sosiaalipalvelut, kuten vanhustenhuolto, erityishuolto, vammaispalvelut, kasvatus- ja perheneuvolatoiminta ja päihdehuolto.

Kymmeniä hoitoreittejä

- Meillä on tällä hetkellä 34 valmista hoitoketjua, tekeillä on yhdeksän ja suunnitteilla neljä, kertoo toimintaa johtava arviointiylilääkäri **Pirjo Immonen-Räihä**.

- Jo lyhyt lista antaa kuvan hoitoketjujen

monipuolisuudesta: aivoverenkiertohäiriö, astma, depressio, diabetes, muistihäiriö, osteoporoosi ja lasten ruoka-allergia.

- Hoitoketjut suunnitellaan siten, että kutakin ketjua varten perustetaan Varsinais-Suomen alueen kattava työryhmä, jossa ovat edustettuina kyseisen sairauden hoitoon osallistuvat tahot moniammatillisesti. Siten työryhmissä voi tarpeen mukaan olla edustus sosiaali- ja terveydenhoidon lisäksi esimerkiksi koulu- ja poliisitoimista tai kolmannelta sektorilta. Työryhmässä selvitetään ja sovitaan, miten Varsinais-Suomen alueella voidaan parhaalla mahdollisella tavalla toteuttaa käsiteltävänä olevan potilasryhmän tai ongelman hoitokokonaisuus eri osapuolten yhteistyönä

- kuka tekee, mitä, missä ja milloin alkaen sairauden ehkäisystä päätyen diagnostiikan ja hoidon kautta kuntoutukseen.

- Yhdessä tehtyjen päätösten jälkeen työryhmä mallintaa hoitoketjun ja se julkaistaan ammattilaisille sairaanhoitopiiriin intranetin hoito- ja palveluketjusivustolla. Lääketieteiden ja hoitoalan opiskelijat oppivat jo opiskeluvaiheessa käyttämään hoitoketjusivustoja. Kansalaisille on tähän mennessä julkaistu viisi hoitoketjua nimellä ”potilaan polku” sairaanhoitopiiriin Internet-sivustolla osoitteessa: www.vsshp.fi/potilasinformaatio/potilaan_hoitopolku.

- Uusista hoitoketjumalleista järjestetään niiden valmistuttua koulutustilaisuuksia niissä toimiville ammattihenkilöille. Kansalaisten tiedon lisäämiseksi järjestämme aina uuden ketjun valmistuttua tiedotustilaisuuden medialle. Työryhmä jatkaa työskentelyään mallin julkaisemisen jälkeenkin päivittämällä hoitoketjun kerran vuodessa sekä järjestämällä päivitetystä ketjusta koulutustilaisuuksia. Päivitystyö on tärkeää alan uusimman tiedon käyttöön saamiseksi kaikissa hoitoketjun vaiheissa.

Tavoitteet korkealla

- Hoitoketjujen kehittämistyön tavoitteina ovat hoidon järkevä porrastus, potilaiden tasavertainen hoitaminen asuinpaikasta riippumatta, päällekkäisyyksien vähentäminen esimerkiksi tutkimuksissa, kuvantamisessa ja laboratoriotutkimuksissa, resurssien tehokas käyttö sekä uusimman tiedon helpon käyttöönoton varmistaminen, listaa **Pirjo Immonen-Räihä**.

- Siksi olemme kehittäneet hoitoketjuja erityisesti keskeisissä kansansairauksissa ja ennalta ehkäistävissä sairauksissa. Vaikka potilas näkee sairautensa hoidon ainakin toivottavasti yhtenäisenä prosessina, osallistuu hoitoon todellisuudessa usein monia toimijoita. Keskeisten kansansairauksien ja useiden terveydenhuollon, sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten osallistuessa potilaan hoitamiin, on tärkeää sopia eri osapuolten tehtävien jaosta.

- Hoitoketjut ovat yksi vastaus terveydenhuollon jatkuvasti kasvaviin haasteisiin. Niiden avulla voidaan parantaa palveluiden taloudellisuutta ja laatua sekä edistää potilaiden hoidon saatavuutta ja tasa-arvoisuutta.

”Olemme onnistuneet”

- Voi perustellusti sanoa, että olemme onnistuneet aivoinfarktin akuuttihoitoketjun kehittämisessä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella, toteaa vt. professori, Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian klinikan ylilääkäri **Risto O. Roine**.

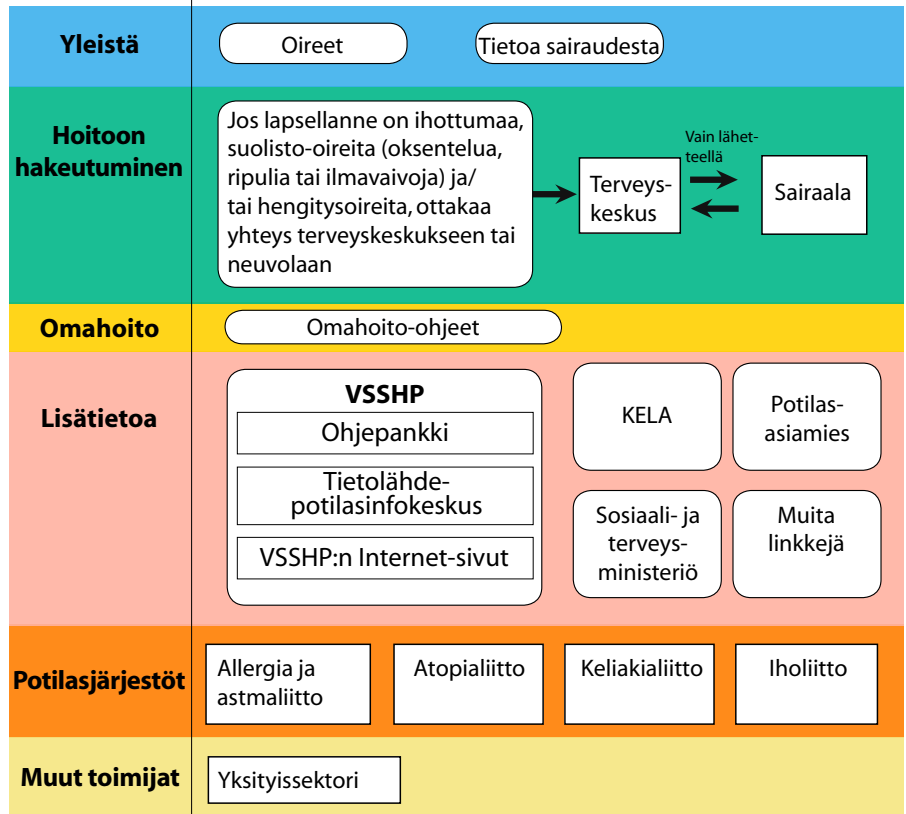
- Äkilliseen aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneiden potilaiden hoito on parantunut alueellamme merkittävästi siitä lähtien, kun sairaanhoitopiiri perusti Tyks:iin uuden AVH- yksikön aivoverenkiertohäiriöiden hoitoa varten vuonna 2005. Aivoinfarktin liuotushoitoa saaneiden potilaiden määrä kasvoi esimerkiksi viime vuonna noin 80 prosentilla. Liuotushoito siihen erikoistuneessa yksikössä parantaa hoitotuloksia ratkaisevasti. Sen tavoitteena on veritulpan tukkiman valtimon nopea avaaminen ennen kuin laaja aivoinfarkti ehtii kehittyä.

AVH:n hoidon onnistumiseksi se on päästävä aloittamaan viimeistään muutamien tuntien päästä oireiden ilmaantumisesta. Seuraavassa taulukossa on eriteltyä keskeisten viiveaikojen lyhentyminen Tyks:ssa minuutteina viime vuosina.

	2005	2006	2007	2008
Sairaalaan saapumisviive oireiden alusta	80	88	63	69
Kuvantamisviive sairaalassa	28	22	17	9
Liuotushoidon viive sairaalassa	73	48	48	37
Oireiden alusta liuotushoittoon	157	140	114	103

- Etenkin sairaalan sisäiset viiveet ovat nopeutetun hoitoketjun ansiosta laskeneet puoleen, kuvantamisen osalta enemmänkin. Sairaalaansaapumisviiveen muita huonompi kehitys johtuu ennen kaikkea siitä, että oireita ei tunnisteta eikä yleiseen hätänumeroon, 112, soiteta välittömästi AVH:n oireiden yllätyksessä. Oireita ovat äkillinen toispuoleinen heikkous raajoissa tai kasvoissa tai puheen tuoton häiriintyminen (puhe voi olla puu-

Ruoka-allergisen lapsipotilaan hoitopolku



Potilaan hoitopolut löytyvät osoitteesta www.vssh.fi > potilasinformaatio > potilaan hoitopolut

romaista tai sanat voivat hukkaa). Silloin on soitettava välittömästi hätänumeroon, koska nopea hoitoon pääsy on ensiarvoisen tärkeää, muistuttaa Risto O. Roine.

Suurin sairausryhmä

- Aivoinfarktiin sairastuu vuosittain 14 000n suomalaista, joista noin 1 000 Varsinais-Suomessa. Hoitopäivinä laskettuna kyseessä on sairaanhoitopiirin suurin sairausryhmä. Joka neljäs sairastunut on työikäinen. Jos hoito viivästyy, seurauksena voi olla kuolema tai pysyvä vammautuminen, muistuttaa Risto O. Roine.

- Aivoinfarktin pitkäaikaishoidon kulut ovat Suomessa yli 200 miljoonaa euroa vuodessa. Arvioidut kokonaiskustannukset ovat lähes miljardi euroa. Sairausten osuus terveydenhuollon kokonaisbudjetista on 6,1 prosenttia.

Aivoverenkierohäiriöpotilaiden hoitoketjun kuvaus on juuri valmistunut Risto O. Roineen johdolla. Sen avulla voidaan varmistaa hoidon toteutuminen samalla yhteisesti

hyväksytyllä tavalla koko sairaanhoitopiirin alueella ensihoidosta (ambulanssi) liuotushoitoon asti.

- Mitä tulee liuotettujen potilaiden määrään väestöpohjaan suhteutettuna sekä hoitoviiveisiin, olemme muutamassa vuodessa saavuttaneet Helsingin yliopistollisen keskussairaalan luvut, jotka ovat kiistatta maailman parhaat tehdyissä kansainvälisissä vertailuissa.

-Emme aio hyvistä tuloksista huolimatta suinkaan lopettaa kehittämistyötä. Nyt kun hoidon alkupää alkaa olla kunnossa, tavoitteenamme on AVH:n akuuttikuntoutuksen kehittäminen ja uusien sairaustapauksien tehokkaampi ennaltaehkäisy eli sekundaari-preventio, lupaa Risto O. Roine.

Keuhko- ja reumasairaudet parhaita palautteiden antajia

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella terveyskeskuslääkäreille tehtiin vuodenvaihteessa kysely erikoissairaanhoiton konsultaatioiden saatavuudesta ja palautteiden saannista. Tutkimuksessa kysyttiin lääkäreiden tyytyväisyyttä alue-sairaaloilta, psykiatrialta ja TYKSistä saattaviin sähköisiin palautteisiin, puhelinkonsultaatioihin ja palveluihin yleensä.

Palautteen saatavuus TYKSistä oli parasta keuhkosairauksilta ja reumatologialta. Psykiatrialla on puolestaan eniten parantamisen varaa vastanneiden mielestä.

Poliklinikakonsultaatioita sai nopeimmin iho- ja sukupuolitaudeilta, infektiosairauksilta, kardiologialta, keuhkosairauksilta, korvaklinikalta, lastenklinalta, naistenklinalta, reumatologialta, silmäklinalta ja syöpätaudeilta. Selvästi hitaampia palvelun tarjoajat olivat fysiatria, kipupoliklinikka ja psykiatria.

Sähköisiä konsultaatioita terveyskeskuslääkärit kokivat saavansa parhaiten iho- ja sukupuolitaudeilta, keuhkosairauksilta, reumatologialta ja sisätaudeilta. Puhelinkonsultaatioita annettiin tasaisen hyvin eri klinikoilta. Vuodeosastohoidosta ja poliklinikakäynneistä keuhkosairaudet ja reumatologia

olivat taas selkeästi parhaita palautteen antajia.

Lähes sadan lääkärin mielipide

Kysymyksiin vastasi 99 lääkärä kahdestasadasta. Vastanneista puolet oli työskennellyt terveyskeskuksessa vähintään kymmenen vuotta ja noin 70 % vähintään kaksi vuotta. Vastauksia saatiin kaikista sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksista. Virka-asemaltaan johtavia lääkäreitä oli 12 %, euro-vaiheen lääkäreitä 15 % ja yleislääketieteeseen erikoistuvia 19 %. Loput olivat yleislääketieteen erikoislääkäreitä, erikoistumattomia terveyskeskuslääkäreitä tai muita lääkäreitä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri pyrkii strategiansa mukaisesti hyvään yhteistyöhön perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sujuva ja laadukas konsultaatioiden saatavuus ja tiedon kulku palvelevat potilaan hyvää hoitoa.

Lääkärit ja hoitohenkilökunta terveyskeskuksissa ja sairaaloissa tekevät yhdessä työtä samojen potilaiden parhaaksi. Toivottavasti parhaat palautteen antajat toimivat nyt mallina hyvästä palautteen antamisesta terveyskeskuksiin.

Tiiviimpää tiedonkulkua ja yhteydenpitoa

Potilaan hyvä hoitaminen edellyttää sujuvaa tiedonkulkua. Siksi on välttämätöntä, että terveyskeskuslääkäri on ajan tasalla siitä, mitä muita lääkityksiä tai hoitoja potilaalla on meneillään. Potilaat myös luottavat siihen, että ”kyllä se siitä koneelta näkyy”.

Monet sairaudet ja vaivat pahenevat odotellessa. Työikäisten sairauslomat pitkittyvät ja hoitoon pääsyä odottavien vanhusten toimintakyky voi laskea. Nopeat konsultaatiot ovat myös laatua, jota potilaat arvostavat.

Hoitopalaute pitää laatia viikon kuluessa ja lähettää kymmenen vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä. Hoitopalaute voidaan toimittaa potilaan lähettäneelle yksikölle tai lääkärille, jatkohoidosta vastaavalle taholle, mahdolliselle potilaan omalääkärille sekä potilaalle itselleen. Hoitopalautteen lähettäminen muualle vaatii kirjallisen luvan. Joskus kirjallinen lupa tarvitaan muutenkin.

Pirjo Immonen-Räihä
Arviointityöläis
VSSHP

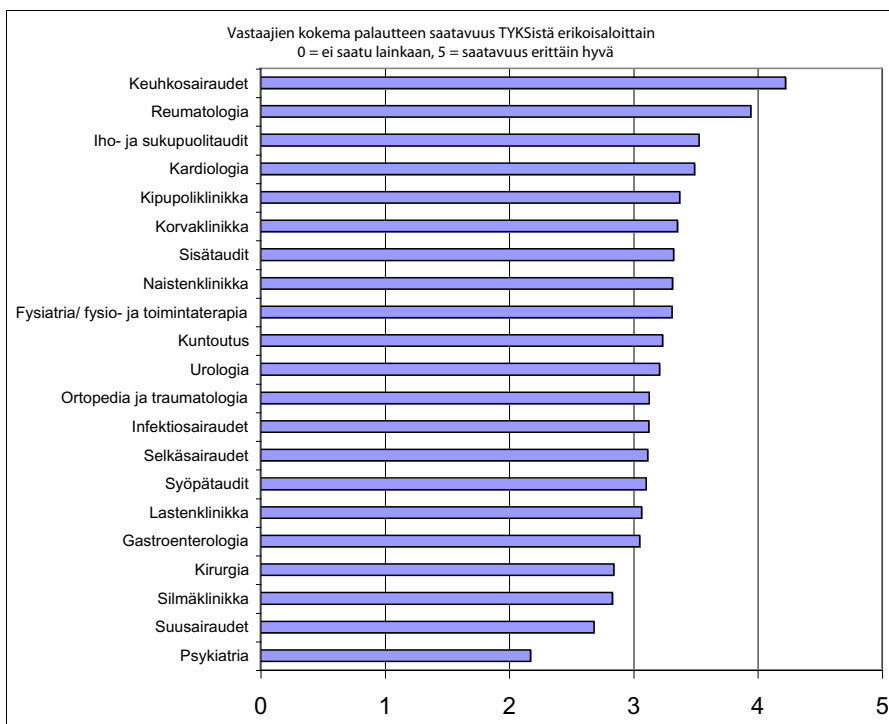
Ei tarpeeksi tietoa

- Mielestäni sairaaloista ei tule tarpeeksi hoitopalautetietoa. Tosin tämä on vain oma subjektiivinen näkemykseni asiasta, toteaa Paimion-Sauvon kansanterveystyön kuntayhtymässä työskentelevä tk-lääkäri **Merja Laine**.

- Ongelmaa ei silti pidä yleistää. Esimerkiksi keuhkoklinikalta ja reumataudeista palaute tulee hyvin. Sisätaudit ovat päinvastainen esimerkki.

- Viimeksi tänä aamuna vastaanotolla oli kaksi potilasta, joista ei ollut lainkaan palautetietoja. Toinen heistä haki lisää sairaslomaa, ja viimeiset palautteet olivat viime syksyltä.

- Potilaat olettavat yleensä, että kaikki heitä koskeva potilastieto kaikkien lääkäreiden käytössä. Jos palaute on esimerkiksi lähetetty postitse potilaan kotiin, se on usein mennyt hukkaan, heitetty pois lukemisen jälkeen tai sitä ei ole osattu ottaa vastaanotolle mukaan. Vastaavasti joku on tuonut palautteen erikseen muuten vain vastaanotolle, koska on olettanut sen olevan välttämätöntä.



Paimiosta parhaiten palautetta

Se, että kaksi erikoisalaa, keuhko- ja reumasairaudet, nousi yli muiden joka kysymyksen kohdalla, oli terveyskeskuslääkäreiden kahvipöytäkeskustelujen perusteellakin jo tiedetty. Mikä sitten yhdistää keuhkosairauksia ja reumatauteja? Paimio!

Eräänä kauniina talvisena päivänä lähdin ottamaan selvää Paimion menestyksen salaisuudesta. Kohteena oli Alvar Aallon suunnittelema Paimion sairaala, joka valmistui vuonna 1933. Sairaala on

myös arkkitehtuurista kiinnostuneiden matkailukohde. Sairaalan eheä kokonaisuus, rakenneratkaisut, värit ja valon määrä lumoavat arkkitehtuurin ystäviä, mutta sairaalan sisällä hoidetaan yhä potilaita.

- Paimion sairaalassa on yhteisöllisyys säilynyt, kertoi toimistonhoitaja Saila Myllykylä. - Meillä töitä tehdään yhdessä. Paimiossa on kunniakysymys, että töitä tehdään myös hyvin, hän totesi.

Tekstinkäsittely on keskitetty sairaalassa yhteen paikkaan. Palaute lähtee kymmenessä vuorokaudessa potilaalle. Sähköiset palautteet lähtevät suoraan tekstinkäsittelijältä eteenpäin, paperiset puolestaan osastonsihteeriltä. Sanelussa olleet epäselvyydet tarkistetaan ennen lähettämistä.

- Vanhoista keuhkoklinikoista on aikoinaan lähetetty tarkat palautteet ja myös

välipalautteita, sillä hoitoajat olivat aikoinaan pitkiä, kertoi ylilääkäri Kari Liippo.

- Pyrimme Paimiossa toimimaan edelleen näin. Viime vuonna lähetimme yhtä hoidettua potilasta kohden 1,4 palautetta ja toimintamme on saanut kiitosta, Liippo totesi tyytyväisenä. Liippo ja erikoislääkäri Matti Raitio painottivat, että palautteessa on tärkeää vastata läheteeseen, siihen ”mitä meiltä kysyttiin”.

Hoitopalautteen lähettämiseen tarvittavan potilaan suostumuksen pyytäminen on hyvässä hallinnassa. Pyrkimys on kuitenkin parhaasta vielä parempaan, niinpä siellä vieraillessani pari hoitajaa oli lähdössä videokoulutukseen suostumuksen hallinnasta.

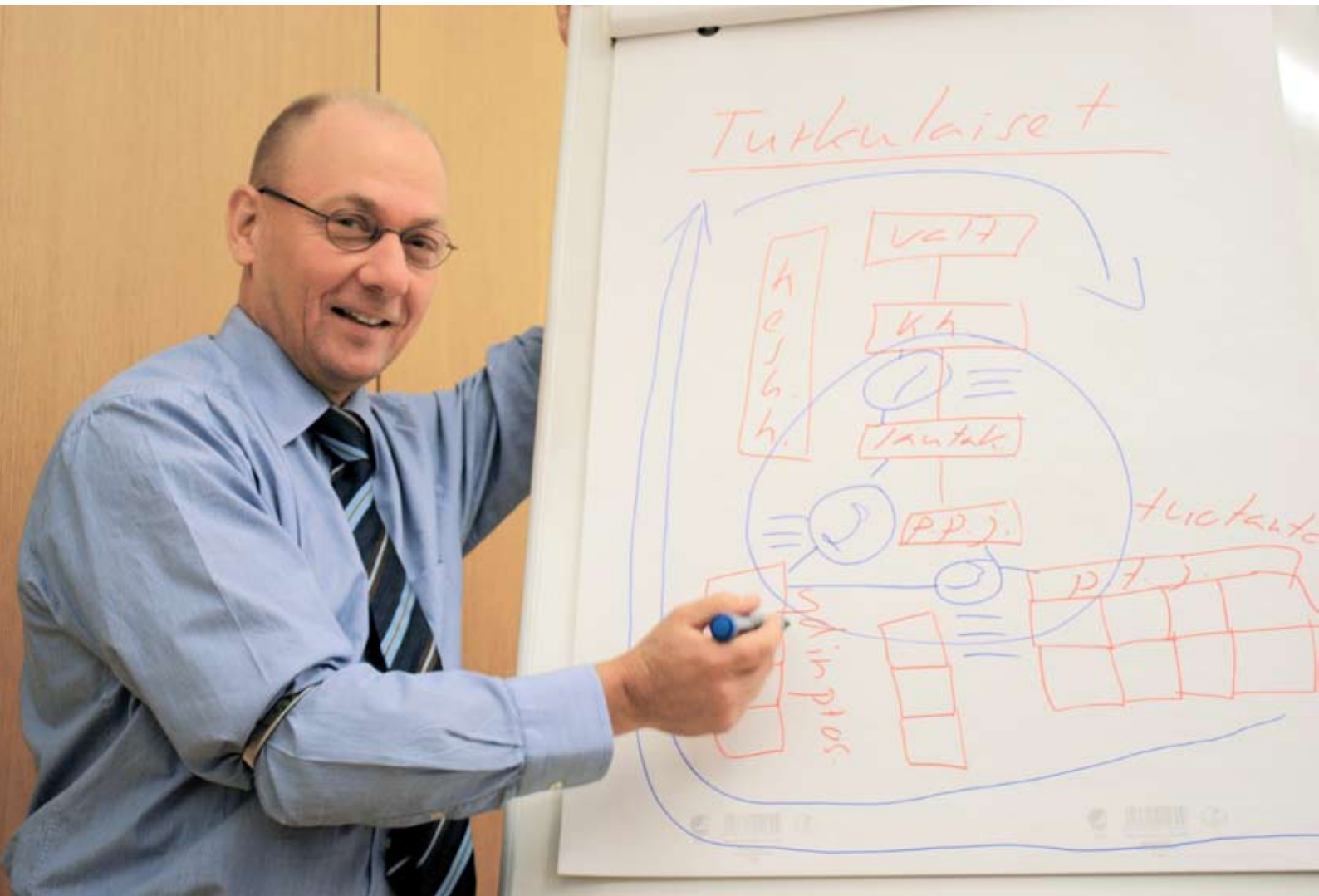
Hoitaja pyytää jokaiselta potilaalta suostumuksen tulohaastattelun yhteydessä samalla kun kysyy esimerkiksi haluaako potilas kahvia vai teetä aterialla. Hoitajat myös kirjaavat suostumuksen. Potilaan lähtiessä suostumus vielä varmistetaan.

Paimion mallista saadun tiedon käyttöön ottaminen myös muissa toimipisteissä vaikuttaa suoraan sujuvampaan ja laadukkaampaan yhteistyöhön perusterveydenhuollon kanssa. Barrikadit ja ennakkoluulot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä sulavat. Hyvä yhteistyö palvelee potilaan hyvää hoitoa.

Pirjo Immonen-Räihä
Arviointityöläkäri
VSSHP



Keramiikkataiteilija Tuula Auermaa kertoi ylilääkäri Kari Liipolle tyytyväisenä, että tieto kulkee Salon terveyskeskukseen hyvin. - Omalääkärini Terhi Valta tietää kaiken heti, vakuutti Auermaa.



Teksti ja kuva: Matti Hyyppä

Turku valmistautuu tulevaan

Uusi peruspalveluorganisaatio valmistautuu vastaamaan lisääntyviin haasteisiin

Turun sosiaali- ja terveystoimet yhdistettiin tämän vuoden alussa uuden peruspalvelulautakunnan alaisuuteen. Uuden lautakunnan vastuulla on yli 175 000 turkulaisen peruspalvelujen järjestäminen noin 633 miljoonan euron budjetilla ja noin 6 300 vakinaisen henkilön työpanoksella.

Turun peruspalvelujohtaja **Markku Suokas** toimi ennen vuoden vaihdetta kaupungin terveystoimen johtajana. Tulevat haasteet ovat siten hänelle varsin tuttuja. Tehtäväkenttää riittää.

- Kun sijaiset lasketaan henkilöstöömme mukaan, nousee kokonaismäärä lähelle 7 000:tta. Heistä yli 4 500 työskentelee sosiaalihuollon ja noin 2 500 terveydenhuollon tehtävissä. Uuden peruspalvelulautakunnan alainen organisaatio on suunniteltu siten,

että se pystyisi mahdollisimman hyvin hoitamaan palvelujen järjestämistehtävänsä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Siitä huolimatta tekemistä on suunnittelutasollakin vielä paljon. Esimerkiksi palvelustrategiamme mukainen sopimusohjausjärjestelmä edellyttää vielä paljon kokemusperäistä tietoa ja suunnittelua, että voimme sanoa sen olevan todellisuudessa toiminnassa.

Haastelista

- Meidän kannattanee kaiken uhallakin esitellä sosiaali- ja terveystoimen nykyinen organisaatiooikein kaaviona. Kun katsomme ”palvelujen operatiivisen tuottamisen” alla olevia kahdeksaa tulosaluetta, saamme helposti listan tulevaisuuden haasteista. Muutama esimerkki riittänee.

- Erikoissairaanhoidon palvelujen kustannukset ovat viime vuosina kasvaneet yli 6 prosenttia vuodessa. Paremmat ja samalla kalliimmat lääkkeet, kehittyneet ja samalla kalliimmat hoitomenetelmät sekä muun muassa väestön ikääntymisestä johtuva potilasmäärien kasvu lisäävät kustannuksia. Verotulot sen sijaan ovat kasvaneet keskimäärin 2-3 prosenttia vuodessa. Lähitulevaisuus vaikuttaa laman takia tässä suhteessa melko vaikealta.

- Vanhuspalvelujen tarve kasvaa luonnollisesti keskimääräisen eliniän kasvaessa ja suurten ikäluokkien eläköityessä. Nykyisin noin 42 prosenttia budjetistamme käytetään ikäihmisten hoitoon. Heistä yli 85-vuotiaat ovat merkittävin palvelujen käyttäjäryhmä. Yli 85-vuotiaiden osuus kasvaa Turussa eniten koko maassa.

- Varhaiskasvatuspalvelujen lisäämiseen on kova paine etenkin alle 3-vuotiaiden osalta. Työterveyshuollon palveluille saanee lisätehtäviä muun muassa hallituksen kaavaileman eläkeiän noston edellyttämän työhyvinvoinnin kehittämisen takia. Palvelujen kysyntä ja tarve kasvaa joka tulosalueella, toteaa Markku Suokas.

Hallintopalvelut kaikkien apuna

- Virastotasoiset hallintopalvelut on jaettu uudessa organisaatiossamme kolmeen vastuualueeseen. Resurssien hallinnan vastuualue vastaa talous-, henkilöstö- ja tila-asioista. Talousalueeseen kuuluvat muun muassa taloutemme suunnittelu ja seuranta sekä talousarvion ja –suunnitelman valmistelu ja toteutumisen seuranta. Henkilöstöalueeseen muun muassa henkilöstövoimavarojen hallinta, suunnittelu ja raportointi, palkka ja palvelussuhdeasiat, työhyvinvointi ja rekrytointi. Tila-asioihin puolestaan kuuluvat tilojen tarpeen ja käytön ohjaus, tilojen hankinta sekä tilojen ja laitteiden ylläpito ja huolto.

- Tutkimus- ja kehitys –vastuualueen tehtävät ovat todella laaja-alaisia. Niihin kuuluvat esimerkiksi tilasto- ja tutkimustiedon tuottaminen palvelujen kysynnän ja tarpeen ennakkointia varten, sopimusohjauksen koordinointi, raportoinnin ja ohjausjärjestelmän kehittäminen, yliopisto- ja korkeakoulu yhteistyö, tieteellisen tutkimustoiminnan koordinointi ja tietohallinnon johtaminen.

- Yleishallinnon vastuualue puolestaan vastaa muun muassa peruspäätöksenteon ja jaostojen päätösten teknisestä valmistelusta, toimeenpanosta ja seurannasta, lautakunnan ja jaostojen sihteeripalveluista, päätöksentekoprosessin kehittämisestä ja päätöksenteon lainmukaisuudesta, virasto- ja toimistopalveluista, riskienhallinnan koordinoinnista sekä sosiaali- ja potilasasiain toiminnasta.

Sopimusohjaus avuksi

- Yksi tärkeimmistä tämän vuoden tehtävistämme on saada sopimusohjausjärjestelmä toimimaan kaikilla kolmella tasolla siten, että ne ovat ensi vuonna käytössä. Sopimusohjaus on lähellä paljon puhuttua tilaaja/tuottaja –mallia. Kaaviossamme tilaajapuolellemme on ryhmitetty neljään asiakkuusryhmään ja ydinprosessiin vasemmalle. Ydinprosessit on luokiteltu ikäkausittain. Palvelujohtajat toimivat tilaajina suhteessa kaaviossa oikealla olevaan tuotantoon. He vastaavat omasta budjetistaan ja sen seurannasta. Koska Turun kaupungilla

on palvelujen järjestämisvastuu, voimme tarjota palvelut tuottamalla ne itse, ostamalla palvelut ulkopuoliselta taholta, käyttämällä palveluseleitä tai esimerkiksi kodinhoidon tuella, listaa Markku Suokas.

- Kaaviossamme on siis tilaajapuoli vasemmalla, hallintopuoli keskellä ja tuottajapuoli oikealla. Sopimusohjaus toimii tällä hetkellä siten, että meillä on voimassa strateginen palvelusopimus kaupunginhallituksen ja peruspäätöksenteon välillä. Se perustuu kaupunginvaltuuston päättämiin linjauksiin ja painopisteisiin. Jatkossa kehitämme sopimusohjauksen koskemaan palvelutuotantosopimuksia peruspäätöksenteon ja oman tilaajapuolellemme ja tuottajapuolellemme välillä. Kuten aiemmin totesin, tavoitteenamme on saada kaikki kolme tasoa käyttöön ensi vuoden aikana. Silloin tiedämme mitä palveluja, minkä laatuina ja millä yksikköhinnalla kussakin tapauksessa saamme. Samalla raportointi kehittyy siten, että tietovirta saadaan prosessien eri vaiheista tilaajillemme, talouden vastuualueellemme ja keskushallintoon. Ajantasainen raportointi puolestaan antaa paremmat mahdollisuudet toiminnan ohjaamiseen.

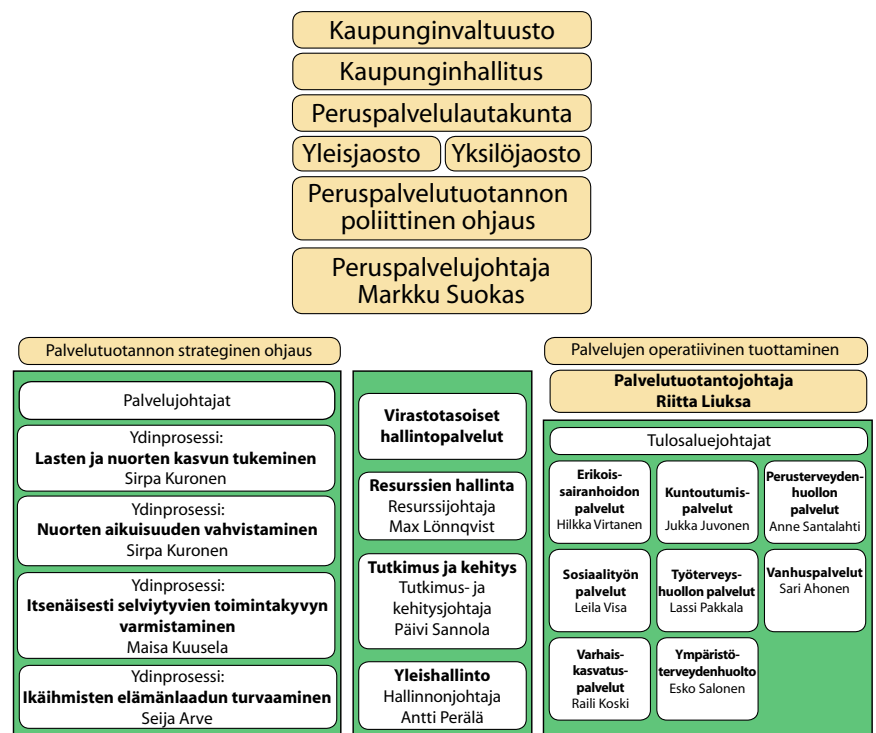
Ei pelkkää laatikoiden yhdistämistä

- On luonnollista, että organisaatioita yhdistettäessä kaaviot ja niihin kuuluvat laatikotkin ovat tärkeitä. Paljon tärkeämpää

on silti omaksua uudet ajattelutavat ja toimintamallit. Hieman yksinkertaistaen – organisaatiomme antoivat aikaisemmin asiakkaalle omaan tehtäväkenttäänsä kuuluvat palvelut. Jos asiakas tarvitsi muita palveluja, hänet ohjattiin niitä tarjoavan organisaation ”luukulle”, ja sen jälkeen seuraavan ja mahdollisesti sitä seuraavan. Uudessa toimintamallissa asiakkaan palvelutarpeet otetaan kokonaisuudessaan hallintaan. Esimerkiksi kaaviossa vasemmalla alhaalla olevan ”Ikäihmisten elämänlaadun turvaaminen” –ydinprosessissa asiakas saattaa tarvita jopa viiden kaaviossa oikealla olevan tulosalueen palveluja. Jatkossa ydinprosessi tilaa kaikki tarvittavat palvelut tulosalueilta tai jonkin palvelun kohdalla ulkopuoliselta palveluntuottajalta tai jonkun palvelun kohdalla palvelusetelillä tai vaikkapa kodinhoidon tuella. Asiakasta ei kuitenkaan missään vaihtoehdossa juoksuteta luukulta toiselle, vaan hänen kaikilla palvelutarpeillaan on yksi omistaja eli Ikäihmisten ydinprosessimme, joka hoitaa niiden järjestämisen, muistuttaa Markku Suokas.

- Meidän on samaan aikaan tämän kehittämistyön kanssa pystyttävä hoitamaan viestintä, koulutus ja myös työntekijöiden kuuntelu siten, että koko henkilöstöllämme on mahdollisuus toisaalta ymmärtää ja omaksua ja toisaalta vaikuttaa uusien toimintamallien käyttöönottoon. Haasteita siis riittää.

Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio



Teksti: Juha Syrjä | Kuva: Eliel Herlevi

Salon sujuva savotta

Uuden Salon sosiaali- ja terveystoimi rukattiin uuteen uskoon. Vastustavat voimat loistivat poissaolollaan.

Kun kymmenen kuntaa lyö hynttyyt yhteen, palikoiden asettelu oikeisiin lokeroihin on melkoinen savotta. Uuden Salon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen organisaation suunnittelu aloitettiin kesällä 2007 – heti kun päätökset kuntaliitoksesta oli tehty.

– Onhan tämä ollut mittava urakka. Juuri sosiaali- ja terveyspuolelle tuli kuntaliitoksesta varmasti kaikkein eniten muutoksia. Emme ainoastaan koonneet eri toimijoita yhteen vaan järjestelimme myös sisäisiä asioita uuteen uskoon. Terveystoimi oli aiemmin kuntayhtymän hoidossa. Samaan syssyyn purimme kaksi vanhainkotikuntayhtymää ja liitimme nekin yhden peruskunnan haltuun. Osa terveystoimen toiminnoista siirrettiin vanhuspalveluihin. Sairaanhoidopiiriltä taas siirtyi joitakin toimintoja kaupungin hoidettavaksi, kuten Halikon sairaalan psykiatrian vuodeosasto ja psykiatrinen avokuntoutusta, kertoo Salon sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja **Kai Saarimaa**.

Saarimaan mukaan haasteita ja vaikeuksia piisasi, mutta päällimmäisenä mielessä ovat urakan positiiviset puolet.

– Uuden perusorganisaation rakenne hahmottui melko nopeasti. Haimme luonnollisia ratkaisuja. Koska aikaa oli vähän, emme tavoitelleet kuuta taivaalta eli sellaisia uusia juttuja, joita emme pystyisi kohtuudella hallitsemaan.

– Vastustavia voimia, jotka olisivat heittäytyneet poikkiteloin prosessia vastaan, ei ollut juuri ollenkaan. Ei mainittavia vanhoja

kaunoja ja muita paineita, joita olisi tarvinnut purkaa.

Yhteisten asiakkaiden hyväksi

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen samaan organisaatioon on osoittautunut monissa kaupungeissa hankalaksi. Salossa se sujui Saarimaan mielestä erittäin hyvin.

– Salon seudulla näiden kahden sektorin yhteistoiminta on ollut aina tiivistä. Toki sosiaali- ja terveystoimen kulttuurierot ovat aika isoja. Ja peruskunta toimii eri tavalla kuin kuntayhtymä. Poliittisen päätöksenteon ulottuminen aika lähelle operatiivista puolta on meillä terveystoimelle vähän vieras. Mutta kaikkea opitaan.

– Haasteena on toimialan sisäinen verkostoituminen ja erityisesti yhteisten asiakkaiden palveluprosessien selkeyttäminen. Toimintamme on nyt jakautunut neljään osastoon, eli terveyspalveluihin, vanhuspalveluihin, psykososiaalisiin palveluihin ja sosiaalityön palveluihin. Ne kaikki poikkileikkaavat toisiaan. Rajapintoja ja yhteisiä asiakkaita on paljon. Tässä piilee myös sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen ydin: että löydämme yhteiset asiakkaat ja pystymme palvelemaan heitä mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti – ja vieläpä niin, että voimavarat tulevat hyvin käytettyä.

Apparaatti toimii

Haastatteluhetkellä uusi kaupunki ja sen uudistettu sosiaali- ja terveystoimi ovat olleet toiminnassa vasta runsaat pari kuukautta. Joten välitilinpäätöksen aika koittaa tuonnempaan. Mutta Saarimaan näpeissä on positiivinen tuntuma.

– Alku on mennyt suunnitellusti. Suuria ongelmia ei ole ollut ja apparaatti toimii. Henkilöstötilanne on kohtalainen; olemme saaneet työntekijät avaintehtäviin. Yleisen taloustilanteen kiristyminen edellyttää tietenkin toimia myös sosiaali- ja terveyspuolella, joka syö likimain puolet kaupungin budjetista.

Vanhuspalvelun suuret haasteet

Sitten katseet tulevaan. Mitkä ovat Salon sosiaali- ja terveyspuolen suurimmat haasteet?

– Suuri lähivuosien haaste on painopisteen siirtäminen erityisesti vanhuspalveluissa laitoshoidosta kotihoitoon. Se edellyttää meiltä

voimavarojen merkittävää uudelleen kohdentamista ja ihan uusiakin voimavaroja. Samaan aikaan meidän on lähes puolitettava vanhainkotipaikat ja vastaavasti lisättävä tuntuvasti tehostetun palvelun osastojen paikkoja.

– Haluamme myös säilyttää terveyskeskustoiminnan väestövastuujärjestelmän elinvoimaisena. Resursseja on oltava riittävästi, vastuuväestöjen järkevän kokoisia ja koko järjestelmä miehitetty niin, että se toimii niin kuin sen on haluttukin toimivan. Vaikuttavien hoitokäytäntöjen toteutuminen työstetään yhdessä sairaanhoidopiirin kanssa kohdalleen, jotta koko ketju toimii parhaalla mahdollisella tavalla, Kai Saarimaa listaa.

Vaikka juuri nyt henkilöstötilanne on Salossa kohtalaisessa kuosissa, siltä puolelta löytyy ehkä suurin yksittäinen uhkakuva.

– Niin meillä kuin muillakin on suuri huoli siitä, miten saamme tulevaisuudessa osaavaa henkilökuntaa. Jos me siinä onnistumme, me saamme systeemin pidettyä pystyssä ja tuottamaan niitä palveluita, joita varten se on olemassa. Muita sudenkuoppia en juuri näe. Varmasti monet pelkäävät kuntakoon kasvun lisäävän byrokratiaa. Uskon, että päätösvalta pysyy tulevaisuudessakin hyvin pitkälle eturintamassa.

Terveiset sairaanhoidopiirille

Vaan kuinka sujuu uuden Salon kaupungin ja Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin yhteistyö?

– Salon aluesairaalan kanssa yhteistyö on luonnollisesti jo lähtökohdiltaan erittäin tiivistä. Ja semmoinen sormituntuma minulla on, että tämä kuntarakenteen selkiytyminen – siis toimijoiden määrän väheneminen – parantaa ja tiivistää yhteistyötä sairaanhoidopiirin kanssa. Kun erikoissairaanhoidopalveluiden hankkiminen on meillä vastuutettu nyt terveystoimen rooteliin, se on yksissä käsissä ja on paljon selkeämpää hoitaa yhteistyökuviot myös suhteessa sairaanhoidopiiriin.

Tunnetusti parantamisen varaa on aina. Miten Salon kaupungin ja VSSHP:n yhteistyötä voisi entisestään parantaa?

– Kun sairaanhoidopiiri suunnittelee rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, niistä kannattaisi käydä aiempaa avoimempaa keskustelua kentän toimijoiden kanssa. Siis jo hyvissä ajoin ennen hallinnollisten päätösten tekemistä. Se parantaisi kuvioiden ymmär-



tämistä ja antaisi tunteen, että kaikki voivat vaikuttaa lopputulokseen.

Vaikka Salon sosiaali- ja terveystoimi on pantu uusiksi, uudet ja vanhat salolaiset eivät ole kovin äänekkästä palautetta antaneet. Ainakaan niin äänekkästä, että se olisi kiirinyt Saarimaan korviin asti.

– Aika vähäistä se on ollut, varsinkin negatiivinen palaute. Palveluverkko on säilytetty Saloon liittyneissä kunnissa melko samanlaisena kuin se oli aiemminkin. Se on tietty pehmentänyt tätä muutosta.

Mikä sitten on parantunut kaupunkilaisten kannalta?

– Esimerkiksi vanhushpalveluiden SAS-toiminnassa päätökset siitä, miten asiakkaat sijoitetaan palveluiden piiriin, hoidetaan nyt keskitetysti. Samoin muun muassa omaishoi-

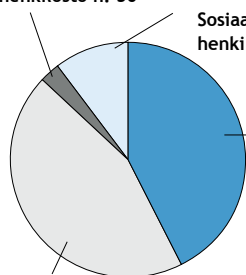
don tukiasiat. Kaikkia kuntalaisia kohdellaan samalla tavalla. Sosiaalipalveluissa esimerkiksi erityisosaamista vaativa lastensuojelu hoidetaan niin ikään keskitettynä palveluna, Kai Saarimaa nostaa muutaman esimerkin.

Salon sosiaali- ja terveystoimi

Psykososiaaliset palvelut
henkilöstö n. 30

Sosiaalityön palvelut
henkilöstö n. 120

Terveyspalvelut
henkilöstö n. 500



Vanhushpalvelut
henkilöstö n. 520

Salon sosiaali- ja terveystoimen lähitulevaisuuden linjaukset:

- Alueellista palvelutarjontaa toteutetaan väestölähtöisesti. Lähipalvelut ja keskitettävät palvelut määritellään selkeästi
- Ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen voimavarat painopisteenä kaikilla tehtäväalueilla
- Väestövastuujärjestelmää ylläpidetään ja kehitetään
- Ulkoisten toimijoiden kanssa pyritään laajempiin kumppanuussopimuksiin
- Laadunhallinta ulotetaan koko toimialalle
- Vanhushpalveluiden painopiste on kotihoidossa
- Tilaaja-tuottaja-asetelmaa suhteessa sairaanhoitopiiriin selkeytetään

Väståboland knyter gärna nya kontakter

Hälsovården i Väståboland samarbetar med specialsjukvården på ungefär samma sätt som de tidigare fem olika kommunerna gjorde det. Men systemen har förstås förenhetligats, säger social- och hälsovårdschef **Otto Ilmonen** i Pargas.

De väståboländska kommunerna betalade under 2008 förhållandevis stora straffavgifter till sjukvårdsdistriktet för patienter som kunde skrivas ut från specialsjukvården men som hemkommunen inte kan ta emot. Uppemot en halv miljon sammanlagt för de kommuner som nu bildar Väståboland, medan ungefär jämförbara S:t Karins bara betalade några tusenlappar, konstaterar Ilmonen.

I år verkar problemet ha minskat men eftersom man inte riktigt vet hur det gått till så vågar inte Ilmonen lita på att det är bestående. Därför har Väståboland engagerat en konsult som skall se över hur vården i Väståboland fungerar och hur resurserna skall användas så att de räcker till för patienterna.

– Det går inte att bara bygga flera vårdplatser. Om vi inte ser över vårt arbetssätt så leder det bara till att också de är fulla snart, säger Ilmonen.

Statistiskt sett så bör dessutom de platser som finns räcka till för Väståbolands befolkning.

Men riktigt vad som skall åtgärdas säger Ilmonen inte innan konsulten har uttalat sig. Det skall ske i april. I slutet av månaden skall rapporten tas upp i social- och hälsovårdsnämnden.

När Iniö, Houtskär, Korpo, Nagu och Pargas nu bildar Väståboland så orienterar sig sjukvården närmast enligt Pargas modell. Det är till exempel Pargas som har haft uppkopplingarna som behövs mot datasystemen på ÅUCS. Av de övriga kommunerna hade Nagu ett eget program för hälsovården men det var inte kompatibelt med Pargas system Pegasos. De tre övriga kommunerna hade pappersbaserade patientjournaler. Nu kommer alla med i Pegasos.

Mera konsultationer

Den nya hälsovårdslagen föreskriver mera konsultationer mellan specialsjukvårdens och primärvårdens läkare.

– Det är en bra tanke, men jag har för mig att våra läkare tycker att det nog har fungerat bra redan nu. De har nog fått de telefonkontakter de har behövt på ÅUCS.

På ett område hoppas Ilmonen på förbättringar.

– Jag är lite intresserad av vad specialsjukvården kan göra inom den förebyggande vården.

– Vi ha ju mentalvårdsbyrån här i Pargas vid hälsocentralen och där verkar konsultationerna inte riktigt att fungera. De kanske inte har riktigt tillräckliga resurser.

Personalen skall trivas

Befolkningen i Väståboland har rent matematiskt sett varit bäst försedd med läkare i de yttersta kommunerna och sämst i Pargas där det går 1500 personer på en kommunal läkartjänst. Så kommer det också att förbli åtminstone en tid framöver. Vid samgången avtalade man bland annat om att förflyttningar av personal inte sker över mera än en gammal kommungräns, och uppsägningar sker ju inte heller under de första fem åren.

– Hälsovårdspersonalen är också sådan nyckelpersonal som man inte kan kommentera, säger Otto Ilmonen.

– Om de inte trivs hos oss så söker de sig annanstans. Jag har för mig att de har trivts hittills.

Stöd sektorn

Primärvården i Väståboland har beröringspunkter med distriktet också via olika tjänster som man köper till exempel i fråga om laboratorier och röntgen. Det blir tills vidare vid det gamla, säger Ilmonen.

– En del av de här tjänsterna köper vi också från privata. Men det är ju en balansgång. Jag tycker själv att vi skall använda den offentliga sektorns tjänster så mycket som möjligt. Om vi köper allför mycket av de pri-

vata sågar vi av den gren vi själva sitter på, säger Ilmonen.

Det är lättare sagt än gjort, det har man märkt bland annat i Sverige där landstingens beroende av privata hyrläkarbolag har ökat under de senaste fem åren, trots att man haft en uttalad strävan till det motsatta.

I Väståboland klarar man än så länge av sina läkarjourer med egna krafter. Det avtal man har med en hyrläkarfirma har inte många gånger behövt användas.



Väståbolands social- och hälsovårdschef **Otto Ilmonen** basar för kommunens största budgetsektor.



Turusta alkaneelle sairaalalaitokselle juhlapostimerkki

Esa Halsinaho

Postimerkkikeskus julkisti 22. tammikuuta juhlapostimerkin ja ensipäiväkuoren Turussa 250 vuotta käynnistyneen Suomen sairaalatoiminnan kunniaksi. Merkki on arvoltaan 80 senttiä ja sitä myydään 10 kappaleen arkissa.

Merkissä on kuvattuna kaksi työtään tekevää sairaanhoitajaa. Kuva on peräisin TYKSin Lasarettimuseon kokoelmista. Lisäksi merkkiin on sijoitettu sairaanhoitajan ”yleismerkki” 1900-luvun alkupuolelta ja värillisiä pallokuvia symboloimaan ajan kulkua ja tekniikan kehitystä. Pallojen sisään on kuvattu veren punasoluja ja ihmiskädet.

Postimerkin on suunnitellut muotoilutoimisto dog design (Ilona Ilottu, Petri Salmela ja Eeva Sivula).

Lasarettista yliopistosairaalaksi

Suomen ensimmäinen sairaala, Ruotsin kuningas Aadolf Fredrikin vuonna 1756

perustama Turun Lasaretti (Åbo Lazarett), avattiin yleisölle 1.5.1759 ja vihittiin käyttöön 6. kesäkuuta 1759. Yhdeksän potilasvuodettava käsittävä sairaala sijaitsi aluksi nykyisten Eskelinkadun ja Läntisen Rantakadun risteyskohdassa, mistä nykyisiä muistuttaa rakennuksen seinään kiinnitetty laatta.

Lasaretti siirrettiin pari korttelia satamaan päin 1780-luvulla. Seuraava muutto tapahtui noin sata vuotta myöhemmin, kun sairaalan toiminta siirrettiin nykyiselle paikalleen Kiinamylynmäelle 1880-luvulla. Silloisen Åbo Underrättelserin mukaan ”ilma siellä on niin raikasta ja ihanaa, että jo sen pitäisi olla sairaalaan tulevien potilaiden tehokkaimpia hoitokeinoja”.

Keskeisimmät tuolloin valmistuneet rakennukset ovat TYKSin A-, U- ja T-sairaaloiden välissä edelleen käytössä; tämän kirjoitus on laadittu yhdessä noista historiallisista kivrakennuksista.

Hoitotakuu toimii Varsinais-Suomessa

Esa Halsinaho

Potilaat pääsevät tarvitsemaansa hoitoon Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloihin lähes poikkeuksetta lain määräämän kuuden kuukauden aikarajan puitteissa. Viime vuoden vaihteessa yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä odottaneita oli Varsinais-Suomessa väkilukuun suhteutettuna toiseksi vähiten maamme kahdenkymmenen sairaanhoitopiirin joukossa.

Kaikkiaan pääsyä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin sairaaloihin odotti vuoden vaihtuessa 6175 potilasta. Heistä 86 prosenttia oli odottanut hoitoaan alle kolme kuukautta. Vain 17 potilasta (0,3 % kaikista) oli odottanut yli puoli vuotta.

Erikseen tilastoitavaan psykiatriseen hoitoon odotti pääsyä 250 potilasta, joista kahdeksan lapsipotilaan kohdalla odotusaika ylitti lain salliman enimmäisajan, joka heillä on kolme kuukautta.

Tiedot selviävät Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen helmikuussa julkaisemasta raportista.

Kuluvan vuoden alussa tilanne on edelleen parantunut. Helmikuun lopussa hoitoon pääsyä odotti noin 4900 potilasta, joista 18 oli odottanut hoitoon pääsyään yli puoli vuotta.

Jatkohoitoon pääsy nopeutui

Esa Halsinaho

Potilaiden pääsy sairaanhoitopiirin sairaaloista kotikuntansa järjestämään jatkohoitoon nopeutui vuoden 2008 aikana. Samalla potilaiden kotikunnilta perittävät siirtoviivemaksut vähenivät.

Tammi-huhtikuussa siirtoviivehoitopäiviä kirjattiin kuukausittain pitkälle toista tuhatta. Touko-elokuussa kertyi keskimäärin 560 siirtoviivehoitopäivää kuukaudessa, mutta neljän viimeisen kuukauden aikana enää keskimäärin 475 päivää.

Kehitys näkyy hyvin myös TYKSin laskutuksessa. Tammi-maaliskuussa TYKS laskutti korotettuja hoitopäivämaksuja kuukausittain yli 300.000 euroa, huhti-toukokuussa vastaavasti 250.000 euroa ja kesä-heinäkuussa yli 100.000 euroa. Loppuvuoden aikana näitä

laskuja kertyi enää alle 100.000 euroa kuukaudessa.

Myönteiseen kehitykseen vaikuttivat sairaanhoitopiirin tiukentamat ohjeet potilaiden hoidosta sekä Turun kaupungin toimenpiteet, joilla se paransi merkittävästi potilaiden jatkohoitomahdollisuuksia. Tilanne on jatkunut sairaaloissa hyvänä kuluvan vuoden alussakin.

Sairanhoitopiirissä odotti jatkohoitoon pääsyä viime vuonna yhteensä 1.800 potilasta. Odottelusta kertyi 14.310 hoitopäivää. Se on melkein neljä prosenttia kaikista potilaiden hoitopäivistä.

Jatkohoitopaikan viipyminen maksoi potilaiden kotikunnille yhteensä 6,9 miljoonaa euroa. Siitä 2,8 miljoonaa koostui hoitopäivämaksujen korotetuista osista, joita perittiin kolmannelle odotuspäivästä alkaen..

Sairanhoitopiiri lopetti korotettujen hoitopäivämaksujen perimisen vuoden vaihtuessa, mutta sen hallitus arvioi tilannetta uudelleen ensi elokuussa.

Terveyden edistämiseksi oma suunnitelma

Esa Halsinaho

Sairanhoitopiiri ei jatkossa tyydy vain hoitamaan sairaita, vaan haluaa myös aktiivisesti edistää potilaiden terveyttä. Tätä varten on juuri valmistunut yli 40-sivuinen toimintasuunnitelma, jonka piiriin hallitus 10.3. hyväksyi toteutettavaksi.

Minna Pohjolan laatimassa ”Varsinaisen terveesti” –nimisessä terveyden edistämisen toimintasuunnitelmassa käsitellään terveyden

edistämistä sekä yleisellä tasolla että konkreettisten toimintamallien avulla. Suunnitelma on tarkoitettu sairaanhoitopiiriin henkilökunnan avuksi, jotta he voisivat osaltaan edistää erikoissairaanhoitoon piirissä olevien potilaiden terveyttä.

Suunnitelmassa esitetään hyviä käytäntöjä, joilla voidaan auttaa potilaiden tupakoimattomuutta, puuttua liialliseen alkoholinkäyttöön tai auttaa heitä painonhallinnassa. Malleja on myös diabeteksen ehkäisyyn, masennuksen tunnistamiseen ja osteoporoosin aiheuttaman murtuman ehkäisyyn.



Aivovammojen hiljainen epidemia

Tapaturmaiset aivovammat syntyvät yleisimmin kaatumis- ja putoamistapaturmissa, liikenneonnettomuuksissa ja pahoinpitelyissä. Suomessa sairaalahoitoa vaatineista aivovammoista yli puolet johtuu kaatumis- ja putoamistapaturmista ja noin kolmannes liikenneonnettomuuksista. Viimeksi mainitut aiheuttavat kuitenkin suurimman osan vakavimmista vammoista.

Aivovammojen valtavaa kansanterveydelistä merkitystä on perin vähän huomioitu terveystieteellisissä keskusteluissa. Kuitenkin aivovammat aiheuttavat tutkimusten mukaan alle 40-vuotiaiden ikäryhmässä enemmän kuolemia kuin kaikki sairaudet yhteensä. Samaten ne ovat tässä ikäryhmässä tavallisin pysyvän vammaisuuden aiheuttaja. Niinpä onkin laskettu, että aivovammat aiheuttavat länsimaissa enemmän menetettyjä työvuosia kuin syöpäsairaudet, aivoverisuonisairaudet ja HIV/AIDS yhteensä.

Aivovamma jää usein piileväksi

Suomessa tarkkoja epidemiologisia tutkimuksia aivovammojen osalta ei ole juurikaan tehty. Sairaaloiden poistorekisterit antavat virheellisen kuvan ongelman koko laajuudesta, koska tutkimusten mukaan merkittävä osa todetuista aivovammoista jää kirjautumatta diagnooseihin ja vielä suurempi osa jää kokonaan diagnosoimatta. Kun aivovamman saaneilla on useimmiten muitakin vammoja, on tavallista että nämä ”näkyvämmät” vammat todetaan ja hoidetaan, aivovamman peittyessä mm. lääkitysten ja operaatioiden taustalle. Poistorekisterit kertovat lisäksi vain sairaalassa sisällä hoidettujen potilaiden määrästä, valtaosan käydessä vain päivystyspoliklinikoilla ja tuntemattoman suuruisen osan jättäessä kokonaan hakeutumatta hoitoon.

Arvioidaan, että Suomessa sattuu vuodessa 20 – 40 000 uutta aivovammaa, joista noin 4000 on vakavia. Aivovammaan pääasiallisena kuolinsyynä kuolee hieman toista tuhatta henkeä vuodessa. Suurin osa lievän aivovamman saaneista toipuu oireettomaksi, mutta

vuosittain arvioidaan noin 10 000 henkilölle jäävän pysyvä aivovamman jälkioireisto. Tällaisesta kärsiviä lasketaan maassamme olevan 100 – 250 000. Vuotuiset välittömät ja välilliset kustannukset nousevat 1 – 2 miljardiin euroon. Aivovammat ovat siis todella merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma.

Aivovamman vaikutus arkielämään

Pelkät epidemiologiset luvut eivät edes kerro koko totuutta aivovammojen merkityksestä, eikä välillisiin kustannuksiin ole laskettu kaikkia seurausvaikutuksia. Aivovamman aiheuttamat selviytymisongelmat arkielämässä, muuttunut sosiaalinen toimintakyky ja usein myös muuttunut persoonallisuus ovat vammautuneen läheisille huomattava henkinen kuormitus, aiheuttaen perheen ja läheisten työkyvyn alenemaa ja mielenterveyden ongelmia. Aivovamman saaneilla ovat perheiden hajoamiset tavallisia, kun parisuhde muuttuu hoitosuhteeksi eikä puoliso enää olekaan se sama henkilö jonka kanssa on avioituttu. Yksin jääneet aivovammapotilaat taas ovat merkittävässä vaarassa syrjäytyä koko yhteiskunnasta, ja itsemurhien riski on kasvanut aivovamman saaneilla. Aivovamman on myös todettu lisäävän psykiatrisen sairastumisen riskiä vuosikymmeniksi.

Aivovamman psykososiaalisten seurausvaikutusten lisäksi itse aivojen vaurioitumisen pitkäaikaisvaikutukset ovat vasta nyttemmin alkaneet valkenemaan. Aivovamman on esitetty lisäävän Alzheimerin taudin riskiä, mutta tuoreimpien käsitysten mukaan riski ei lisääny vaan dementian il-

maantuminen aikaistuu usealla vuodella. On ilmeistä että ns. aivotärähdyksetkään eivät ole vaarattomia, sillä tuoreessa tutkimuksessa nuorena aivotärähdyksen saaneet selvisivät 60-vuotiaana verrokkeja heikommin muisti- ja liikuntanopeustesteissä ja heidän aivojensa johtumisajat olivat pidentyneet. Nykykäsitysten mukaan ehkä kaikkein lievimpiä vammoja lukuun ottamatta lieväkään aivovamma ei itse asiassa ”parane”, vaan henkilö toipuu oireettomaksi aivojen muotoutuveden ja kompensatiokyvyn ansiosta. Tämä kuitenkin tarkoittaa sekä lisääntyntä riskiä pysyville oireille uusien vammojen sattuessa että aivojen vanhenemisilmiöiden aikaistumista. Riski uusille vammoille ei ole merkityksetön asia, sillä aivovamma lisää uuden vamman riskiä 3 – 10-kertaiseksi.

Laajalti tuntematon alue on lapsuusikä lä kehittyvään keskushermostoon saatujen vammojen pitkäaikaisvaikutukset. Näyttää ilmeiseltä ja osin todistetultakin, että nämä voivat heijastua psykososiaalisen kehityksen häiriintymisenä, kognitiivisen kapasiteetin vajaakehityksenä, oppimisvaikeuksina, myöhäisepilepsiana, ADHD-oireyhtymänä, taipumuksena epäsosiaalisuuteen ja päihteiden käyttöön sekä mielenterveyshäiriöinä. Kukaan ei tiedäkään sen laskun suuruutta, mitä maksamme lapsuusiän aivovammojen seurausvaikutuksista.

Mitä aivovamma sitten aiheuttaa? Aivovammaa on sanottu ihmisen monimuotoisimmaksi sairaudeksi ihmisen monimutkaisimmassa elimessä. Tämä onkin eräs tärkeä syy siihen, miksi aivovammat ovat jääneet lääketieteessämme suhteettoman vähälle huomiolle. Ne ovat tutkimuskohteena haastava, sillä periaatteessa kahta saman-

laista vammaa ei ole. Pitkälti tästä syystä aivovammoihin ei ole toistaiseksi kyetty kehittämään ainuttakaan lääkettä. Akuutisti vaurioituneissa aivoissa voi olla erilaisia verenvuotoja, ruhjepisäkkeitä, turvotusta, verenkiertovajasta, ja soluvauriota. Molekyyllitasolla seurausvaikutusten kirjo on vielä suurempi vamman käynnistäessä erilaisia patofysiologisia tapahtumaketjuja, joissa vielä voi esiintyä henkilöiden välillä perinnöllisesti määrättyneitä eroja. Niinpä onkin epärealistista ajatella, että voitaisiin löytää esim. yleislääke akuuttiin aivovammaan. Samalla tavoin kuin jokainen eri syöpätyyppi vaatii nimenomaan sen mekanismin vaikuttavan lääkkeen, vaativat myös erilaiset aivovamman aiheuttamat vauriomekanismit erilaisia hoitoja.

Yksilöllistä hoitoa

Akuuttien aivovamman tutkimuksen suuri haaste onkin löytää tieteelliseen näyttöön perustuvat mutta kuitenkin yksilölliset hoitoratkaisut. Vain tätä kautta voidaan kyetä vaikuttamaan aivojen lisävaurioitumisen ehkäisyyn, aivosolujen suojaamiseen sekä toipumismekanismien edistämiseen. Tämä ongelmakenttä vaatii lähestymistapaa, jossa monien hoitoyksiköiden yhteistyönä toteutetaan yksityiskohtaista potilasaineiston ja hoitotulosten seuranta sekä tehdään suunnitellusti hoidollisia interventioita tarkkaan rajatuille kohderyhmille.

Yksilötasolla aivovamman merkittävimpiä seikkoja ovat vamman näkymättömyys päällepäin sekä yleisesti esiintyvä oiretiedostuksen vaikeus. Aivovamman tyypillisimpiä jälkioireita ovat poikkeava väsymys, muistiepävarmuus, keskittymiskyvyn ja aloitekyvyn häiriöt, hidastuneisuus, lievät kielelliset häiriöt sekä käyttäytymisen muutokset. Yleensä aivovamman saanut henkilö näyttää ja vaikuttaa päällisin puolin terveeltä, ja on valitettavan tavallista, etteivät sen enempää potilas itse kuin hänen läheisensä ymmärrä mistä tapaturman jälkeen henkilössä ilmenneet muutokset johtuvat. Niinpä monet potilaat leimautuvat psyykkisesti sairaiksi tai laiskoiksi tai työtä vieroksuviksi, jos ei ole asianmukaisesti selvitetty ja ymmärretty mitä tapaturmassa on todellisuudessa tapahtunut. Yleinen vähäinen tietoisuus aivovammoista ja niiden oireista aiheuttaa sen, että nämä potilaat joutuvat viranomaisten ja jopa terveydenhuollon taholta kokemaan epäasiallista

suhtautumista, kun toinen osapuoli ei tiedä mistä henkilön ongelmassa on itse asiassa kysymys. Tämä aivovamman oirekuva on myös syy siihen, miksi tämä potilasryhmä ei ole suuruudestaan huolimatta kyennyt luomaan vahvoja potilasjärjestöjä – miten nämä henkilöt kykenisivät ajamaan yhteiskunnallisia etujaan, kun eivät usein kykene riittävästi huolehtimaan edes omista arkipäivän asioistaan?

Aivovamman kohdalla on puhuttu hiljaisesta epidemiasta, joka on monella tavalla kuvaava termi. Nykyinen nopealiikkeinen autoistunut yhteiskunta, jossa väkivaltakin on arkipäivää ja erilaiset vauhtiin liittyvät harrastukset suosittuja, tuottaa monilukuisen joukon aivovamman saaneita kansalaisia, jotka näyttävät päällisin puolin terveiltä eivätkä pidä juurikaan ”meteliä” itsestään, eivätkä aina edes itse tiedä ongelmiansa syytä. Tämä hiljainen epidemia käy kalliiksi yhteiskunnalle ja ennen kaikkea aiheuttaa monenlaista inhimillistä kärsimystä vammautuneille ja heidän läheisilleen. Tämä on myös haaste johon lääketiede on toistaiseksi vastannut kovin vaatimattomasti suhteutettuna sen merkitykseen.

Olli Tenovuo
neurologian dosentti
projektipäällikkö,
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Aivovammakeskus perusteilla

VSSHP pyrkii perustamaan säätiömuotoisen aivovammakeskuksen Turkuun. Talven aikana on etsitty halukkaita perustajajäseniä säätiöön, joka ottaisi vastuulleen aivovammakeskuksen toiminnan.

Perustamishankkeen ohjausryhmässä ovat edustettuina kaikki Suomen lääketieteelliset tiedekunnat ja yliopistolliset keskussairaalat. Ohjausryhmän puheenjohtaja ja hankkeen vastuhenkilö on sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Turku Tunturi. Projektipäällikkönä toimii dosentti Olli Tenovuo, joka työskentelee neurologian erikoislääkärinä TYKSissä ja opettajana Turun yliopistossa.

Hoidon keskittämisen tärkeys

Aivovammakeskuksen perustamishanketta esiteltiin Turussa helmikuussa pidetyssä seminaarissa. Tilaisuudessa oli esillä myös aivovamman esiintyminen, hoito, ehkäisy ja tutkimus.

Tenovuo kertoo, että tavoitteena on saada Turkuun kansainvälisen tason keskus aivovamman diagnostiikkaa, hoitoa, tutkimusta, koulutusta ja ennaltaehkäisyä varten. - Aivovampopotilaiden hoidon keskittäminen uuteen T-sairaalaan antaa erinomaisen lähtökohdan aivovammakeskuksen perustamiselle, hän toteaa.

Tunturin mukaan keskustelut aivovammakeskuksen perustamisesta muun muassa EU:n komission tutkimusosaston, sosiaali- ja terveysministeriön, Sitran, Tekesin ja vakuutusyhtiöiden kanssa ovat olleet erittäin rohkaisevia.

- Neuvotteluja jatketaan erityisesti vakuutusyhtiöiden ja yliopistollisten sairaanhoitopiirien kanssa, hän kertoo.



Kuvassa kirjoittajista Päivi Nygren (vas.), Sanna Salanterä, Kaarina Tanttu ja Helena Leino-Kilpi.

Hoitotyön toimisto hoitotyön kehityksen, tutkimuksen ja opetuksen tukena

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian 2007-2015 mukaan hoitotyö muodostaa sairaanhoitopiirissä oman kehittyvän vastuualueensa. Vuonna 2008 hoitotyön kehityksen tueksi perustettiin hallintoylihoitajan johdolla Hoitotyön toimisto, jonka resurssit kohdentuvat kuntayhtymässä tehtävään hoitotyön kehittämiseen, tutkimukseen ja opetukseen.

Hoitotyön toimisto on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallintokeskusta ja sen tehtäviä ovat mm. hoitotyön kehittäminen ja laadunhallinta, hoitotieteellisen tutkimuksen johtaminen, opiskelijajohdoksen koordinointi ja järjestäminen, potilasohjauksen koordinointi ja laadunhallinta, potilasasiain toiminnan koordinointi sekä sairaanhoitopiirin yhtenäisten potilasohjeiden tuotanto.

Kehittämissyhoitaja koordinoi toimintaa toimiston vastuuhenkilönä ja toimistoon on sijoitettu neljä suunnittelijaa, hoitotieteen

professorien ylihoitajan sivuvirat, opetuskoordinaattori, klinikkaopettajatyöpanos ja potilasasiainmies. Kehittämissyhoitaja toimii kiinteässä yhteistyössä sairaanhoitopiirin kliinisen hoitotyön asiantuntijajäsenien ja suunnittelijoiden kanssa ja sovittaa yhteen sairaanhoitopiirin hoitotyön tutkimus- ja kehittämishankkeita.

Sairaanhoitopiirin strategia toimii hoitotyön lähtökohdalla

Sairaanhoitopiirin strategiasta on löydetävissä hoitotyön lähtökohdat ja keskeiset suuntaviivat. Eriasteiset hoitotyöntekijät muodostavat sairaanhoitopiirin henkilökunnasta noin 60 prosenttia, joten he ovat merkityksellinen ryhmä sekä sisällöllisesti että taloudellisesti. Siksi on tärkeää, että heidän toimintansa tukee koko sairaanhoitopiirin tavoitteita.

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii parhaillaan hoitotyölle valtakunnallista toimintastrategiaa, jonka keskeisiä painopistealueita ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen, henkilöstön saatavuuden edistäminen ja osaamisen kehittäminen sekä johtamisen kehittäminen.

Tämän valtakunnallisen strategian on tarkoitus valmistua keväällä 2009 aikana ja

strategiatyössä on mukana lounaisen Suomen edustus. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä Hoitotyön toimisto koordinoi hoitotyön osalta strategisten painopistealueiden valmistelua ja toimeenpanoa ohjaamaan sairaanhoitopiirin lähivuosien kehitystyötä.

Hoitotyön kehittämistoiminta on monipuolista

Potilaan hoidon ja moniammatillisen yhteistyön kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että hoitotyö on korkeatasoista, ajantasaista ja se ottaa käyttöön alan tutkimukseen perustuvan tiedon ja toimintakäytännöt. Tämä tarkoittaa, että käytännön potilashoito, sitä koskeva tutkimus, hoitotyöntekijöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutus sekä johtamisratkaisut muodostavat monipuolisen, koordinoitun ja toisiaan tukevan kokonaisuuden.

Hoitotyön toimisto muodostaa ytimen eri toimintojen kokoamiseksi ja yhteydenpitämiseksi hoitotyöhön sairaanhoitopiirin eri yksiköissä.

Hoitotyön käytäntö muodostaa hoitotyön kehittämistoiminnan perustan: potilaan laadukas ja turvallinen hoito on toisaalta tavoite, toisaalta perusta kaikelle muulle toiminnalle. Käytännön kehittämistoimien toteutuksesta ja koordinoinnista vastaavat erityisesti eri yksiköt.

Jatkuu sivulle 20 >>>

siköihin sijoitetut asiantuntijasairaanhoitajat sekä suunnittelijat.

Sairaanhoitopiirissä on perinteisesti ollut lukuisia kehittämishankkeita, joiden perusteella on voitu määritellä ja kehittää erilaisia hyviä käytänteitä. Esimerkkeinä voidaan mainita monta vuotta käynnissä ollut ja yhteistyössä oppilaitosten kanssa toteutettu lääkehoidon kehittäminen sekä yliopiston kanssa yhteistyössä tehty potilasohjauksen kehittäminen.

Eri klinikoilla on lisäksi runsaasti ajantasaista kehittämistoimintaa, jonka hyödyntämistä laajemmin tuetaan Hoitotyön toimiston koordinoimalla raportointikäytännöllä.

Hoitotyön koulutustoiminta on sairaanhoitopiirissä laajaa, onhan alueella kaksi ammattikorkeakoulua sekä toisen asteen koulutusta. Vuosittain sairaanhoitopiirissä opiskelee noin 2000 hoitotyön opiskelijaa.

Hoitotyön opetus- ja koulutustoimintaa systematisoimaan alueelle laadittavan opetus- ja koulutusstrategian linjausten mukaisesti. Tavoitteena on hoitotyön täydennyskoulutuksen kokoaminen, laadun varmistus ja eri osapuolien yhteistyön tiivistäminen.

Hoitotyön koulutustehtävää varten toimistossa on opetuskoordinaattori, joka hoitaa mm. opiskelijoiden harjoittelupaikkojen jakautumista sekä klinikkaopettajia, jotka koordinoivat opiskelijoiden ohjattua harjoittelua eri klinikoilla.

Osa yhteistä tutkimusstrategiaa

Hoitotyöhön kohdistuva hoitotieteellinen tutkimustoiminta on osa Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteistä tutkimusstrategiaa. Tieteellinen tutkimustoiminta tehdään pääosin yhteistyössä lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitoksen kanssa, mutta useissa tutkimushankkeissa toteutuu monitieteellinen tutkimusote.

Tutkimustoiminta on painottunut kliiniseen hoitotieteelliseen tutkimukseen eri klinikoilla, mukaan lukien myös psykiatrian toimialue. Myös palvelujärjestelmätutkimusta toteutetaan hoitotyön näkökulmasta. Hoitotyön toimiston koordinoimana valmistellaan oman alueen tutkimuksen toimintaohjelman laatimista siten, että Turun yliopiston hoitotieteen tutkimusstrategia (www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus) ja sairaanhoitopiirin ohjelma muodostaisivat mahdollisimman hyvin toisiaan tukevan kokonaisuuden.

Hoitotyöhön kohdistuvista tutkimuksista ja opinnäytetöistä on sairaanhoitopiirissä olemassa varsin pitkäaikainen

seuranta. 1990-luvulla perustettu Hoitotyön asiantuntijatyöryhmä käsittelee kaikki piirin hoitotieteelliset tutkimukset ja hoitotyöhön kohdistuvat opinnäytteet eettisen ennakoarvioinnin näkökulmasta ja antaa osaltaan luvanantajille suunnitelmista lausunnot. Tämä on erityisen tärkeää nyt, kun maassamme valtakunnallinen tutkimuseettinen neuvottelukunta on kiinnittänyt huomiota siihen, että kaikki tutkimus ei ole eettisen ennakoarvioinnin piirissä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissämme eettinen ennakoarviointi on tältä osin varsin systemaattisesti järjestetty. Sairaanhoitopiirissä on myös tilastoitu vuosien ajan hoitotyöhön kohdistuvien opinnäytteiden ja tutkimusten määriä, jotka ovat vaihdelleet vuosittain 60-90 välillä. Sairaanhoitopiirissä on vuosittain tuotettu varsin suuri määrä uutta tietoa tutkimuksen avulla.

Näyttöön perustuva hoitotyö yhteisenä tavoitteena

Hoitotyö on vaativaa toimintaa ja sen tulee perustua näyttöön. Hoitotieteellinen tutkimusnäyttö on tällä hetkellä jo varsin laajaa. Tutkimusnäytön soveltaminen käytäntöön on kuitenkin edelleen epäsystemaattista. Hoitotyön toimiston yhtenä tehtävänä on näyttöön perustuvan hoitotyön tehostaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Keskeinen tavoite onkin, että potilaiden hoitotyö on yhä suuremmalta osin korkeatasoiseen tutkimustietoon perustuvaa.

Tulevaisuuden yksi keskeisistä rekrytointikeinoista on toiminnan kehittäminen. On tärkeää, että henkilökunta kokee voivansa vaikuttaa omaan työhönsä tutkimuksen ja kehittämistoiminnan avulla. Henkilökunta tarvitsee tuntuman siitä, että ”olemme hyviä”, ”meillä ollaan ajan tasalla” ja että ”olemme osa kehitystä”. Tämä lähestymistapa työhön innostaa uusien, innostuneiden ja innovatiivisten henkilöiden hakeutumista sairaanhoitopiirin jäseniksi.

Hoitotyön toimiston yhtenä keskeisenä tehtävänä onkin tukea osaltaan myönteisen työskentelyilmapiirin muodostumista, jossa kaikki hoitotyön kehittämisestä innostuneet voivat tuoda ideansa toiminnan ja organisaation kehittämiseksi.

Päivi Nygren, hallintoylihoitaja

Kaarina Tanttu, kehittämissylihoitaja

Helena Leino-Kilpi, professori, ylihoitajan sivuvirka

Sanna Salanterä, professori, ylihoitajan sivuvirka

Maritta Välimäki, professori, ylihoitajan sivuvirka



Teksti ja kuva: Markku Näveri

Talousjoh

Puhummeko nykyisestä taloudellisesta tilanteesta laskusuhdanteena, taantumana vai lamana, on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tuoreen talousjohtajan Anne Lindqvistin mielestä silkkaa semantiikkaa.

– Tärkeintä on tiedostaa, että käsillä on räjähdysmäisen nopea muutos huonompaan suuntaan. Niin nopea, etten ole urallani sellaista aiemmin kokenut, Lindqvist kuvailee.

Urallaan ennen sairaanhoitopiirin tuloa Anne Lindqvist on rakentanut Turun kaupungin talouspalvelukeskusta ja toiminut sen talouspalvelujohtajana vuodesta 2007. Aiempiin vuosiin sisältyy Myllykoti Oy:n toimitusjohtajuus sekä pitkäaikainen työskentely eri tehtävissä Sammossa. Koulutukseltaan Lindqvist on kauppatieteiden maisteri.

Mistä rahat?

Taloudellinen epävarmuus pakottaa analysoimaan ja miettimään tilannetta. Talousjohtajan mukaan kyse on pitkälti siitä, mihin rahamarkkina riittää.



Talusojohtaja Anne Lindqvist kaippaa taloutta lähemmäksi sairaanhoitopiirin perustoimintoja.

tajan tulikaste

– Sairaanhoitopiiri on velkaantunut ja velkaantuu lisää T-sairaalan investointien takia. Pankit eivät tässä tilanteessa ole kovin innokkaita rahoittamaan julkista sektoria, eivätkä talouskurimuksessa riutuvat kunnatkaan ole hanakoita sijoittamaan.

Anne Lindqvistin pahimpana peikkona väijyy rahahanojen totaalinen sulkeutuminen, joskaan hän ei hevin usko niin käyvän.

– Käsiä emme nosta, vaan kaikki pyritään tekemään. Uusia rahoittajia etsitään, ja yksi sellainen saattaisi olla Euroopan investointipankki.

T-sairaalan urakan Lindqvist otaksuu valmistuvan suunnitellusti, mutta sen jälkeisiä isompia investointeja on syytä harkita kriittisesti. Syöksyssä oleva kuntatalous asettaa myös omat haasteensa. Hinnoittelupaineita kuntien suuntaan on, sillä poistot on saatava rahoitettua.

Helmikuun alussa virkaan astunut talusojohtaja on huomannut taloustilanteen

tarjonnan hänelle heti todellisen tulikasteen. Nyt on suorastaan pakko paneutua asioihin nopeasti ja tarkasti.

Ei ihme, että kalenteri on täyttynyt. Kokonaiskuvan hahmottaminen, perehtyminen laajaan organisaatioon ja peruskäsitteisiin vaativat aikansa. Päällimmäiseksi agendaksi Lindqvist arvelee kuitenkin tämän hetken rahoitustilanteen järjestymisen.

Talous lähelle toimintaa

Kevään mittaan Anne Lindqvist on jo ehtinyt havaita, että sairaanhoitopiirissä on meneillään paljon sellaista positiivista toimintaa, jolla voidaan vaikuttaa tehokkuuteen ja talouteen. Erittäin ilahtunut hän on lukuisista erilaisista mittareista, jotka tarjoavat tarkkaa ja tarpeellista tietoa toiminnasta.

Tuore talusojohtaja on jo ennätänyt käynnistää asiakastapaamiset ja laadunvarmistusryhmät. Kehittämiskohteiksi hänen asialistallaan nousevat taloussuunnittelu

ja hankinnat, samoin taloustoimiston palvelujen tuotteistaminen ja hinnoittelu. Lindqvist peräänkuuluttaa toimintaan selkeää systemaattisuutta, vastuutusta ja seurantaa, mutta ennen kaikkea hän haluaisi nähdä budjetoinnin tapahtuvan lähempänä sairaanhoitopiirin varsinaista toimintaa, ei talousosaston pöytien ääressä.

– Minulle oli yllätys, että talous on niin erillään itse toiminnasta. Niiden pitäisi käydä jatkuvaa ja vilkasta vuoropuhelua, ja yksi talusojohtajan rooleista on tämän dialogin ylläpito.

Vaikka Anne Lindqvist on tarttunut toimeen keskellä globaalia talouskurimusta, hän ei ole katunut hetkeäkään. Stressi valvotti pari ensimmäistä viikkoa, mutta nyt hän nukkuu yönsä hyvin. Kuntoaan kaarinalainen Lindqvist pitää yllä harrastamalla bailatinoa ja sauvakävelyä. Henkistä vireyttä tarjoaa kulttuuri: talusojohtaja tunnustautuu hyvän musiikin, elokuvien ja kirjallisuuden ystäväksi.



Kuvassa Päivi Penkkala-Arikka ja Marlene Karlsson.

lasten ja nuorten psykiatria erikoistunut ylihoitaja **Anita Birstolin** VSSHP:n psykiatrian tulosalueelta.

Remontin avainsanoja ovat siis varhainen puuttuminen ja palvelujen tuominen lähelle ihmistä.

– Niin ja oikea-aikaisuus. Se tarkoittaa tarttumista ongelmiin heti, kun ne havaitaan. Eikä vasta sitten, kun ongelmat ovat kasvaneet todella pahoiksi ja joudutaan turvautumaan korjaaviin toimiin, lisää jutustelu-uokiomme kolmas nainen, vastikään Remontti-hankkeen projektipäälliköksi valittu **Päivi Penkkala-Arikka**.

Päällekkäisyydet pois

Remontti käynnistyi viime vuonna. Suuret linjat ovat nyt selvillä, ja hankesuunnitelman konkretisointi on menossa. Projektisihteeriksi palkattiin maaliskuun alussa **Marlene Karlsson**. ”Työrukkasporukkaan” palkataan vielä näillä näkymin mm. kolme seutukoordinaattoria. Sen jälkeen kääritään hihat ja ryhdytään toden teolla hommiin.

– Me kehitämme uudenlaisia yhteistyö- ja toimintatapoja sekä tuotamme vertaistietoa. Remontti kulkee Paras-hankkeen eli kuntien palvelurakennemuutoksen kanssa sulavasti samaan suuntaan. Tavoitteleme sellaista yhtenäistä palveluketjua, jossa tarpeen mukaisen hoidon saa sieltä, missä se on asiakkaan kannalta järkevintä antaa. Ilman turhia hallinnollisia rajoja estämässä. Kantavana teemana on voimavarojen yhdistäminen, Anita Birstolin sanoo.

– Pyrimme viemään esimerkiksi mielen-terveyteen ja kuntoutukseen liittyviä palveluja lapsen kotiympäristöön, eikä niin, että lapsi repäistään omasta kodistaan kauas hoitoon. Tämä on päällimmäinen ajatus. Karsimalla päällekkäisiä töitä on mahdollista saada myös säästöjä monta kautta. Rakenteet ovat vahvat ja eri tahoilla on erilaisia tarpeita: sairaanhoitopiireillä, pienillä kunnilla, isoilla kunnilla jne., joten työosaa riittää, **Maija Kyttä** luettelee.

Toimintamallit laajaan levitykseen

Miten näitä kunnianhimoisia tavoitteita kohti sitten käytännössä mennään? Eli kuinka Remontti-hanke etenee?

Teksti: Juha Syrjä | Kuva: Eliel Herlevi

On Remontin aika

Varsinais-Suomen ja Satakunnan yhteinen suurhanke tähtää lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantamiseen.

Remontti-hankkeen tavoitteet ovat kunnianhimoiset. Kaikki tähtää lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen. Ensinnäkin Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa, sitten kautta valtakunnan.

Palataanpa ajassa hieman taaksepäin. Miksi Remontti päätettiin taannoin polkaista liikkeelle?

– Ensimmäinen asia – lasten ja nuorten hyvinvointi – on erittäin tärkeä. Siinä on tulevaisuus. Meillä pitää olla sellainen joustava ja tehokas palvelujärjestelmä, joka todella vastaa

tarpeisiin. Tavoitteena on luoda systeemi, josta on karsittu päällekkäisyydet ja jossa palvelut viedään mahdollisimman lähelle lasten ja nuorten omaa elinympäristöä. Saatamme olla idealisteja, mutta pitäähän tavoitteet asettaa korkealle, sanoo KASTE-aluejohtoryhmän puheenjohtaja, Turun apulaiskaupunginjohtaja **Maija Kyttä**.

– Kaiken lähtökohdiana on siirtää tarpeisiin vastaamista varhaiseen vaiheeseen. Eli että pystyisimme mahdollisimman varhain tukemaan ja vastaamaan hoidon ja avun tarpeeseen, täydentää yksi hankkeen avainhenkilöistä,

Remontti-hanke

- Vuoteen 2013 ulottuvan Remontin tavoitteena on palvelujärjestelmän uudistaminen siten, että lasten ja nuorten tarvitsema tuki viedään heidän kehitysympäristöönsä.

- Toimintatapoja ja palvelurakenteita uudistetaan siirtämällä painopistettä korjaavasta työstä ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä varhaiseen tukeen ja puuttumiseen kodeissa, perusterveydenhuollossa, varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja vapaa-ajan toiminnoissa.

- Uudenlaisella yhteistyöllä vaikutetaan lasten ja nuorten kehitysympäristöön. Palvelurakenteita kehitetään luomalla lapsen, nuoren ja perheen näkökulmasta yksi yhteinen palvelukokonaisuus, jonka muodostavat lähipalvelut ja tarpeen mukaan jalokautuvat seudulliset ja maakunnalliset erityispalvelut.

- Remontti-hanke on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista KASTE-kehittämisohjelmaa.

- Hankkeen kustannusarvio vuosille 2008-2013 on 5,2 miljoonaa euroa.

Hankkeessa ovat mukana:

- Varsinais-Suomen ja Satakunnan kunnat
- Länsi-Suomen KASTE-alueen sosiaalialan osaamiskeskukset: Pikassos Oy, Oy Vasso Ab, Ab Det Finlandssvenska Kompetenscentret inom det sociala området
- Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien psykiatrian tulosalueet
- Satakunnan ja Varsinais-Suomen lastensuojelun kehittämissyksikkö
- hankkeet
- Turun lasten, nuorten ja perheiden talo -hanke
- Turun Lapsi- ja nuorisotutkimuskeskus
- Satakunnan järjestöedustus ja Varsinais-Suomen Lastensuojelujärjestöt ry.

– Meillä on yleinen osio, joka sisältää koulutusta ja verkostotyöskentelyä sekä taapamisia kaikille alueen toimijoille. Lisäksi käynnistämme ehkä kolme alueellista pilottia. Niissä keskitymme juuri kyseisen alueen toimintamallien kehittämiseen – ja nimenomaan niin, että ne toimintamallit ovat helposti monistettavissa ja kehitettävissä muille alueille, Maija Kytä kertoo.

– Meillä on pieniä projekteja, joissa kaikki eivät ole mukana tai suoraan hyötymässä. Haasteena on saada ydinasiat esille ja tietoa levitykseen. Mutta olivatpa projektit isoja tai pieniä, kaikissa ovat mukana terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, verkostoituminen, vertaistiedon tuottaminen ja palvelurakenteen uudistaminen – vähän niin kuin pakollisina teemoina, Anita Birstolin jatkaa.

Lapsiperheiden ääni kuuluviin

Projektipäällikkö Päivi Penkkala-Arikan yhtenä tehtävänä on varmistaa, että lasten, nuorten ja lapsiperheiden ääni ja tarpeet tulevat hankkeessa kuuluville.

– Toisaalta tässä on mukana niin paljon erilaisia ammattilastahoja, että voisi kuvitella kaikkien tarpeiden tulevan esille. Mutta kyllä me silti mietimme erilaisia tapoja, joilla se varmistetaan. Ehkä menemme suuriin lapsiperhetapahtumiin ja kyselemme siellä tai järjestämme joitakin muita asiakasgallupeja. Aika näyttää, projektipäällikkö pohdiskelee.

Vaan mitä sanovat remonttinaiset siihen toteamukseen, että kyllä Suomeen kehittämissankkeita mahtuu. Miksi juuri tämä hanke on niin erinomainen?

– Hankehakemukset arvioitiin ministeriössä erittäin tarkasti. Johtoajatus palveluiden viemisestä lähelle lasta ja nuorta vakuutti ministeriön päättäjät. Tässä on monta toimijaa, ja esimerkiksi erikoissairaanhoidon rooli on hyvin keskeinen. Taustalla on myös se fakta, että Turun seudulla on viime vuosina tehty paljon sote-puolen kehittämistyötä, ja vastaavasti myös Porin seudulla on hyvin laaja yhteistyöverkosto. Uskomme, että yhteistyössä saamme tämän onnistumaan. Toimijat ovat olleet alusta asti hyvin innostuneita! Olen ollut positiivisesti yllättyneet kuntien aktiivisuudesta, tässä todella halutaan olla mukana, Maija Kytä listaa plussia.

– Sosiaali- ja terveysministeriön, Tekesin ja monien muiden tavoitteena on synnyttää yhä suurempia kehittämishankkeita. Remontti-hanke on ensimmäisessä aallossa. Tärkeintä on oivaltaa, että kehittämistyö voidaan tehdä laajemmalla tasolla ja hyöty sataa silti omaan laariin. Remontti ei ohjaudu ylhäältä, vaan kehittämistyö tulee peruskunnista, ja sitoutuminen kasvaa sen myötä, Päivi Penkkala-Ariikka sanoo.

Tavoitteena yhtenäinen palveluverkko

Kysytäänpä vielä lopuksi Maija Kytältä ja Anita Birstolinilta se olennaisin kysymys. Kun hanke joskus päättyy, mitä pitää olla tapahtunut, jotta olette tyytyväisiä?

– Toivon, että meidän palveluketjumme ovat paremmassa kunnossa ja että me voisimme käyttää asiantuntijuutta lähellä lapsen ja nuoren elämän piiriä. Ja että sitä kautta olisimme saavuttaneet myös merkittäviä taloudellisia säästöjä. Toivon myös, että Paras-hankkeen kautta kuntarakenteen muutos etenisi ja Remontti siinä rinnalla olisi synnyttänyt uusia toimintatapoja, Maija Kytä visioi.

– Olisi aivan ihanaa, jos meillä olisi yhtenäinen palveluverkko, ja jäykät hallinnolliset rajat poistuisivat hoitosysteemistä. Odotan kovasti uutta terveydenhoitolakia, jospa se tasoittaisi tietä. Ihanteena on, että me todella voisimme keskittyä miettimään, mitä hoitoa ihminen tarvitsee – eikä niin, että mihinkäs minä tämänkin potilaan tästä voisin lähettää, Anita Birstolin sanoo.



Teksti: Markku Näveri

T-sairaala laajenee ja täyttyy



Helmikuun alussa otettu ilmakuva T-sairaalan alueesta. Uusi D-siipi on etualalla. Heti sen takana on B-siiven korotustyömaa. Taustalla näkyy G-siiven perustustyömaa. Myöhemmin rakennettavat E- ja F-siipi ulottuvat vasemmalla olevan pysäköintialueen päälle. (Suomen Ilmakuva Oy)

Turun yliopistollisen keskussairaalan T-sairaalan D-siiven harjannostajaisia juhliittiin viime lokakuussa, ja jo tammikuussa käynnistyi yksiköiden muutto uusiin tiloihin.

Seitsemänkerroksisen D-siiven kahteen alimpaan kerrokseen siirtyivät kirurgian poliklinikka, ortopedian ja traumatologian sekä urologian poliklinikka. T-sairaalan hallintotilat sijoittuvat nyt D-siiven 3. kerrokseen.

Kolmanteen kerrokseen siirtyvät sydän- ja verisuonisairauksien, neljanteen traumatologian, viidenteen vatsaelinkirurgian, kuudenteen sisätautien ja seitsemänteen verisairauksien eli hematologian vuodeosastot. Jälkimmäinen muuttaa toukokuussa; silloin myös D-siiven neljanteen kerrokseen siirtyvät tilapäisesti T-pro-hankkeen henkilöstösuunnittelijat.

D-siiven kanssa samaan rakennusurakkaan kuuluvaan B-siipeen muuttavat sen korotuksen valmistuttua gastro-urologian ja keuhkotautien vuodeosastot. Sinne tulee myös sydän- ja verisuonisairauksien poliklinikka sekä traumatologian vuodeosasto. Korotustyön on määrä valmistua helmikuussa 2010.

D-siipi ja B-siiven korotus lähes kaksinkertaistavat T-sairaalan tilat. Näiden valmistuttua T-sairaalan laajuus on

48 000 bruttoneliometriä, josta vuonna 2003 valmistuneiden tilojen osuus on 25 000 neliometriä.

Kodikasta mutta sokkeloista

Varsin tuoreita muuttajia ovat siis ortopedian ja traumatologian poliklinikka, kirurgian poliklinikka, ja siihen hallinnollisesti kuuluva urologian poliklinikka, joka siirtyi C-siiven 3. kerroksesta, kun taas kirurgian, ortopedian ja traumatologian poliklinikka muutti T-sairaalan B-siiven 3. kerroksesta. Tilaa niillä on yhteensä noin

1 500 neliometriä, kertoo osastonhoitaja Annika Lindblom.

Uusissa tiloissa työskentelee osastonhoitajan alaista henkilöstöä 38, heistä 28 poliklinikan omaa väkeä. Lisäksi lääkäreitä on viikoittain jopa noin 70.

– Kirurgian poliklinikan tilat 2. kerroksessa ovat riittävät, mutta eivät ruhtinaalliset. Yhtään huonetta ei ole tyhjänä. Kirurgian avohoitopainotteisuuden lisääntyminen näkyy täällä selvästi, osastonhoitaja tuumii.

Urologian poliklinikan tilat alakerrassa ovat hyvät ja riittävät, varsinkin jos vertaa niitä vanhoihin.

– Urologia toimii hyvin, ja sillä on mahdollista tilojen puolesta laajentaakin toimintaansa. Tämä on tärkeää, koska se on sektoreistamme laajin, osastonhoitaja toteaa.

– Kodikkuus on plussaa, mutta lievä sokkeloisuus miinusta. Saamme monesti ohjata potilaita oikeisiin paikkoihin. Myös joidenkin tilojen ikkunattomuus vaivaa.

Annika Lindblom kertoo sitäkin mietityn, soveltuuko tilojen kolmiomaisuus yhtä hyvin poliklinikalle kuin vuodeosastoille.

Hoitajien huoneita olisi kaivattu enemmänkin, mutta seinät asettavat rajansa. Hyvää ovat uusi kipsaushuone sekä toimintaterapiahuone. Toiminnallisestikin uutta on poliklinikan toimenpidehuone pientoimenpiteitä varten.

Kirurgian poliklinikan uusien tilojen lääkärin huoneessa osastonhoitaja Annika Lindblom, sairaanhoitaja Eija Santavuori, neurokirurgi Ville Vuorinen ja lääketieteen opiskelija Toni Pakkanen. Kuva: Markku Näveri

