



## Vuosikatsaus 2003



## Saatteeksi

### Hyvä lukija!

Käsissäsi on uudentyypinen, Vuosikatsaukseksi nimetty Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisu. Ensin viestintäryhmässä ja sen jälkeen erillisessä työryhmässä suunnitellun Vuosikatsauksen ideana on luoda lisää mahdollisuuksia toimintamme esittelyyn jo vakiintuneiden Toimintakertomuksen, Henkilöstökertomuksen, Lasaretti-lehden sekä erillisten esitteiden ja internet-sivujen lisäksi. Vuosikatsauksen toimitustavaksi valittiin omien asiantuntijoidemme kirjoittamat artikkelit ammattimaisesti kuvitettuna ja taitettuna. Julkaisuun on pyritty valitsemaan aiheita, jotka ovat ajankohtaisia, kattavat monipuolisesti organisaatiomme eri toimintakenttiä ja maantieteellisiä alueita ja joita ei ole jo julkaistu Lasaretissa.

Toivon, että julkaisusta on hyötyä ja iloa sairaanhoitopiirimme asioista päättävälle taholle, yhteistyökumppaneillemme, omille työntekijöillemme ja muille erikoissairaanhoidosta kiinnostuneille! Toivon myös saavamme palautetta tällaisen julkaisun tarpeellisuudesta jatkosuunnittelua varten. Palautetta voi lähettää esimerkiksi sähköpostilla työryhmän jäsenille.

*Esa Halsinaho  
viestintäpäällikkö*

### Työryhmä:

Esa Halsinaho (pj.)

Stig Gerke

Reijo Grönfors

Mirja Hovirinta

Anna-Kaisa Juuti

Heikki Korvenranta

Tuija Lehti

Hanna Mäkilä

Sähköposti: etunimi.sukunimi@tyks.fi

## Sisällysluettelo

Erikoissairaanhoidon jatkuva uudistuminen .....	4
Yhteistyöllä laadukkaaseen TYKY-toimintaan .....	8
Nuorisopsykiatrisen kuntoutus – mitä se on? .....	10
Nopea hoitoon hakeutuminen tärkeää aivohalvauksessa.....	12
Leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön kehittäminen .....	14
Keskosten hoito lastenkllinikalla.....	16
Fysio- ja toimintaterapeuttien laatutyö.....	18
Förebyggandet av patientskador, en väsentlig del av helhetskvaliteten .....	20
Hoitoisuus potilaan hoidon mittarina .....	22
Tehohoidon tietojärjestelmä .....	24
Kehittyvä laitoshuolto.....	26
Dialyysitoiminta Loimaan aluesairaalassa 1997–2003.....	28
Turvallisuus ja suojelu mukana kaikessa toiminnassa .....	30
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.....	32
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalat.....	34

### Julkaisija:

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

### Ulkoasu:

Mainostoimisto SST Oy

### Paino:

Painoprisma Oy, 2003

### Kuvat:

Mainostoimisto SST Oy,

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri,

Comma Pictures

# Erikoissairaanhoidon jatkuva uudistuminen

Lainsäädännöllisesti erikoissairaanhoidon palvelu on kunnallista palvelua, jonka järjestämisvastuu on kuntien muodostamalla sairaanhoitopiireillä. Verrattuna useimpiin muihin kunnallisiin palveluihin – lasten päivähoito, koulutoimi, sosiaalihuolto liikuntapalvelut jne. – on erikoissairaanhoidon palvelu selvästi tieteellisesti ja teknologisesti edistyksellisempää. Keskeiset taudinmäärityksessä ja hoidossa käytettävät menetelmät muuttuvat täydellisesti 5–10 vuoden välein lääketieteellisen teknologisen tiedon lisääntyessä. Tämän yhdistyessä väestön elinajan pidentymiseen ja kansalaisten tarpeiden ja vaatimustason kasvuun ei näköpiirissä ole realistisesti muuta vaihtoehtoa kuin terveyspalveluiden ja niiden vaatimien kustannusten kasvu. Tapahtuuko menojen rahoitus valtion ja kuntien verotuksen, sairausvakuutuksen vai kansalaisten suorien yksityisostojen kautta riippuu poliittisista ratkaisuista. Todennäköisesti tarvitaan kaikkia mainittuja rahoitusmuotoja.

Teknologiaintensiivisyys näkyy kaikessa erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi TYKSissä vuosina 1997 ja 2002 käytettyjen 20 yleisimmän lääkkeen listalta löytyy viiden vuoden välein vain kolme samaa lääketta. Näin nopea uudistuminen ei ole itsetarkoituksellista, vaan kysymys on uusien yhä paremman vaikuttavuuden omaavien lääkkeiden harkitusta käyttöönotosta vaikeasti sairaiden potilaiden hoidossa. Tulevaisuuden ennustamisen vaikeutta kuvaa hyvin esimerkki sepelvaltimoiden ohitusleikkauksista. 1980-luvun alussa leikkauksia tehtiin maassamme 300 vuodessa ja 10 vuodessa ennustettiin päästävän tuhanteen leikkaukseen vuodessa asiantunti-



joiden suositustavoitteen ollessa silloin 2400 ohitusleikkausta. Vuonna 2003 näitä leikkauksia tehdään yli 5000 ja niiden ohella yhä useampi sepelvaltimopotilas saa angioplastisen eli ns. pallolaajennushoidon.

Nopea kehitys mullistaa hoitokäytäntöjä kahdella eri suunnalla. Toisaalta yhä vaikeampia sairauksia voidaan hoitaa aikai-

sempää tuloksellisemmin. Eräs tämän kehityksen osoitus on se, että TYKSissä 5 % vaativahoitoisimmista potilaista kuluttaa 50 % kaikista vuodeosastohoidon voimavaroista. HYKSissä 5 % potilaista kuluttaa vielä suuremman osuuden resursseista. Esimerkiksi syöpä- ja tapaturmapotilaiden hoitotulokset ovat parantuneet merkittävästi. Toisaalta



teknologia muuttaa hoitoja myös kevyempään suuntaan: aikaisemmin avoleikkauksina tehdyt toimenpiteet voidaan tehdä tähyystoimenpiteinä, aikaisemmin kirurgista hoitoa vaatinut sairaus voidaan hoitaa kokonaan avohoidossa lääkityksellä, pitkäaikaista hoitoa vaatinut sairaus lyhyemmällä hoitokaksella jne. Tämä kehitys osaltaan keskittää

vaativinta hoitoa, mutta samalla hajauttaa kevyempää hoitoa ja yhdistyneenä väestön tulotason nousuun tekee yksityisistä terveyspalveluista helpommin saavutettavia uusille kansalaisryhmille.

Uudet hoitomuodot ovat aikaisempia täsmällisempiä ja ne tuottavat paremman hoitotuloksen vähemmällä sivuvaikutuksilla

ja siksi niitä voidaan soveltaa myös aikaisempaa huonokuntoisempiin ja iäkkäämpiin potilaisiin. Tämä pidentää potilaiden elinikää ja parantaa heidän toimintakykyään, mutta lisää samalla terveydenhuollon kustannuksia. Suurin tulevaisuuden haaste liittyy ihmisen perimän lääketieteelliseen käsittelyyn. Sairauksien syiden selvittämisessä, niiden ehkäisyssä ja myös hoidossa avaa geeniteknologia kokonaan uudenlaisia näkymiä.

Lääketieteellis-teknologinen kehitys heijastuu myös sairaaloiden henkilöstörakenteeseen, tiloihin, organisaatioihin sekä yksityisille työ- ja palvelumarkkinoille. Myös sairaaloiden tuottavuus kehittyy. Viimeksi kuluneen 10 vuoden aikana erityisesti avohoitokäynnit ovat voimakkaasti kasvaneet ja hoitopäivät vähentyneet hoitajaksojen ja leikkausten kokonaismäärän kuitenkin hieinan kasvaessa. Tämä on tapahtunut pääosin samalla henkilöstöllä uusiutuneiden hoitokäytäntöjen ja tehokkaamman toiminnan organisoinnin seurauksena. Tämä kehitys tulee edelleen jatkumaan. Suomalainen terveydenhuolto on edelleen laitos- ja vuodeosastopainotteista ja hoitajaksoja voidaan kehittää yhä avohoitopainotteisemmiksi.

Tässä kirjoituksessa erikoissairaanhoidon sisällöllistä uudistumista käsitellään yleisellä tasolla pohtien sen heijastusvaikutuksia terveydenhuollon tulevaisuuteen. Kaikista erikoisaloista ei esimerkkejä esitetä. Se ei ole kannanotto kyseisten alojen merkitykseen, vaan palstatilan sanelema välttämättömyys. Julkaisumme muissa artikkeleissa käsitellään yksityiskohtaisemmin monia erityiskysymyksiä alansa johtavien asiantuntijoiden toimesta.

Kansainvälisessä vertailussa on suomalainen terveydenhuoltomalli poikkeuksellinen. Jokaisesta sairaalassa hoidetusta potilaasta peritään aiheutuneet kustannukset potilaan kotikunnalta, joista suuri osa on väkiluvultaan verrattain pieniä. Yleensä kehittyneissä maissa kustannuksista vastaa valtio, osavaltio, maakunta tai julkinen tai yksityinen sairausvakuutus, jolloin kustannukset jakaantuvat satojen tuhansien maksa-

jien kesken. Tällainen rahoitusmalli sopisikin paremmin erikoissairaanhoidon, jossa yksittäisen kansalaisen sairastumisriski ja sen myötä hänen kotikuntansa kustannusvastuu jakaantuvat sattumanvaraisesti ja vaihtelevat vuosittain.

### Kirurgian erikoisalajat

Kirurgian erikoisaloilla kehitys on erittäin nopeaa. Vanhusväestölle tehtävät toimenpiteet ovat kasvussa kirurgian kaikilla alueilla. Tämä johtuu sekä vanhusten lukumäärän kasvusta että uusien vähemmän rasittavien hoitomuotojen käyttöönotosta. Monisairaiden ja iäkkäiden potilaiden osuus on jo viime vuosina lisääntynyt ensiapupoliklinikalla, vuodeosastoilla ja leikkaussaleissa. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaiden lukumäärän on laskettu kaksinkertaistuvan vuosien 2000 ja 2030 välillä. Viimeksi kuluneen 15 vuoden kehitys lonkkamurtumien lukumäärässä on toteutunut täysin ennustetun kaavan mukaisesti seuraten iäkkäimmän väestönosan kasvua. Myös muut vanhusten murtumat, esimerkiksi olkavarren murtumat, lisääntyvät. Tehokas kaatumistapaturmien sekä luuston haurastumisen ja luukadon ehkäisy voisivat hidastaa tätä kehitystä.

Uudenlaiset leikkaustekniikat (mikroinvasiiviset toimenpiteet, videoavusteinen kirurgia, leikkausrobottien hyväksikäyttö jne.) vaativat investointeja ja laajamittaista henkilöstön koulutusta. Päiväkirurgia yleistyy edelleen, mutta vuodeosastokapasiteettia



tullaan jatkossakin tarvitsemaan, koska samalla vaativat toimenpiteet myös lisääntyvät. Tähystystoimenpiteiden tarve esimerkiksi ortopediassa (polvi, olkanivel jne.) ylittää selvästi nykyisen tarjonnan aiheuttaen mm. turhia sairauspäiväraha-kustannuksia. Voimavarojen lisääminen tälle alueelle on välttämätöntä.

Sydänkirurgiassa potilaiden keski-ikä nousee ja päivystyksenä suoritettujen leikkausten määrä lisääntyy. Niiden osuus oli jo 40 % vuonna 2001. Verisuonikirurgiset toimenpiteet ovat kaksinkertaistuneet TYKSissä vuosina 1991–2002. Niiden avulla potilas voidaan yhä useammin säästää esimerkiksi aivoinfarktilta tai alaraajan amputoinnilta, mikä on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta toivottavaa. Vatsaelin- eli gastrokirurgiassa on videoavusteinen kirurgia lyönyt itsensä läpi jo edellisellä vuosikymmenellä. Päivystyspotilaiden osuus on suuri tällä erikoisalalla ja vanhojen ja huonokuntoisten potilaiden aktiivinen hoito tulee lisääntymään. Neurokirurgiassa, käsikirurgiassa ja plastiikkakirurgiassa ylittää jo nykyisin lääketieteellisesti perusteltu kysyntä selvästi sairaanhoitopiirin tarjonnan, mikä vaatii ratkaisuja. Urologiassa erityisesti miesten ikääntymisen aiheuttama eturauhassairauksien hoidon tarve lisääntyy hoitotekniikoiden jatkuvasti kehittyessä.

### Ensi- ja tehohoito

Ensihoidon merkitys lisääntyy päivystysten keskittämisen myötä ja sen tuloksellisuus paranee. Lääkärihelikopteritoiminta tullaan vakinaistamaan osaksi virallista terveydenhuoltojärjestelmää.

Tehohoidossa näkyy sama kehitys kuin muilla erikoisaloilla: yhä iäkkäämmille ja sairaammille voidaan tehdä yhä vaativampia toimenpiteitä hyödyllisin tuloksin. Tulevaisuudessa tehohoito tulee olemaan entistä keskeisemmässä asemassa varsinkin yliopistollisten keskussairaaloiden toiminnassa. Eräässä arviossa on esitetty, että tehopaikkojen osuuden pitäisi olla noin 5–7 % koko keskussairaalan vuodepaikkamäärästä. TYKS

on valtakunnallinen ylipainehappihoidon keskus. Vuonna 1992 hoitoja annettiin 260 ja vuonna 2000 jo 1117. uusien hoitoidiagnostioiden myötä hoitojen määrä tulee merkittävästi kasvamaan tulevaisuudessa.

Vaikean kroonisen kivun hoito on kehittänyt nopeasti ja tarve on edelleen lisääntyvä elinikäennusteen kasvaessa monissa vaikeissa sairauksissa.

### Muut operatiiviset alat

Gynekologiset hoidontarpeet muuttuvat naisten ikärakenteen muuttuessa. Synnytyksen kokonaismäärä on maassamme vähentynyt, mutta Varsinais-Suomessa ja harvoissa muissa kasvukeskuksissa muuta maata vähemmän. Synnyttäjien keski-ikä kohoaminen tuo mukanaan uusiin riskeihin liittyviä hoidon tarpeita. Iän myötä lisääntyvät myös kohtu-, virtsanpidätyskyky- ja syöpäleikkaukset. Leikkaustekniikat kehittyvät jatkuvasti ja uusia tehokkaampia syöpälääkkeitä otetaan käyttöön.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien ryhmässä kasvainpotilaiden sekä kuulo-ongelmien hoidon tarve lisääntyy iän myötä. Vaikeahoitoisistakin syöpäpotilaista paranee tällä hetkellä kokonaan noin puolet ja kehittävä hoidon myötä ennuste tulee vieläkin paremmaksi. Allergioiden lisääntymisen yhteys nenän sivuontelotautien hoitoon on ilmeinen. Päivystyspotilaiden osuus alalla on suuri ja tiivis yhteys perusterveydenhuollon tavanomaisten ylähengitystie- ja nieluinfektioiden hoitoon on tarpeen jatkossakin.

Suu- ja hammassairauksien hoidon ja koulutuksen järjestämisessä sairaanhoitopiiri on toiminut maassamme pioneerinä. Kehitystyötä jatketaan yhdessä koko Länsi-Suomen alueella tehokkaan suu- ja hammassairauksien erikoissairaanhoidon järjestelmän rakentamiseksi.

Silmätautien erikoissairaanhoidossa ainakin neljä merkittävää potilasryhmää aiheuttaa haasteita tulevaisuudessa: (1) harmaakiihpotilaiden lukumäärän kasvu, (2) viherkaihikirurgian uudet mahdollisuudet, (3) verkkokalvon keskeisen rappeutuman

(AMD) nopeasti etenevän muodon uudet tehokkaat hoitomahdollisuudet sekä (4) so-keritaudin aiheuttamien silmäkomplikaatioiden hoito.

### Sisätautien erikoisalajat ja keuhkosairaudet

Sisätautien erikoisalajien hoidon tarpeet liittyvät voimakkaasti väestön ikääntymiseen ja elintapojen seurauksiin. Aikuisiän diabetes lisääntyy voimakkaasti. Pääpainon tulisi olla ehkäisevissä toiminna, mutta myös komplikaatiot joudutaan hoitamaan. Esimerkiksi munuaisen vaikea-asteisen vajaatoiminnan hemodialyysihoitojen lukumäärä on kaksinkertaistunut vuodesta 1995 vuoteen 2001. Alkoholiriippuvaisten sairauksien määrä on kasvussa. Sisätaudeissa keskeistä on uusien tehokkaiden ( ja usein kalliiden ) lääkkeiden käyttö mm. nivelreuman vaikeiden muotojen, verisairauksien ja vakavien infektiosairauksien hoidossa. Kardiologiassa tulisi keskeisiä tehokkaita hoitotoimenpiteitä kuten pallolääjennus, ablaatiot jne., voida lisätä 100 % alkaneella vuosikymmenellä jälkeenjääneisyiden poistamiseksi.

Keuhkosairauksien alalla keskeiset tautiryhmät tällä hetkellä ovat keuhkohtautumatauti, astma ja allergia, uniapnea, keuhkosityöpiä ja edelleen myös tuberkuloosi. Ehkäisytoimenpiteistä keskeisiä ovat tupakoinnin ja ylipainon vähentäminen, mutta myös hoitotoimenpiteet ovat kokeneet suoranaisen mullistuksen 10 vuoden kuluessa ja tämä kehitys tulee jatkumaan, mikä näkyy kuolleisuuden alentumisena ja toimintakyvyn parantumisena. Uusiin riskeihin kuten multiresistenttiin tuberkuloosiin on varauduttu.

### Neurologia ja syöpäsairaudet

Neurologian alalla aivoverisuonisairauksien, dementian ja Parkinsonin taudin lisääntymisen on väestön ikääntymiseen liittyvää. Päivystyspotilaiden nopea ja tehokas hoito parantaa hoitotuloksia mm. aivohalvauksissa. Uusilla lääkkeillä ja mm. epilepsiakirurgialla saadaan hyviä hoitotuloksia aikaan. Tehokkaat kuvantamistutkimukset ovat keskeinen

hyvän neurologisen hoidon edellytys.

Syöpäsairauksien ei-kirurginen hoito eli sädehoito ja lääkehoidot kehittyvät nopeasti. Syöpätapaukset lisääntyvät 2–3 % vuosittain. Täsmähoito nykyaikaisin lääkkein ja T-sairaalan tiloissa tapahtuva sädehoito parantavat potilaiden hoitoa. Keskeinen kysymys tulee olemaan henkilöstöresurssien riittävyys, joka jo naapurimaassamme Ruotsissa uhkaa vakavasti syövän tehokasta hoitoa.

### Lastentaudit

Lastentaudit eli pediatria on asiallisesti jo nykyisin jakaantunut moneen suppeampaan erikoisalueeseen, joilla kaikilla tapahtuu voimasta hoidollista kehitystä. Lasten lukumäärän vähenemisestä huolimatta uutta haastetta tuovat mm. erilaisten käyttöshäiriöiden ja psykosomaattisten ongelmien diagnostiikka ja hoito sekä lasten muut merkittävät sairausryhmät kuten diabetes, reuma, astma, suolistosairaudet ja infektiot, joissa kaikissa uudet aikaisempaa tehokkaammat hoitokäytännöt tuottavat hyviä tuloksia. Vastasyntyneiden hoidon tuloksia käsitellään erikseen tässä kirjassa. Lastenkirurgiassa uudet tekniikat tulevat edelleen lisääntymään lisäten samalla erikoistumistarvetta itse alan sisällä.

### Diagnostiset palvelut

Kuvantamistutkimuksissa on menossa voimakas muutos analogisesta kuvantamisesta digitaalimuotoon. Tämä näkyy arkistointitarpeen vähentymisessä, kuvien siirron helpotumisessa ja sen seurauksena potilaan hoidon nopeutumisessa. Magneettikuvaukselle tulee edelleen aivan uusia käyttöalueita esimerkiksi ortopediassa, kardiologiassa, neurologiassa, keuhkosairauksissa ja uusimpana alueena suolistotutkimuksissa. Vastaavasti röntgensäteihin tehtävät läpivalaisut ovat vähentyneet 10 vuodessa 3 %:iin aikaisemmasta määrästä! Venografiat on korvattu ultraäänellä alaraajojen laskimotukosepäilyissä. Teknologian kehitys vie tutkimusvalikoimaa pois säteilyä käyttävistä tutkimuksista. Verisuonten vaarallisten pullistumien ja epämuodostumien hoitaminen ns. coilauksella säästää potilaan



avoleikkauksilta ja lyhentää toipumisaikaa. TYKSin valtakunnallisen PET (positroniemissio-tomografia)-keskuksen palveluiden käyttö potilaiden hoidossa lisääntyy jatkuvasti.

Laboratoriotutkimuksissa tukeudutaan yhä pidemmälle menevään automatiikkaan, joka tuo kustannussäästöjä ja varmentaa tutkimusten laatua. Uudet tutkimukset mahdollistavat yhä herkemman diagnostiikan ja yhä paremman potilaskohtaisesti räätälöidyn hoidon. Laboratoriotoinnin organisatorien kehittäminen on tärkeä lähiajan tavoite.

### Yhteenveto

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä suhtaudutaan erikoissairaanhoitoon tulevaisuuteen optimistisesti. Yhdistämme tieteellisyyden ja tehokkuuden potilaslähtöisyyteen. Terveystuho on korkealla kansalaisten ja päättäjien arvoasteikolla ja sen tehokas alueellinen järjestäminen luo luottamusta, joka turvaa alan rahoituksen ja vetovoimaisuuden myös työpaikkana. Vastuumme potilaiden hyvästä hoidosta myös tulevaisuudessa on suuri.

*Aki Lindén*  
sairaanhoitopiirin johtaja

# Yhteistyöllä laadukkaaseen TYKY-toimintaan

**Vakka-Suomen sairaalan TYKY-toiminnan suunnittelun ja toteuttamisen perustana on monen vuoden aikana tehty työ. Vuosien mittaan sairaalaan on syntynyt hyvin toimiva ja laaja yhteistyöverkosto ja organisaatio.**

TYKY-työryhmä vastaa suunnittelusta ja huolehtii toiminnan toteutuksesta. Työryhmään on sulautunut sairaalan virkistystoiminnasta aikaisemmin vastannut työryhmä (joissakin sairaaloissa henkilökuntaneuvosto), joten sen tehtäväalueeseen kuuluvat kaikki työkykyyn vaikuttavat asiat liikunnasta ja virkistyksestä yksilön ja työyhteisön hyvinvointiin. Tiivistä yhteistyötä tehdään työterveyshuollon ja työsuojeluhenkilöstön kanssa. Työryhmällä on läheiset yhteydet myös sairaalan johtoryhmään.

TYKY-toimintaan osallistuu laajalainen oman sairaalan asiantuntijaverkosto, johon kuuluu esim. fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja psykologeja. Lisäksi sairaalassa on lukuisia työnohjaajakoulutuksen saaneita henkilöitä. Monipuolinen toiminta perustuu kymmenien vapaaehtoisten osaajien aktiivisuuteen. Idearikkaita henkilöitä, NLP-koulutettuja ja eri alojen harrastajia on löytynyt toteuttajiksi ja vastuunkantajiksi vuodesta toiseen.

## Työhyvinvoinnin kehittäminen mukana kaikessa toiminnassa

TYKY-toiminnan lähtökohtana ovat sairaanhoitopiirissä tehdyt hyvinvointitutkimukset ja nyt myös tulokuntomittari. TYKY-työryhmässä pohditaan tutkimusten tuloksia,



seurataan alan kirjallisuutta ja osallistutaan koulutustilaisuuksiin. Viime vuonna on pyritty panostamaan erityisesti seurantaan henkilöstökertomuksen, sairauspoissaolotilastojen ja muiden tilastojen avulla sekä keskusteluihin työterveyshuollon kanssa.

Henkilökunnan keskuudessa vuonna 2002 suoritettujen kyselyjen tuloksena saatiin toistasataa vastausta, jotka sisälsivät lukemattoman määrän ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi. Niiden pohjalta toimintaa kehitetäänkin yhä selvemmin tavoitteelliseksi ja tulosten seurantaan kehitetään omia mittareita.

TYKY-työryhmän tehtävänä on pitää työhyvinvointiteemaa esillä kaikessa sairaalan toiminnan kehittämisessä, osallistua keskusteluihin ja antaa ideoita. Se toimii yhdessä työterveyshuollon kanssa työhyvinvoinnin asiantuntijana sairaalassa. Työryhmä tekee aloitteita sairaalan johdolle ja tukee toimintatavojen kehittämistä.

Tiedottamisen laatuun panostettiin erityisesti. TYKY-toiminnasta julkaistiin henkilökuntalehdessä kuukausittain uudistuvaa kalenteria. Liikuntatapahtumista on oma kalenterinsa. Kerran vuodessa ilmestyy henkilökuntalehti VASUn TYKY-teemanumero. Ns. TYKY-tietoisuus on lisääntynyt kiittävästi henkilökunnan keskuudessa. Tämä on tullut esille osallistumisen lisääntymisenä ja kyselyissä saatujen palautteiden määrässä.

## Riskien arviointi saatiin päätökseen

Vuoden 2002 aikana saatiin päätökseen 2–3 vuotta kestänyt riskien kartoitus ja arviointi. Sen perusteella on laadittu toimenpideohjelmaa työturvallisuuden ja hyvinvoinnin kehittämiseksi, joista tässä muutama esimerkki.

Väkivaltaongelmien toimenpideohjelmasta toteutettiin psykiatristen osastojen hälytysjärjestelmän täydentäminen. Eri yksiköissä tehtiin tilojen rakenteellisia muutoksia ja lisättiin kameravalvontaa. Lisäksi koko sairaalaan asennettiin kulunvalvontajärjestelmä.

Työfysioterapeutti teki ergonomiakartoituksia useilla osastoilla keskittyen päätyöskentelyn ja palveluyksiköiden ergonomiaongelmiin. Kartoitusten pohjalta laa-



dittiin suunnitelmat ja toteutettiin toimenpiteitä ergonomian parantamiseksi.

Tapaturmariskien vähentämiseksi laadittiin sekä osastokohtaisia että koko sairaalaa koskevia toimenpideohjelmaa.

## Yhteistyö työterveydenhuollon kanssa

Työterveyshoitaaja on TYKY-työryhmän jäsen ja toimii siinä asiantuntijana. Työterveyden-



huolto suunnitteli ja toteutettiin tupakanvieroituksen tukitoimia, verenpaineen mittausta, fysioterapeutti järjesti ”niska-ryhmän” ja kävelykuntotestin. Työntekijöitä ohjattiin ASLAK- ja TYK-kuntoutukseen.

### Työyhteisöjen kehittäminen

Työyhteisöjen hyvinvoinnin parantamiseksi jokaisen toimintayksikön edellytetään järjestävän ainakin kerran vuodessa koko henkilökunnan kehittämispäivän, jonka yhtenä aiheena on työyhteisön hyvinvoinnin parantaminen.

Toimintayksiköille ja yksittäisille työntekijöille on tarjoutunut aikaisempaa paremmat mahdollisuudet käsitellä työhön tai työyhteisöön liittyviä ongelmia, kun laajamittaisesta 3-vuotisesta työnohjaaja- ja prosessivalmentajakoulutuksesta valmistui 10 työntekijää.

Ikäjohtamisen teema jatkui siten, että edellisenä vuonna järjestetyn esimiesten koulutuksen jatkoksi järjestettiin koko henkilökunnalle luentotilaisuus, jossa professori Satu Lähteenmäki kertoi ikääntymisen ilmiöistä.

TYKY-työryhmässä on keskusteltu paljon työssä jaksamisesta ja erityisesti työaikajärjestelyistä. Sairaalassa on suhtauduttu myönteisesti vuorotteluvapaisiin, työaikalisiin, joustaviin työaikajärjestelyihin ja osa-aika-eläkkeisiin.

TYKY-työryhmässä kannettiin huolta myös ikääntyvien työntekijöiden ATK-osaamisesta. Sen perusteella työnantaja tarjosi työntekijöille heidän osaamistasonsa mukaista atk-koulutusta, jota sai lähes puolet henkilökunnasta. Koulutusta annettiin monipuolisesti ATK-osaamisen alimmalta tasolta lähtien yhteensä yli 1600 tuntia sekä ulkopuolisten asiantuntijoiden että sairaalan oman ATK-koordinaattorin toimesta.

### Omaehtoinen TYKY-toiminta

Yhtenä tärkeänä tavoitteena Vakka-Suomen sairaalassa oli yksilön, toimintayksikköjen tai muiden ryhmien omaehtoisen työhyvinvointia tukevan toiminnan lisääminen tuemalla sitä taloudellisesti tai järjestämällä tiloja TYKY-toimintaan.



Sairaalan kuntosali ja liikuntasali sekä ranta-auna ovat olleet henkilökunnan käytössä. Uimahalli-, kuntosali- ja muita liikuntaharrastuskäyntejä tuettiin maksamalla puolet osallistumismaksuista.

Toimintayksikköjen omia TYKY-tapahtumia alettiin tukea pienellä summalla, samoin sairaalassa toimivia harrastusryhmiä, joita olivat puutarhakerho, painonvartijaryhmä, hölkkääjäryhmä ja avantouimarit. Ryhmät ovat järjestäneet myös koko henkilökunnalle suunnattuja tapahtumia, luentotilaisuuksia ja retkiä. Tavoitteena on TYKY-toiminnan laajentuminen osaksi toimintayksiköiden ja työntekijöiden omaa toimintaa ja siten keventää TYKY-ryhmän työtä, jotta ryhmä voisi keskittyä enemmän suunnittelu- ja tehtäviin ja pitkäjänteiseen koko sairaalan henkilökunnan työhyvinvoinnin kehittämiseen.

### Virkistystä, liikuntaa ja hyvää oloa

Monet TYKY-työryhmän suunnittelemat tempaukset ovat vakiintuneet jokavuotuisiksi tapahtumiksi, joiden järjestämisestä vastaavat joko TYKY-ryhmäläiset tai useimmiten muut henkilökuntaan kuuluvat. Viime vuonna järjestettiin mm. talvinen toimintapäivä, rentoutumistuokioita työn lomassa, perheretki Helsinkiin, kulttuurikävely Uudenkaupungin nähtävyyksille ja museoihin, viinimaistajaiset, tyyli- ja muoti-ilta, joululahjavalvojaiset, joulujuhla ja ”osaavat kädet” –myyjäiset sekä puutarhakerhon järjestämät taimienvaihtori ja kevätretki.

*Hanna-Leena Kaihola  
kemisti  
työsuojelupäällikkö  
TYKY-työryhmän jäsen*



# Nuorisopsykiatrinen kuntoutus – mitä se on?

Suomessa nuorisopsykiatrisen hoidon piiriin kuuluvat 12–22-vuotiaat, joista ikäryhmän nuorimmat ovat lastenpsykiatrian ja ikäryhmän vanhimmat aikuispsykiatrian kanssa yhteistä aluetta.

Lasten ja nuorten kuntoutus on nähty usein suppeasti vain psykoterapiana, kun taas aikuisten kuntoutus yleensä tarkoittaa psykoosisairauksien pitkäaikaiskuntoutukseen tarkoitettuja palveluja. Nuoruusikäisille suunnatusta toiminnallisesta kuntoutuksesta ei juurikaan löydy kirjallisuutta, mutta viime aikoina nuorisopsykiatrisen kuntoutus on noussut tärkeäksi kehittämisalueeksi.

Monenlaiset toimintakyvyn puutteet ovat yleisiä psyykkisesti sairailta nuorilla ja toimintakyky voi olla alentunut pitkäänkin sairauden diagnostisten oireiden jo lievityttyä. Erityispiirteinä nuorten sairastamiselle aikuisiin nähden on, että nuori ei useinkaan ole ehtinyt hankkia sellaisia arkielämän taitoja, jotka aikuisilla jo on. Lisäksi psyykkisen kehityksen eteneminen vaikeutuu sairauden vuoksi usein huomattavasti ja esim. nuoren siirtyminen opiskelija- tai työelämään mutkistuu. Niinpä vaikeasti oireilevat nuoret tarvitsevat kuntouttavaa erityistukea paitsi sairaudesta toipumiseen ja oireiden hallintaan myös arkielämän taitojen opetteluun, ikätasoisien kehityksen tukemiseen sekä mahdollisiin kognitiivisiin erityisvaikeuksiin.

## **Valtion lastenmäärärahat nuorten päiväsairalakuntoutukseen**

Nuorten päiväsairalakuntoutus käynnistyi TYKSiin Radiumkodin tiloissa 21.05.2001 valtion lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen hankemäärärahoilla. Potilaspaikkoja on neljä. Työryhmän muodostavat sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti. Aluksi lääkäri-



työvoimaa oli käytössä kaksi tuntia viikossa, mutta tammikuusta 2003 lähtien on hankkeeseen palkattu jononpurkurahoilla lääkäri kaksi päivää/viikko sekä osastosihteeri. Poliklinikan osastonhoitaja on ollut käytettävissä työnohjaukseen ja hän on toiminut myös hankkeen hallinnontehtävissä. Projektilla on ollut seurantar ryhmä, joka on arvioinut hankkeen etenemistä.

Tavallisesti lähettäjänä ovat toimineet TYKSiin nuorisopsykiatrian osastot. Toteutuneita hoitajaksoja on kevääseen 2003 mennessä ollut 28 kpl. Hoitajaksojen kesto on vaihdellut 1–9 kk välillä. Noin puolet nuorista on ollut peruskouluikäisiä. Useimmilla on kuntoutukseen tullessaan ollut vähintään kahden vuoden ajan merkittävää oireilua, enemmistöllä on jokin psykoosidiagnoosi ja



heidän toimintakykynsä on ollut pitkään alentunut.

### Miten kuntoutetaan?

Päiväsairaalakuntoutus toimii ma–to klo 9.00–15.00 ja pe klo 9.00–12.00. Viikko- ja päiväohjelma suunnitellaan yhdessä nuorten kanssa. Peruskoululaisten koulutunnit sijoituvat yleensä aamupäivään. Tavallinen päi-

väohjelma koostuu kaupassa asioinnista, ruuanlaitosta ja muista kodinhoitotehtävistä tai kädentaitojen opettelusta, oman projektin hoitamisesta, yhteisestä keskustelusta ja mahdollisista retkistä ja tehtävistä tai harrastustoiminnasta yksikön ulkopuolella. Ryhmän kanssa harjoitellaan mm. julkisilla kulkuneuvoilla liikkumista, virastoissa asioimista tai käydään urheilemassa. Kaikessa toiminnassa on ajatuksena se, että aikuiset ovat nuorten kanssa, nuorilla itsellään on aktiivinen rooli sekä tekemisessä että suunnittelussa ja mahdollisimman monia tilanteita käytetään kunkin nuoren kohdalla aktiivisesti arviointiin tai hoidollisiin päämääriin pääsemiseksi.

Nuorisopsykiatrisista menetelmistä tärkein on ryhmätyöskentely. Tarvittaessa on mahdollisuus myös kahdenkeskisiin keskusteluihin työntekijän kanssa. Tavoitteena on luoda kodinomainen ja turvallinen ilmapiiri, jossa aikuisten läsnäolo ja pysyvyys on taattu ja jossa työskennellään huomioiden kunkin nuoren yksittäiset tarpeet ja viiveet tai poikkeamat kehityksessä. Ryhmän kautta muodostuu myös ikätasoinen vertaisryhmä. Päiväsairaalan tilojen ulkopuolella liikkuminen opettaa ja kannustaa ikätasoisiin toimintoihin arkielämässä. Toiminnan rakenne on suunniteltu siten, että se tukee nuoren vuorokausirytmää ja ohjaa työnteon ja vapaa-ajan vuorottelun ymmärtämiseen.

Toiminnallisuus on keskeinen kuntouttava elementti. Toiminta on prosessiluontoista siten, että kaikki hankkeet suunnitellaan yhdessä alusta asti ja nuoret ovat itse mukana toiminnan suunnittelussa sen kaikissa vaiheissa. Tavoitteena on opettaa nuorille esim. ruuan valmistuksen kautta aterioiden suunnittelua, kaupassa asioimista, rahan käyttöä ja kotitaloustaitoja. Samat tilanteet toimivat erikseen suunnitellen toimintaterapeuttisina arviointi tai- hoitotapahtumina. Kullekin nuorelle suunnitellaan oma hanke – esim. mopon korjaaminen tai maton kutominen – joka tehdään materiaalien suunnittelusta aina työn valmistumiseen asti nuoren omaa aloitteellisuutta ja motivaatiota tukien. Peruskouluikäisillä koulu on oleellinen osa kuntoutu-

mista ja koulunsa päättäneiden osalta tehdään jatkosuunnitelmia koulutuksen tai työharjoittelun jatkamisen suhteen.

Nuoret ovat yleensä sitoutuneet kuntoutukseen hyvin ja kokeneet hyötyvänsä toiminnasta. Perheet ovat antaneet suoraa, positiivista palautetta ja sitoutuneet toimintaan. Nuorten kohdalla hyödyn huomaa mm. sosiaalisen elämän aktivoitumisesta, harrastustoiminnan uudelleenkäynnistymisestä, paremmasta itsestä huolehtimisesta ja koulunkäynnin mahdollistumisesta. Toimintakyky GAF-mittarilla kuvattuna on myös noussut merkittävästi useimmilla nuorilla kuntoutusjakson aikana. Useimmat nuoret siirtyvät kuntoutuksesta nuorisopsykiatriseen avohoittoon.

### Mitä seuraavaksi?

Kehittämissuunnitelmia on luonnollisesti runsaasti, sillä kyseessä on uusi, nykyistä palveluketjua täydentävä työmuoto. Seuraavassa vaiheessa on tarkoitus laajentaa yksikköä. Työn sisältöön liittyen keskeiset kehittämistavoitteet liittyvät arviointijakson ja arviointimenetelmien kehittämiseen, seurantatiedon keräämiseen sekä perheen ja koulun kanssa tehtävän yhteistyön tiivistämiseen. Toivottavaa olisi myös, että hankkeen puitteissa kehitettyjä työtapoja voitaisiin soveltaa muuallakin, sillä on käynyt ilmeiseksi, että toiminnallinen kuntoutus on tarpeellinen lisä nuorisopsykiatriseen palvelujärjestelmään.

*Linnea Haarasilta  
erikoistuva lääkäri  
hankkeen vastaava lääkäri  
TYKS, nuorisopsykiatrian poliklinikka*

# Nopea hoitoon hakeutuminen tärkeää aivohalvauksessa

**Aivohalvaus on yleinen ja vakava sairaus. Suomessa sairastuu akuuttiin aivoverenkierron häiriöön vuosittain 12 000 henkilöä, joista VSSHP:n alueella 1 000 henkilöä.**

Aivohalvauspotilaista 80 %:lla sairauden syynä on verisuonitukoksen aiheuttama aivoinfarkti ja loput ovat aivoverenvuotoja. Ensimmäisen kuukauden aikana kuolleisuus on suuri: 30–50 % aivoverenvuodoissa ja 20 % aivoinfarkteissa. Eloon jääneistä vähintään kolmasosa vammautuu kohtalaisesti tai vaikeasti. Sairauksien aiheuttamat vuotuiset suorat kustannukset olivat Suomessa vuonna 1999 440 milj. euroa eli 6 % sairauden- ja terveydenhoidon kokonaiskustannuksista. Suorista kustannuksista lähes 90 % muodostui sairaala- ja laitoshoidosta. Akuuttihoiton kustannukset olivat kuitenkin vain 60 milj. euroa ja loput kustannukset kertyivät aivohalvauspotilaiden pitkäaikaishoidosta. Epäsuorien kustannusten arviointi on vaikeampaa, mutta niiden on arvioitu olevan ainakin samaa luokkaa kuin suorien kustannusten, joten aivohalvauksen kokonaiskustannukset lähtevät 1 miljardia euroa vuosittain. Kuolleisuuden ja pysyvän vammautumisen vähentäminen on mahdollista ainoastaan akuuttihoiton tehostamisella. Yllä olevista luvuista on nähtävissä, että mikäli siinä onnistutaan, syntyy myös huomattavia kustannussäästöjä. Merkittävimmin aivohalvauspotilaan ennusteeseen voidaan tällä hetkellä vaikuttaa hoitamalla potilasta aivohalvausyksikössä ja toisaalta aivoinfarktin liuotushoidolla.

## **Aivohalvausyksikkö**

Hoito aivohalvausyksikössä perustuu aivoverenkierron häiriön laadun nopeaan diagnoosiin, syyn mukaiseen hoitoon ja tehostettuun valvontaan moniammatillisen ryhmän systemaattisen toiminnan pohjalta. Ulko- ja kotimaiset tutkimukset osoittavat yksiselitteisesti, että aivohalvausyksikössä hoidettujen potilaiden kuolleisuus, laitshoi-



don tarve ja vammautuminen ovat merkittävästi pienemmät kuin tavanomaisella vuodeosastolla hoidetuilla potilailla. Lisäksi nämä myönteiset tulokset saavutetaan 8 % lyhyemmällä kokonaishoitoajalla. Sekä aivoverenvuoto- että aivoinfarktipotilaat hyötävät samalla tavoin aivohalvausyksikön hoidosta. Ikä ei vaikuta hoitotuloksiin, vaan iäkkäiden potilaiden hoitotulokset ovat vähintään samaa





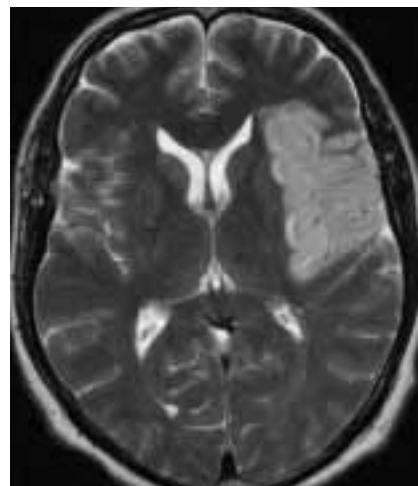
tasoa kuin nuorempienkin. Suomessa arviolta 25 % laitoshoidosta voitaisiin vähentää hoitamalla potilaat akuuttivaiheessa aivohalvauksyksikössä. Tällä hetkellä maassamme toimii 13 aivohalvauksyksikköä, vielä 8 keskussairaala on ilman tätä toimintaa. Tästä poiketen esimerkiksi Ruotsissa terveysviranomaisten suositus on, että jokainen aivohalvauspotilas tulisi hoitaa aivohalvauksyksikössä.

VSSHP:ssa aivoverenkiertohäiriöiden akuuttihoito on keskitetty TYKSiin, koska siellä toimii ainoa ympärivuorokautinen neurologinen päivystys ja sairaalassa on käytettävissä tarvittavat diagnostiset mahdollisuudet vuorokauden ympäri. Vuodesta 1999 TYKSin neurologian klinikassa on toiminut 5-paikkainen aivohalvauksyksikkö, jossa hoidetaan vuosittain noin 500 aivohalvauspotilaan akuutti vaihe. Väestön koon ja sairastuvuuden perusteella laskettuna tarvittaisiin kuitenkin vähintään 8–10 paikan suuruinen aivohalvauksyksikkö turvaamaan kaikkien sairastuneiden hoito aivohalvauksyksikössä.

#### **Liutushoito**

Aivoinfarktin aiheuttaa verisuonen tukkiva hyytymä, joka voi saada alkunsa verisuonen seinämästä tai sydäimestä. Hyytymää hajottavalla eli liutushoidolla pyritään palauttamaan aivojen verenkierto ennalleen ja siten pienentämään syntyvän aivoinfarktin kokoa. Hoito tulee antaa mahdollisimman nopeasti oireiden alkamisen jälkeen, koska myöhään annettuna liutushoito lisää aivoverenvuodon riskiä.

EU:n lääkevalvontaviranomaiset ovat hyväksyneet aivoinfarktin liutushoidon viralliseksi hoidoksi vuonna 2002. Hoito tulee aloittaa 3 tunnin kuluessa oireiden alkamisesta ja ennen hoitoa on suoritettava riittävät tutkimukset, joista tärkein on aivojen tietokone- tai magneettikuvaus. Tutkimuksissa on osoitettu, että näin annettuna liutushoito antaa potilaalle 30–50 % paremmat toipumismahdollisuudet infarktin laadusta riippuen. Tällä hetkellä Suomessa TYKS on HYKSin lisäksi ainoa keskus, missä annetaan liutushoitoa siihen soveltuville aivoinfarktipotilaille. Muissa yliopisto- ja keskussairaaloissa hoito on vasta kehitteillä. Hoidon piiriin kuuluu tässä vaiheessa vasta pieni osa potilaista. Ratkaisevin hoidon estävä tekijä on potilaiden liian myöhäinen saapuminen hoitoon. Edelleenkin moni potilas jää kotiin odottamaan halvausoireiden mahdollista parantumista useiksi tunneiksikin ja siten menettään mahdollisuudet lioutushoidon antamiseen. TYKSissä 1990-luvun lopulla tehdyn selvityksen mukaan vain 10 %



aivohalvauspotilaista tuli hoitoon alle 2 tunnin kuluessa oireiden alkamisesta. Selvityksen tekemisen jälkeen aluehälytyskeskuksen ja ensihoidon toimintaa on tehostettu hoitopäätöksen nopeuttamiseksi eikä siltä osin synny juurikaan viivettä. Merkittävin hidastava tekijä aivohalvauspotilaan sairaalaan tulossa on potilaan tai läheisten yhteydenoton viivästyminen hätänumeroon 112.

#### **Tulevaisuus**

Aivoverenkiertohäiriöiden hoitoa tutkitaan laajasti ja tutkimusten tuloksia voidaan nopeasti hyödyntää aivohalvauksyksiköissä, joten hoitotulosten odotetaan edelleenkin parantuvan. Liutushoidon vaikutusta annettuna 3–4 tunnin aikana oireiden alusta selvitetään monikansallisessa tutkimuksessa, johon myös TYKS osallistuu. Jos hoito osoittautuu siten annettuna tehokkaaksi ja turvalliseksi, se lisää hoidon piiriin sopivia potilaita. Hermosoluja hapen- ja energianpuutteelta suojaavan lääkehoidon tutkiminen on erittäin aktiivista ja johtanee käytännön tuloksiin jo lähivuosien aikana ja liutushoitoon yhdistettynä aivoinfarktipotilaan parempaan ennusteeseen. Väestön tietoisuuden lisääminen aivoverenkiertohäiriöiden oireista ja pikaisen hoitoon hakeutumisen merkityksestä on erittäin tärkeitä.

*Reijo Marttila  
professori, ylilääkäri  
TYKS, neurologian klinikka*

# Leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyön kehittäminen

**Leikkauksen jälkeisen kivun hyvä hoito on edelleen haaste, vaikka tekninen ja farmakologinen kehitys on mahdollistanut tehokkaiden hoitokeinojen käytön. Voimakas kipu aiheuttaa potilaalle paitsi kärsimystä, myös fysiologisia haitteita, jotka johtavat leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin. Tehokas kivun hoito lyhentää sairaalassaoloaikaa, nopeuttaa liikkeelle pääsyä ja laskee hoidon kokonaiskustannuksia.**

Kivun hoitotyössä moniammatillisen hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet ovat ratkaisevia tekijöitä sille, kuinka hyvin kipua lievitetään. Hoitamistyöhön sisältyvän kivun ja kärsimyksen jakaminen herättää hoitotyöntekijöissä ahdistusta ja stressiä. Niitä pyritään hallitsemaan tekemällä hoitoprosessi rutiinimaiseksi, depersonalisoimalla potilaita ja jakamalla vastuu kollektiivisesti sekä minimoimalla ongelmanratkaisutilanteet. Juuri nämä ovat hoitotyössä erityispiirteitä joiden muuttaminen ja käsittely ovat haasteellisia.

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on toteutettu vuodesta 1998 sairaanhoitajien koulutusohjelmaa ”Kipusiskot”, jonka tavoitteena on lisätä ja ylläpitää sairaanhoitajien valmiuksia tunnistaa ja hoitaa kipua sekä arvioida kivunhoidon onnistumista.

## **Kivun lievittämistä ehkäiseviä tekijöitä**

Kirjallisuuden perusteella leikkauksen jälkeisen kivun lievittämistä estäviä tekijöitä hoitohenkilöstön näkökulmasta ovat kipumittareiden vähäinen käyttö, kipulääkkeiden riittämätön määrääminen, lääkemääräysten huono noudattaminen sekä hoitajien tietojen puutteellisuus ja asenteet.

Kipumittareiden vähäinen käyttö saattaa olla syynä siihen, että kipu voi jäädä tunnistamatta ja lievittämättä. Sanalliset arviot kivusta ja sen luonteesta ovat vaikeasti tulkittavissa, ja tulkintaan vaikuttavat esim.



hoitajan omat kipukokemukset. Hoitajat aliarvioivat kovaa kipua ja yliarvioivat lievää kipua.

Potilaan näkökulmasta riittämättömän kivunlievityksen syitä ovat vahvojen kipulääkkeiden, riippuvuuden ja sivuvaikutusten pelko. Lisäksi potilaat ovat valmiita hyväksymään kovaakin kipua leikkauksen jälkeen, eivätkä he halua häiritä kiireistä henkilökuntaa valittamalla.

Hoitotyön organisaatioon liittyy tekijöitä, jotka selittävät sitä, miksi ongelmallisimmista kivuista kärsivien potilaiden hoito ei ole riittävää. Rutiinimainen ja tehtävä-

keskeinen toiminta ja kiire ei anna mahdollisuuksia tunnistaa sellaisia subjektiivisia ilmiöitä kuin kipu.

## **Kivun hoidon tehostaminen**

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tehostamiseksi on eri puolilla maailmaa perustettu lääkärijohtoisia sairaanhoitajakeskeisiä kivunhoidon organisaatiomalleja (APS, Acute pain service). Toiminnan keskeinen tavoite on ollut turvata invasiivisten kivunhoitomenetelmien turvallinen käyttö. Mallin mukaan kivun hoitoon perehtynyt sairaanhoitaja opettaa vuodeosaston sairaanhoitajille erikoistekniikoiden

käyttöä, kivun arviointia ja dokumentointia sekä seuraa kivunhoidon toteutusta. Vuodeosaston sairaanhoitajien tietoperustaan ja käsityksiin kivusta ja sen hoidosta APS-mallin toteuttaminen ei välttämättä vaikuta.

Tehtäväkeskeisessä organisaatiossa osaston toiminta on keskeinen. Kivunhoidon tehostamiseksi perustetut lääkärijohtoiset sairaanhoitajakeskeiset organisaatiomallit eivät ole kyenneet ratkaisemaan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ongelmaa, koska palvelu noudattaa tehtäväkeskeistä toimintamallia. Tehtäväkeskeisesti toteutetussa kehittämistyössä sairaanhoitajan työn sisältöön ei välttämättä puututa, vaan kivunhoito muodostuu joukoksi teknisiä suorituksia. Kehittämishankkeet jäävät irrallisiksi tapahtumiksi potilaan kokonaishoidosta ja hoitohenkilökunta kokee työmääränsä lisääntyvän.

Tutkimusten mukaan ei-lääkkeellisistä menetelmistä potilaat kokivat eniten hyötyvänsä sairaanhoitajan antamasta tuesta, kosketuksesta ja hoivasta. Sairaanhoitajan läsnäolo ja läheisyys antoi potilaalle toivoa siitä, ettei kipu kestä kauan. Ajanviete, kuten musiikki, lukeminen ja vieraiden kanssa seurustelu helpottaa potilaiden kipua.

### Kivun hoitotyön kehittäminen naistenlinikalla

Anestesiologian ja tehohoidon yksikön ja naistenklinikan hoitohenkilökunnan yhteistyönä toteutettiin syksyllä 2002 kohdunpoistopotilaan kivunhoidon kehittämistyö. Kivun hoitoon erikoistunut sairaanhoitaja anestesiologian ja tehohoidon yksiköstä toimi tiiviissä yhteistyössä vuodeosasto 314:n henkilökunnan kanssa vaikuttamalla kivunhoitotyön toteuttamiseen.



Kehittämistyön aluksi kipusairaanhoitaja kartoitti kivunhoidon toteutumista potilaan hoitopolun eri vaiheissa naistenlinikalla. Kivunhoito haluttiin sisällyttää tärkeäksi osaksi potilaan kokonaishoitoa hoidon eri vaiheissa. Potilaan ohjauksessa ja neuvonnassa ennen leikkausta havaittiin kehittämistä, kivun arviointiin henkilökunta halusi panostaa enemmän ja toivoi myös hoitomääräysten ja konsultaatiokäytännön selkiyttämistä. Kivunhoidon dokumentointiin kaivattiin opastusta.

Suurin muutostarve koettiin kivun arvioinnissa ja dokumentoinnissa. Leikkauksen jälkeistä kipua ei voi tehokkaasti kontrolloida ja hoitaa, ellei sitä ole huolellisesti arvioitu. Vuodeosaston henkilökunnan hyvät tiedot ja hyvää kivunhoitoa tukevat asenteet auttoivat kehittämistyön käynnistämisessä. Kipuhoitaja opetti henkilökuntaa ja potilaita kivun arvioinnissa. Kivun voimakkuutta ryhdyttiin arvioimaan systemaattisesti kipumittarilla. Erillistä kivunseurantalomaketta ei haluttu ottaa käyttöön, vaan lähdettiin kehittämään olemassa olevaa leikkauksen jälkeen käytössä olevaa seurantalomaketta. Kipu lisättiin lomakkeeseen yhdeksi seurattavista parametreistä. Potilaan ilmaiseman kivun voimakkuuden Vas-arvon kirjaaminen on yksinkertainen ja tehokas tapa tarkastella kivun hoidon onnistumista. Kun kipu saatiin näkyväksi, päästiin tarkastelemaan, miten tehokkaasti onnistuttiin käyttämään erilaisia kivunhoitomenetelmiä. Yhteistyössä anestesiologian kanssa tarkistettiin kipulääkemääräyksiä sekä lääkehoidon toteutusta. Myös konsultaatiokäytäntöjä selkiytettiin. Kipuhoitaja etsi ja vei osastolle uusia kivunhoitoon liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita. Kirjaamiseen liittyvät juridiset näkökulmat puhuttivat henkilökuntaa; mitä kirjaaminen kertoo hoidostamme?

Naistenklinikan kivunhoitotyöstä vastaavista sairaanhoitajista muodostettiin työryhmä, joka ylläpitää ja edelleen kehittää kivunhoitotyötä koko klinikalla. Verkostoituminen auttaa ymmärtämään kivunhoidon osana potilaan kokonaishoitoa sekä tunnistamaan potilaan tarpeita hoidon eri vaiheissa.

Ennen toimenpidettä potilas tarvitsee neuvoja, miten hän itse voi vaikuttaa kipunsa hoitoon. Ryhmä on nyt kehittämässä kirjallista ohjeistusta potilaalle kivun arvioinnin helpottamiseksi. Hoitoaikojen lyhentyessä aikaa ohjaukseen ja neuvontaan jää yhä vähemmän. Tavoitteena on nyt kertoa potilaille jo kutsukirjeessä ensimmäisen kerran kivunhoidon edellytyksistä ja mahdollisuuksista.

Vuodeosaston henkilökunta koki kipuhoidon toiminnan myönteisesti. Kipuhoidon voi asioita eteenpäin ja antoi konkreettisia ohjeita. Tärkeänä pidettiin sitä, että kipuhoidon oli helposti tavoitettavissa ja osallistui potilaiden hoitoon. Toisaalta pohdintaa aiheutti se, miten kipuhoidon näkee potilaan kokonaishoidon. Henkilökunta koki positiivisena sen, että kehittämishankkeen vetäjänä toimi osaston ulkopuolinen henkilö, joka tunnistaa ja kyseenalaistaa rutiineja. Kipuhoidon rooli uusimman tiedon hankkijana ja tuojana koettiin lähes tärkeimpänä. Kaikki kehittämistyöhön osallistuneet olivat hyvin kannustavia ja osoittivat aitoa kiinnostusta ja halua muuttaa kivunhoitotyön käytäntöä. Kipua arvioidaan systemaattisesti ja potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta on hoidon perusta. Kivunhoitoon liittyviin ongelmiin haetaan aktiivisesti selvityksiä. Yhteispalaverit anestesiologian kanssa ovat selkiyttäneet käytäntöjä ja lääkehoitoihin liittyviä käsityksiä on selvitetty. Uusissa potilasohjeissa ohjataan potilasta ei-lääkkeellisten menetelmien käyttöön.

*Marjo Kauppila  
osastonhoitaja  
TtM opiskelija  
TYKS, anestesiologian  
ja tehohoidon yksikkö*

# Keskosten hoito lastenkllinikalla

Vaikka vastasyntyneiden tehosasto tunnetaan kotoisammin nimellä keskola, hoidamme laajaa skaalaa vastasyntyneiden sairauksia. Osa on ohimeneviä vastasyntyneisyyskauden ongelmia, osa pysyviä synnynnäisiä sairauksia. Ennenaikaisena syntyneet vastasyntyneet ovat tärkeä keskolan potilasryhmä, jonka alle myös mahtuu hyvin erilaisia potilaita. Keskosiksi kutsutaan kaikkia ennen 37. raskausviikon täyttymistä syntyneitä vastasyntyneitä. Kaikki eivät tarvitse keskolahoitoa, vaan 35–36 raskausviikoilla syntyneet saattavat pärjätä vierihoidossa täysiaikaisten vastasyntyneiden tavoin. Toisessa ääripäässä ovat 23–25 raskausviikoilla syntyneet hyvin ennenaikaiset keskoset, joiden hoito on vaativaa tehohoitoa, ja vie kuukausia ennen kuin lapsi on kotiutuskuntoinen.

Elämän alku on monella tapaa vaarallinen hetki. Askel sikiöstä vastasyntyneeksi edellyttää suuria muutoksia elimistössä: keuhkojen on avauduttava, verenkierron käännättävä sikiöaikaisissa oikosuonissa päinvastaiseen suuntaan, ravinnonsaanti ja myös kuona-aineiden poisto napanuoran kautta loppuu yhtäkkisesti. Tämä sopeutuminen voi olla viivästynyt tai estynyt ennenaikaisuuden tai jonkin rakenteellisen, tulehduksellisen tai aineenvaihdunnallisen sairauden takia.

## Viiveetön hoito tärkeää

Viime vuonna 522 vastasyntyntä eli noin joka kymmenes vastasyntynyt tarvitsi hoitoa keskolassa erilaisten syiden takia. Hoitopäiviä osastollamme kertyi yhteensä 6061. Osalla hoidon aihe on synnynnäinen rakennepoikkeavuus, joita esiintyy noin 2 %:lla vastasyntyneistä. Suurin osa hoidettavista täysiaikaisista vastasyntyneistä kuitenkin tarvitsee apua ohimenevän vastasyntyneisyyskauteen liitty-



vän ongelman takia. Hoidettuina nämä ongelmat ovat viattomia, ja lapsi voidaan kotiuttaa terveenä. Hoitamattomana tai liian myöhään todettuina monet näistä, kuten vaikea vastasyntyneen keltaisuus tai matala verensokeri, vaurioittavat aivoja pysyvästi. Oikea-aikainen viiveetön hoito on kriittisen tärkeää näissäkin ongelmissa, joiden hoitaminen on helppoa ja nopeaa.

## Hoitotulokset parantuneet

Hoidimme 172 alle 2500 g:n painoista keskosta vuonna 2002. Alle 1000 g:n painoisena

syntyi 33 pikkukeskosta, mikä on ennätysmäärä keskolamme historiassa. Näiden alle 1000 g painavien pikkukeskosten vaativa tehohoito on kehittynyt huimaa vauhtia parin viimeisen vuosikymmenen ajan. Parantuneet hoitotulokset on monen asian summa. Saamme kiittää siitä lääkkeiden kehittymistä, kuten keuhkoihin annettavaa surfaktanttia, jonka saatavuus, laatu ja annostelu ovat kehittyneet. Mittauslaitteet on kehitetty tarkemmiksi: saamme entistä tarkempia arvoja suonensisäisestä verenpaineesta ja happiarvoista. Pienikin mittausvirhe on pienen potilaan



kohdalla iso, pienikin viive ensi minuuteilla on pitkä. Hengityskoneet ja lääkkeiden anostelulaitteet sisältävät tarvitsemaamme erittäin tarkkaa mittauselektronikkaa. Hengityskonehoidon lyhentämisen on tehnyt mahdolliseksi nasaalisten ylipainehoitolaiteiden (CPAP) kehittyminen ja niiden hankinta. Parantuneista hoitutuloksista saamme kiittää myös laajaa kansainvälistä keskoshoidon tutkimusta. Tutkimuskohde on vaikea. Tarvitaan laajoja, useiden keskusten yhteistyönä toteuttamia kliinisiä tutkimuksia, jotta voidaan tehdä luotettavia arvioita eri hoitojen

tehosta. Tietotekniikan ja biostatistiikan kehittyminen ovat luoneet mahdollisuuden toteuttaa tutkimuksia, jotka ovat vieneet tätäkin alaa suuren harppauksen eteenpäin.

### Yhteistyöllä tuloksiin

Monet vastasyntyneen ongelmat saavat alkunsa jo ennen syntymää. Äidin ja sikiön hoidoilla on myös suuri merkitys hoitotuloksiimme. Viime vuonna lähes kaikkien pikkukeskosten äidit olivat ehtineet saada sikiön keuhkoja kypsyttävää kortisonilääkitystä ennen synnytystä. Synnytysajankohdan oikea ajoitus ja infektioiden huolellinen hoito vaikuttavat siihen, millaisen alun lapsen elämä saa. Keskolan ja synnytyssalin saumaton yhteistyö on vahvuksiimme.

Pikkukeskosen hoito vaatii suurta määrää yhteistyökumppaneita koko sairaalassa ja ympäri vuorokauden. Tarvitsemme röntgenkuvia, joskus hyvinkin pikaisesti. Tarvitsemme apteekin valmistamia ravitsemusliuoksia. Tarvitsemme lastenkirurgien päivystysleikkauksia. Tarvitsemme lastenkardiologia ja geneetikkoa ja lastenneurologia ja suuren joukon muita lääkäreitä ottamaan kantaa erityisongelmiin. Keskola voi toimia vain osana suurempaa kokonaisuutta, jossa on monen alan pätevystysvalmius. Lisäksi tarvitsemme keskolaan oman päivystäjän, koska työemme jatkuu vuorokauden ympäri. Alkuhoidon laadulla on kauaskantoisia seurauksia keskosen elämässä. Vastasyntyneillä muutokset ovat nopeita. Sairastuminen tapahtuu nopeasti, ja siihen pitää reagoida viiveettä. Pienet potilaamme ilahduttavat meitä usein myös nopealla parantumisella ja suurella kapasiteetilla toipua vaikeistakin tilanteista.

### Perhe mukana

Kun vertailemme pikkukeskosten hoidon tuloksia kansainvälisiin tuloksiin syntymäpainon ja raskausiän mukaan vakioituna, voimme olla erittäin tyytyväisiä hoitotuloksiimme. Hyvän hoitotuloksen mahdollistaa lääketieteen kehittyminen, mutta sen voi saavuttaa vain työhönsä sitoutuneen henkilökunnan avulla. Hoidon invasiivisuus ei pois-



sulje inhimillistä otetta työssämme. Olemme tekemisissä elämän rajojen kanssa. Aina syntymän kanssa, mutta hoidon rajojen tultua vastaan myös kuoleman kanssa. Vastasyntyne on osa perhettä, jonka tukemisen koemme tärkeäksi osaksi työtämme. Vanhemmat ovat yhä aktiivisemmässä roolissa lapsen hoitamisessa, jotta sairaalahoidon aiheuttama ero lapselle vanhemmista olisi minimoitu. Lapsella on oikeus saada äidin ja isän rakkautta sairaanakin, ehkä eniten juuri silloin.

### PIPARI-tutkimus seuraa keskosten elämää

Vanhempien ensimmäinen kysymys usein on se, milloin lapsi pääsee kotiin. Kotiinlähöpäivä on tärkeä hetki. Sairaudesta on selvitty, pienten keskosten kohdalla kuukausien hoidon jälkeen. Haluamme seurata pienimpien, alle 1500 g:n painoisena syntyneiden keskosten selviytymistä vielä pitkään kotiutumisen jälkeenkin. Tätä tarkoitusta varten olemme kaksi vuotta sitten aloittaneet PIPARI-tutkimuksen, jossa keskosta seurataan 'keskolasta kouluun'. Tutkimus palvelee potilaita ja heidän perheitään antamalla tietoa lapsen kehityksestä ja ohjaamalla heidät tarvittaessa lisäselvityksiin. Se palvelee keskola, jonka hoidon laadun kehittäminen edellyttää tuloksen seuraamista. Se palvelee myös tieteellistä tutkimusta, sillä haluamme olla eturintamassa keskosten hoidon ja seurannan kehittämisessä.

*Liisa Lehtonen  
neonatologian dosentti  
osastonylilääkäri  
TYKS, lastenkliniikka*

# Fysio- ja toimintaterapeuttien laatu työ

Laadun kehittäminen suunnitelmallisina projekteina ja osana jokapäiväistä työtä on ollut ja on edelleen ajankohtaista TYKSin fysiatrian yksikössä. TYKSin fysiatrian yksikön osastonhoitajien ja seniorien laaturyhmä perustettiin vuonna 1993.

## ITE-itsearviointimenetelmä

Saadakseen kuvan fysiatrian yksikön laadunhallinnan arviointimenetelmistä laaturyhmä päätti toteuttaa fysiatrian yksikössä ITE- itsearvioinnin. ITE-arviointi on Suomen kuntaliitossa ja sitä ennen Sairaalaaliitossa vuodesta 1993 kehitelty menetelmä sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiden ja organisaatioiden itsearviointiin ja laadunhallintaan.

TYKSin fysiatrian yksikössä ITE-itsearviointi toteutettiin koko yksikön henkilökunnalle syksyllä 1998. ITE-arvioinnin tuloksia käsiteltiin Fysiatrian yksikön yhteisessä kehittämisiltapäivässä keväällä 1999. Keskiarvot koko tulosyksikön ITE-arvioinnin vastauksista osoittavat, että keskimääräisesti parhaiten toteutuivat projektit, perehdytysohjelma ja ostopalvelut.

Sen sijaan palveluprosessin kuvauksissa havaittiin puutteita. Palveluprosessin kuvauksia on tehty jo 1990-luvun alkupuolella, tuolloin hoito- ja terapiapaketteina. Niinpä laaturyhmässä sovittiin palveluprosessikuvaukset yhteiseksi kehittämisalueeksi.

## Palveluprosessit

Fysioterapiaprosessit ovat osa potilaan hoitoa. Niitä käytetään laadunvarmistukseksi laadukkaana, yksilöllisen ja samansisältöisen terapian takaamiseksi potilaille. Prosessikuvaukset toimivat osana laadunhallintajärjestelmää. Osasto 161 on kirjannut toimintansa ja palvelunsa sisäisille asiakkaille tarkoitettuun esittelykansioon.

Vuokaavitekniikka valittiin fysio- ja toimintaterapiaprosessien kuvaamiseen sen kuvallisen muodon tuottaman havainnol-



lisuuden vuoksi. Vuokaaviota laadittaessa käytetään yleisesti tunnettuja ja helposti tunnistettavia symboleja. Vuokaavioon voidaan liittää lisäksi tarkistuslista, mikä tarkentaa tehtävää. Prosessien kirjaamiseen sovittiin yhteinen tyyli prosessin tekijöiden, nimien, tarkkuuden, keston ja terapiakertojen osalta.

Jokainen yksikkö sitoutui kuvaamaan itselleen merkityksellisimmät asiakasprosessit. Osastolle merkityksellisen prosessista voi tehdä sen toistuvuus tai prosessin vaatima henkilökunta tai materiaalipanostus. Osastot

muodostivat pienryhmiä, jotka olivat vastuussa prosessin kuvaamisesta. Kukin osasto kuvasi pienryhmissä prosessin tämänhetkisen mallin. Prosessikuvauksia sovittiin käytettävän myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytykseen. Jokaisen osaston 2–3 prosessia käytiin läpi laaturyhmän kokouksessa. Tällöin ulkopuoliset, prosessin toteuttamiseen osallistumattomat henkilöt, tutustuivat kuvauksiin ja samalla kommentoivat prosessin luettavuutta. Tarvittaessa prosesseihin tehtiin tarkistuksia.

## Valmiit fysioterapiaprosessit

### Os. 161

Astmapotilas  
Bronkiektasiapotilas  
Fibromyalgiapotilas  
Hyperventilaatiopotilas  
Keuhkohtaumapotilas  
Keuhkoleikkauspotilas  
Kynnärproteesileikkaus/reumapotilas  
Lonkkaproteesileikkaus/reumapotilas  
MTP I Luudutusleikkaus/reumapotilas  
Nilkan luudutusleikkaus/reumapotilas  
Nivelreumapotilas  
Olkaproteesileikkaus/reumapotilas  
Polviproteesileikkaus/reumapotilas  
Selkärankareumapotilas

### Os. 961

Aikuisneurologinen potilas  
Kipupotilas poliklinikalla ja vuodeosastolla  
Leikatun rintasyöpötilaan polikliininen fysioterapia fysiatrian poliklinikalla  
Polvipotilas fysiatrian poliklinikalla

### Os. 963

ACL- leikattupotilas poliklinikalla  
Alaraajamurtumapotilas (*lyhyt tai pitkä kipsisaapas, kipsihylsy, externifixaatio*)  
Keuhkoleikkauspotilas (*kaikki thoracotomia-viillon kautta leikatut*)  
Lonkkaproteesipotilas  
Osastovaiheen niskaleikkauspotilas  
Osastovaiheen selkäleikkauspotilas  
Palovammapotilas  
Polviproteesipotilas  
Rintaleikkauspotilas  
Selkäydinvammapotilas  
Sydäninfarktipotilas  
Sydänleikkauspotilas  
Yläraajamurtumapotilas (*rannekipsi, kulmakipsilasta, externifixaatio*)  
Vatsanalueen leikkauspotilas

### Os. 964

Gynekologinen leikkauspotilas

## Valmiit toimintaterapiaprosessit

### Os. 161

MP I – Luudutusleikkaus/nivelreumapotilas  
Nivelreumapotilas  
Potilas toimintatuvalla  
”Rystyt toimiviksi” MCP-proteesi leikkaus/nivelreumapotilas

## Valmiit fysio- ja toimintaterapian yhteiset prosessit

### Os. 963

Leikattu Dupuytrenin kontraktuura potilas  
Sormien koukistajajännepotilas  
Sormien ojentajajännepotilas  
Sormien ojentajajännepotilas korjausleikkauspotilas (zone V-VII)

## Mittaamiskoulutus

Koulutushankkeen taustalla on vuonna 1999 perustettu fysiatrian yksikön mittarityöryhmä. Työryhmä toimii edelleen ja on saanut tunnustusta pitkäjänteisestä työstään tuloksellisuuteen perustuvan kannustuspalkkion muodossa vuonna 2000.

Koulutuksen kokonaistavoitteena on tuottaa fysiatrian yksikköön kattava, yhteisesti hyväksytty ja yhteiseen käyttöön soveltuva mittaushojeisto. Mittaamiskoulutuksen ideoi mittarityöryhmä. Vastaavaa koulutusta ei ole järjestetty terapeuteille tämän laajuisena muissa yliopistosairaaloissa. Koulutus järjestettiin yhteistyössä Turun kesäyliopiston ja Turun oppisopimustoimiston kanssa. Koulutus kesti vuoden ja siihen osallistui fysiatrian yksikön, lasten klinikan ja Paimion kuntoutusosaston terapeuteja.

Koulutuksen tuloksena julkaistiin 15.5.2003 To-Mi (Toimintakyvyn Mittarit) -kansio. Kansioon on kerätty kattavasti tutkitusti luotettavia fysio- ja toimintaterapian mittareita.

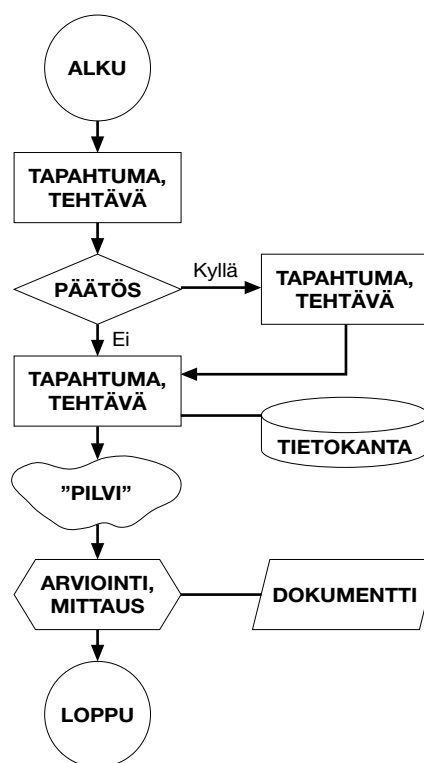
Jatkosuunnitelmana on, että syksyn 2003 aikana kuhunkin mittariin perehtyneet henkilöt kouluttavat ne fysiatrian yksikön terapeutit, jotka eivät päässeet mukaan tähän varsinaiseen koulutukseen. Alustavasti on sovittu myös opetusyhteistyöstä Turun kaupunginsairaalan kanssa. Tavoitteena on antaa koulutusta koko Varsinais-Suomen piirin alueen fysio- ja toimintaterapeuteille, ja loppuvuodelle 2003 suunnitellaan ”alueellista koulutusta”.

Tulevaisuudessa tavoitteena on luoda koko piirille yhtenäinen mittauskäytäntö ja sitä kautta parantaa potilaan saaman terapian ja hoidon laatua sekä tuloksellisuutta.

## Tavoitteena laadukas palvelu

Fysioterapiatoiminnan keskeisenä periaatteena on laadukas palvelu, jossa painottuvat asiakaslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, fysioterapeuttien ja TYKSin eettiset arvot sekä hyvä fysioterapiakäytäntö. Jatkuvan koulutuksen avulla ylläpidetään ja kehitetään ammatitaitoa. Fysioterapeutit osallistuvat aktiivisesti opetus-, kehittämis- ja tutkimustyöhön.

## Vuokaavio



Vuokaavio on havainnollinen ja hyödyllinen laatutyökalu, joka auttaa tai helpottaa:

- oman ja toisen työn ymmärtämistä
- koko työprosessin hahmottamista
- organisaatio- tai osastorajojen tunnistamista
- sanallista kuvausta paremmin kuvaamaan toimintaprosessia ulkopuolisille
- omien toimintatapojen vertailun muiden organisaatioiden tapoihin
- kehittämistarpeiden tunnistamisessa
- systemaattisesti arvioimaan ja kohdentamaan resurssi- ja osaamistarpeita
- onnistumisen mittareiden laatintaa työkokonaisuuksille
- toimintolaskennassa
- muutostenhallintaa

### Lähde:

Asiakaslähtöiset palveluprosessit.  
Suomen kuntaliiton laatuprojekti.

Sirpa Löfman  
fysioterapeutti  
laatuvalmentaja  
TYKS, fysiatrian yksikkö

# Förebyggandet av patientskador, en väsentlig del av helhetskvaliteten i vården

**Tryggheten i vården är en väsentlig del av helhetskvaliteten i vården och förebyggandet av misstag bör vara en viktig målsättning vid hanteringen av kvalitetskontrollen.**

Även i Egentliga Finlands sjukvårds-distrikts målsättningar för år 2003 har reducerandet av patientskador en central roll. I avsnittet Patientens synvinkel nämns som målsättningar minskningen av sjukhusinfektioner med 1 % -enhet jämfört med föregående år, samt minskningen av ersättningsbara patientskador jämfört med de tre föregående årens medeltal.

## **Benägenheten för misstag är stor**

Det är mänskligt att göra misstag. Hälsovård är komplicerad verksamhet, där man använder utvecklad teknologi och därmed är benägenheten för misstag och felaktigheter stor. Många av dessa misstag beror på systemets brister, endast en del är beroende av en enskild arbetstagares handling. Även om de avgöranden, som individen gjort, samt dennas verksamhet skulle vara omedelbar orsak till en skada, finns det i bakgrunden faktorer, som ökat risken för skada. Omständigheter, som påverkar hela vårdprocessen är vårdteamets verksamhet, arbetsförhållandena och organisationen. Även dessa påverkar patientens tillstånd och situation. Orsaker som i huvudsak kan medföra patientskada är t.ex. felaktig verksamhet, glömska, okunnighet, felbedömning eller avvikelser från en trygg verksamhetsrutin. Dessa är sällan avsiktliga, även om orsaken till ett misstag även kan vara slarv och likgiltighet.

## **Orsakerna till misstag**

Orsaker som i bakgrunden kan ligga organisationen till last är en alltför hård arbetspress, långa arbetspass, alltför lite personal, en oerfaren arbetstagare i en alltför fordrande situation, bristfällig kontroll, en stressig arbetsmiljö, snabba förändringar i organisationen, ett illa avvägt förhållande mellan målsättningar och resurser samt ett dåligt



informationsflöde. En på grund av patienten ökad risk beror i första hand på sjukdomens art och svårighetsgrad, en mångfald sjukdomar hos samma person samt hög ålder, men även på patientens psykosociala situation. Dessa bakgrundsrisiker borde identifieras och organisationen borde sträva till att eliminera dem, eller att i verksamheten kunna vara förberedd på dem i sådana fall där de inte kan undvikas, vilket oftast är fallet när det gäller risker för patienten. Om de inte kan undvikas, borde enheten vara förberedd på dem.

## **Misstag kan förebyggas**

Misstag kan förebyggas med hjälp av en väl förverkligad kvalitets- och riskkontroll. Tyngd-

punkten ligger i att utveckla organisationen och funktionerna så att risken för misstag minimeras. Alla fel kan inte undvikas, men för att minska följderna av sådana kan man bygga upp försiktighetsåtgärder och hinder. Speciellt viktigt är det att analysera vårdprocesserna och att förenkla dem genom att avskaffa alla onödiga och irrelevanta skeden. Ty risken för misstag minskar med färre deltagare i processen, samt med ett minskande av knutpunkter.

## **En öppen atmosfär att hantera misstag**

Då fel eller misstag redan skett, är det viktigt att analysera de faktorer som orsakat det



skedda och att lära sig av misstaget och att korrigera detsamma. Det är viktigt att skapa en öppen atmosfär och kultur, där rapportandet av fel och närapå situationer, hanteringen och analyserandet av dem är en del av kvalitetskontrollen och utvecklandet av verksamheten. Den resurs, som besvär och klagomål från patienter bildar liksom också uppföljningsregistren över infektioner, borde tas i bruk och organiserat användas för att motverka misstag. Personalen inom hälsovården är ansvarsfull och ett misstag leder ofta till självanklagelser och detta medför att den som anklagar sig själv också blir ett offer. Genomgången av ärendet i en trygg miljö, med huvudsyftet att utveckla verksam-

heten i tryggare riktning utan att anklaga någon enskild, är då en lättnad. Ledningens roll är viktig vid skapandet av en handlingsmodell vid fall av misstag, såsom även i kvalitetskontrollen överlag. Alla, som deltar i vården, hela organisationen och i sista hand även patienten har nytta av en öppenhet i hanteringen av misstag och fel.

### Skadeanmälningarna

År 2000 gjordes 7018 skadeanmälningar till Patientskadeförsäkringen. Under motsvarande tid gavs utslag på 6535 anmälningar, av vilka 2096 fall ansågs vara ersättningsbara patientskadeärenden (32,1 %) och 4343 förkastades (66,4 %). Därutöver ansågs 96 fall (1,5 %) vara så obetydliga att lagen inte ger möjlighet till ersättning. Av de patientskador, som kunde få ersättning, var 1850 vårdfel, 177 infektionsskador, 68 olycksfall samt ett fall sådant, som enligt patientskadelagen är en s.k. oskäligen skada.

### Förebyggandet av patientskador

På senare tid har ett tyngdpunktsområde blivit att dra nytta av patientskadematerialet vid den förebyggande verksamheten att undvika patientskador. Inom hälso- och sjukvården är förebyggandet av skador allas gemensamma sak och målsättning. Förebyggandet av patientskador har en klar anknytning till försäkringstagarens utvecklande av kvalitetsystem och till ledandet. Förutsättningen för att förebyggandet av patientskador skall lyckas, är att det skapas ett nätverk för feedback och samarbete på ett sådant sätt att alla kan vara delaktiga.

### Skillnader i kvalitet

Minskandet av skillnader i kvalitet bör vara en målsättning både nationellt och regionalt. För att lyckas med detta förutsätts ett nytt tänkande inom personalen i hälsovården och detta inkluderar även ledningen. Detta torde vara möjligt genom att personalens moral och etik i Finland är på hög nivå.

Patientens valmöjligheter och även fordringar ökar hela tiden. En intressant

hälsopolitisk fråga är patientens rättighet att välja sin vårdplats, t.ex. ifall patienten på grund av skillnader i kvalitet önskar få vård på annat ställe än vad hemkommunen skulle förutsätta.

### Antalet patientskador den lägsta på Åbolands sjukhus

Åbolands sjukhus har, i jämförelse med vårt lands övriga sjukhus, beträffande patientskadornas låga antal, placerat sig utomordentligt. TV kanal 4 gjorde åren 1993–1997 och ReklamTV3 åren 2000–2001 en jämförelse mellan ersätta patientskador per 1000 åtgärder. I båda fallen var antalet patientskador på Åbolands sjukhus den lägsta, jämfört med alla andra sjukhus i Finland. Som av det föregående kan konstateras är det vid förebyggandet av patientskador viktigt att analysera vårdprocessen och trygghetsriskerna. Centrala faktorer för det lyckade resultatet på Åbolands sjukhus är verksamhetens karaktär; ingreppen är elektiva, d.v.s. planerade i förväg. Av detta följer att de utförs av det team, som behärskar saken bäst. Då arbetskraftens rörlighet är liten har teamgrupperna också en lång erfarenhet av de olika åtgärderna. Emedan man dessutom gått igenom interna värddedjor och då dessa är anknutna till de i regionen skapade värddedjorna har man åstadkommit en modell där patientskadornas antal kunnat minimeras. På Åbolands sjukhus kommer att utvecklas en modell, där man med personalen genomgår utslagen från patientskadeförsäkringen, både de som lett till ersättning och de som förkastats, för att ytterligare förbättra kvaliteten.

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt har tagit i bruk ett system, där avgifterna för patientförsäkringen fördelas mellan sjukhusen i enlighet med hur erlagda ersättningar fördelas mellan sjukhusen. Detta för sin del är en åtgärd, som siktar på att förbättra kvaliteten.

*Reijo Grönfors  
chefläkare  
Åbolands sjukhus*

# Hoitoisuus potilaan hoidon mittarina

Hoitotyö on potilaalle tarpeellista, jopa elinehto, mutta usein kuitenkin näkymätöntä. Erikoissairaanhoidossa potilaskeskeinen ja kustannustehokas ajattelumalli vaatii toiminnan kriittistä tarkastelua sekä niitä tukevien tietojärjestelmien kehittämistä. Sairaalan vuodeosastohoidon kustannuksista suurin yksittäinen menoerä on hoitohenkilöstön palkat, koska hoitohenkilöstö määrällisesti muodostaa suurimman henkilöstöryhmän.

Erikoissairaanhoidossa hoitotyö teknistyy ja asettaa lisävaatimuksia oman ammattitaidon ylläpitämiselle. Sairaanhoitajalta vaadittava erityisosaaminen tulee esille varsinkin potilaan elintoimintoja uhkaavan vakavan häiriön yhteydessä. Yksittäisistä hoidon osa-alueista koetaan erityisen vaativiksi potilaan ohjaus ja psyykkisten voimavarojen turvaaminen potilaan sairauteen liittyvässä vaikeassa muutostilanteessa. Samaa sairautta sairastavat tai saman lääketieteellisen toimenpiteen kokeneet potilaat voivat olla hoitoisuudeltaan hyvinkin erilaiset.

## Hoitoisuusluokituksen käyttö sairaalassa

Hoitoisuus muodostuu potilaan hoidon tarpeesta ja sitä vastaavasta hoitamisesta. Tarpeiden ja toiminnan vaiheiden yhdistämisestä muodostuvat hoidon osa-alueet, joiden vaikeusastetta mittaamalla saadaan selville potilaan hoitoisuusluokka. Hoitoisuusluokituksen tuottamat tiedot, hoitoisuusluokajakautuma ja hoitoisuus/hoitaja ovat lukuja, joiden avulla voidaan tarkastella ja vertailla osaston hoitotyön määrää ja siinä tapahtuvia muutoksia.

TYKSin hoitoisuusluokituksen pohjaksi on valittu ns. OPC-luokitus (Oulu Patient Classification) ja TYKSin kaikki somaattiset vuodeosastot luokittelevat potilaiden hoidon. Luokitusta käyttäen osaston



potilaat on jaettu viiteen hoitoisuusluokkaan ja niiden perusteella määräytyy osaston kokonaishoitoisuus. Lisäksi hoitoisuusluokituksista saadaan yhden sairaanhoitajan suorittama työpanos vuodeosastolla, joka ilmaistaan käsitteellä hoitoisuus hoitajaa kohden.

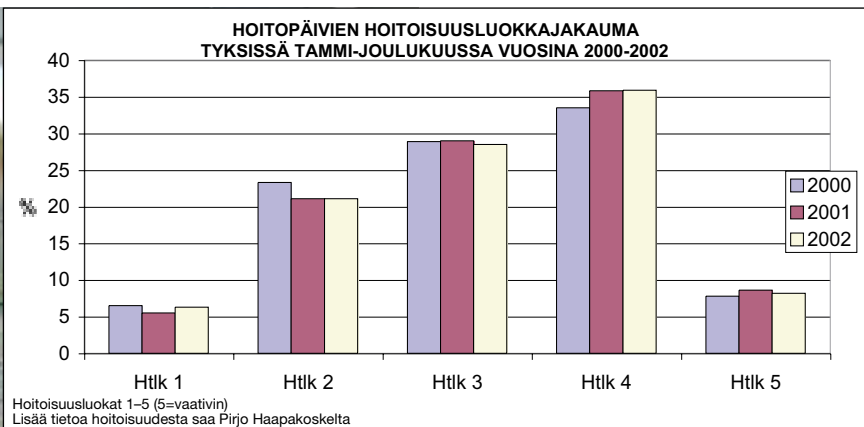
Arviointikriteerien oikeellisuutta osaston sisällä on parannettu kahden sairaanhoitajan suorittaman vertaisarvioinnin avulla. Osastojen välistä vertailtavuutta ei tällä menetelmällä vielä voida tehdä, koska arviointikriteerit poikkeavat eri osastoilla.

## Valtakunnallinen Finnhoitoisuus-projekti

Eri osastojen välisten työmäärien vertailukelpoisuutta voidaan parantaa arvioimalla

osaston optimaalinen hoitoisuus taso ja laskeamalla kunkin osaston optimaalinen hoitoisuus hoitajaa kohti. Tällöin vertailuun saadaan tiedot siitä, miten paljon eri yksiköiden työntekijämäärään suhteutettu työmäärä poikkeaa laadukkaan hoidon takaavasta työmäärästä.

Suomen Kuntaliitossa toteutettiin vuosina 2000–2002 hoitotyön Finnhoitoisuus-projekti, jonka tavoitteena oli kehittää erikoissairaanhoitoon valtakunnallinen hoitoisuus, resurssien käyttöä ja kustannuksia analysoiva vertailumenetelmä. Mukana projektissa oli vuodeosastoja 14 eri sairaalasta, jotka käyttivät samaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Pilottiprojektissa VSSHP:stä oli mukana TYKSin seitsemän vuodeosasto (213, 214, 018, 014, 114, 411, 416).



### Finnhoitaisuus-projekti tuotti seuraavia tietoja:

1. hoitaisuus ja sen vaihtelu erikoisaloittain ja sairaaloittain,
2. hoitaisuuden kustannukset erikoisaloittain ja sairaaloittain,
3. osastojen resurssitarve optimaaliseen hoitaisuuden mukaan,
4. keskeisimpien DRG-ryhmien päivittäisen hoitaisuuden kustannukset,
5. optimaalinen hoitaisuus erikoisaloittain.

Saadut tulokset luovat perustan hoitotyön palvelujen hinnoitteluun ja vertailuun. Jatkossa Qualisan Oy tulee vastaamaan järjestelmän kehittämisestä, tietokannan ylläpidosta

ja raportoinnista vertailutietokannassa mukana oleville sairaaloille.

TYKSiin osastoista resurssivajaus oli suurin traumatologian osastolla, jossa tarvittaisiin päivässä yli viisi hoitajaa lisää, jotta hoitaisuus hoitajaa kohden olisi optimaalinen. Lisätarve oli keskimäärin 2-3 hoitajaa projektissa mukana olleilla osastoilla. Optimaalisen hoitaisuuden arvot TYKSiin eri erikoisaloilla olivat yhtä suuret projektin erikoisalojen keskiarvojen kanssa. Useimpien Drg-ryhmien päivittäisen hoitaisuuden kustannukset eivät poikenneet projektissa mukana olleiden osastojen keskiarvoista.

### Hoitaisuusprojekti TYKSISSÄ

Vuonna 2002 kehittämisprojektirahoituksella toteutettiin TYKSISSÄ hanke, jonka tavoitteena oli laajentaa hoitaisuusluokituksen käytönmahdollisuutta tehohoitotyöhön soveltuvaksi, tarkentaa vuodeosastoilla luokituksen tietosisältöjä ja kehittää sen hyödynnettävyyttä hallinnollisissa päätöksenteossa.

Teho-osastolla kehittämistyön vastuhenkilöinä olivat sairaanhoitaja, THM Tarja Hämäläinen ja sairaanhoitaja Merja Koivu (aikuisien teho-osasto 950) ja sairaanhoitaja Pia Leskinen (lasten teho-osasto 414). Heidän tehtäviinsä kuuluivat OPC-luokituksen sisällön muokkaus tehohoitotyöhön soveltuvaksi, henkilökunnan ohjaus ja koulutus, luokituksen käyttökokeilun toteutus ja sisällön tarkistaminen kokeilusta saadun palautteen pohjalta. Toimistonhoitaja, THM Pirjo

Haapakosken vastuulla oli Finnhoitaisuusprojektin tulosten koordinointi ja käytössä olevan luokituksen oikeellisuuden tarkistus.

Erikoissairaanhoidossa on olennaista jatkuva ja nopea potilaan tarpeiden tunnistaminen ja määrittäminen muuttuvissa tilanteissa. Hoitotyön onnistumisen ja tuloksellisuuden kannalta on ratkaisevaa, miten hyvin hoitotyön tarve pystytään osoittamaan. Potilaan ja sairaanhoitajan näkemykset hoitotyön tarpeesta saattavat poiketa toisistaan, koska jokainen ihminen priorisoi tarpeita eri tavoin. Toisaalta potilas, joka vuodeosastolla haluaa eniten sairaanhoitajan huomiota ei aina sitä eniten tarvitse.

Mitä tahansa olemassa olevaa hoitaisuusmittaria käytettäessä on tärkeää arvioida sen soveltuvuutta omaan käyttöön. Käytännön työn muuttuminen ja hoitotieteellisen tiedon kehittyminen aiheuttavat mittareiden painotuksiin eroja eri aikakausina. Kun pohjatyö on huolellisesti tehty, niin sen perusteella voidaan kehittää luotettava osastojen välinen hoitaisuustason arviointimalli, joka mahdollista vertailun ja resurssien allokoiminnin.

Hoitaisuusluokituksen käytön laajentaminen kaikille VSSHP:n sairaaloiden osastoille on tullut ajankohtaiseksi, jotta työn kuormittavuutta voitaisiin koko piirissä mitata samalla mittarilla. Tässä yhteydessä pitää myös järjestelmää kehittää siten, että tiedot voidaan yhdistää elektroniseen potilaskertomusjärjestelmään. Potilaan tilassa tapahtuvaa muutosta ja hoitotoimintojen vaatavuutta arvioitaessa järjestelmä tuottaisi myös potilaan hoitaisuutta kuvaavat tunnusluvut automaattisesti.

Vuonna 2003 tehtiin Rafaela-hoitaisuusluokitusjärjestelmän käyttöoikeussopimus siten, että siinä on mukana viisi osastoa TYKSISSÄ. Samalla kehitetään sairaanhoitopiirin sairaaloiden valmiutta ottaa käyttöön yhteinen hoitaisuusluokitusjärjestelmä, joka voidaan tulevaisuudessa yhdistää elektroniseen potilaskertomusjärjestelmään.

*Marja-Leena Pulkkinen  
tulosryhmän ylihoitaja, TtT  
TYKS*

# Tehohoidon tietojärjestelmä

Vuoden 2002 huhtikuussa otettiin käyttöön TYKSin aikuisten tehosastolla klininen tietojärjestelmä. Tätä hetkeä edelsi noin 7 kuukautta kestänyt valmisteluvaihe, jossa kaupallinen järjestelmä muokattiin paikallisolosuhteisiin sopivaksi. Nyt kun tietojärjestelmä on ollut kliinissä käytössä yli vuoden, voidaan sanoa, että siihen kohdistuneet toiveet ovat pääosin täyttyneet.

TYKSin 24-paikkaisella aikuisten tehosastolla hoidetaan vuosittain 1600–1800 potilasta ja hoitopäiviä kertyy hieman yli 6000. Tämän lisäksi osasto toimii valtakunnallisena ylipainehappihoitokeskuksena. Hoitoja annetaan vuosittain yli tuhat. Hoidettavien potilaiden lukumäärä samoin kuin potilaasta kerättävän tiedon määrä on kasvanut räjähdysmäisesti niiden yli 30 vuoden aikana, jolloin tehohoitoa on Turussa annettu. Erilaiset potilaan valvonta- ja hoitolaitteet tuottavat valtavan määrän tietoa, jonka kokonaisuhallinta ilman tieto-järjestelmää alkoi käydä mahdottomaksi – tai ainakin hyvin työlääksi. Niinpä klinisen tietojärjestelmän hankinta tuli välttämättömäksi korkeatasoisen tehoehoidon turvaamiseksi.

## Enemmän aikaa potilaalle ja heidän omaisilleen

Teholla tehtiin seurantakaavakkeelle ennen tietojärjestelmää jokaisesta hoidettavasta potilaasta vuorokauden aikana noin 2000–4000 erilaista merkintää. Valtaosa näistä kirjautuu nyt suoraan järjestelmään laitektyöntöjen kautta, esimerkiksi valvontamoni-



toreista, nestehoitoannostelijoista ja hengityslaitteista. Tietojärjestelmästä on myös yhteys sairaalan muihin tietojärjestelmiin, kuten laboratorioon ja henkilöstöhallintojärjestelmään. Potilaan laboratoriovastaukset, kuten myös röntgenkuvat, tulevat automaattisesti ”piuhoja” pitkin potilaspaikalle ja ovat välittömästi nähtävissä hoitopäätöksistä tehtäessä. Kun suurin osa kirjaustyötä on jäänyt pois, voidaan keskittyä entistä enemmän itse potilaan hoitamiseen.

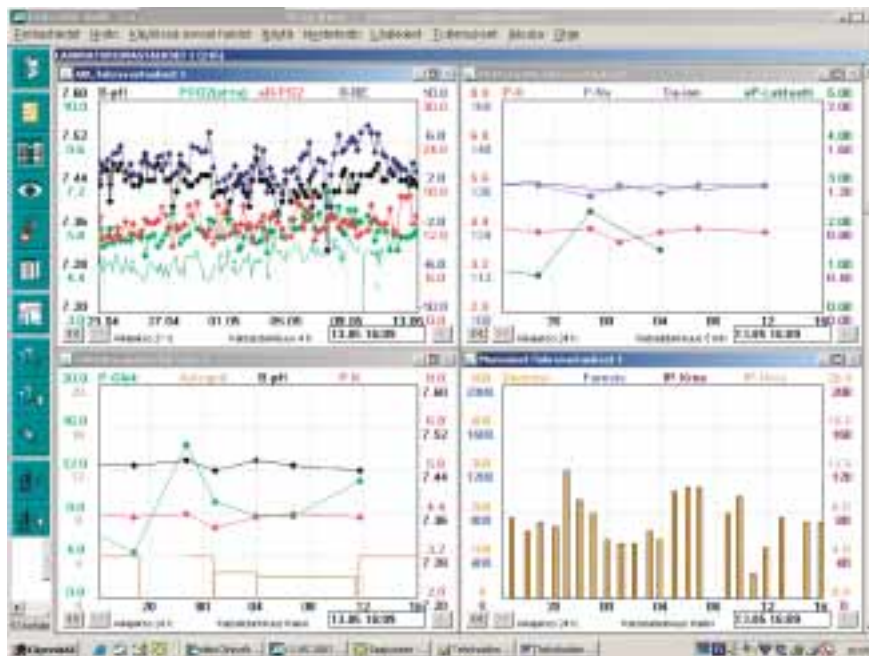
## Apuja hoitopäätöksen tekemiseen

Teho-osastolla joudutaan usein tekemään hoitopäätöksiä nopeasti, sillä turhat viivytykset voivat aiheuttaa potilaalle vakavia seura-

uksia. Tällöin on hyödyllistä, että kaikki potilaan hoitoon liittyvä tieto on kattavasti ja havainnollisesti esitettyä potilaspaikan tietokoneen näytöllä. Järjestelmään on muokattu eri elintoimintojen ”seurantaikkunoita”, joihin yhdistetään asiat, jotka liittyvät ja vaikuttavat toisiinsa (fysiologiset suureet, laboratoriarvot, lääkehoidot jne.). Kun nämä vielä esitetään graafisessa muodossa erilaisina havainnollisina käyriä ja pylväinä, on huomattavasti helpompaa saada selkeä kuva potilaan tilanteesta ja siinä mahdollisesti tapahtuvista muutoksista. Tietojärjestelmä helpottaa näin ollen potilaan kokonaisu-tilanteen hallintaa ja suuren valvontatietomäärän hyväksikäyttöä hoitopäätöksissä.



Tietojärjestelmä on lisännyt tiedon luotettavuutta. Se tallentaa nopeatkin vaihtelut potilaan tilassa. Aiemmin oli paradoksaalista, että tilanteissa, joissa potilaan tila oli vakaa, syntyi käsin kirjauksessa hyvä ja virheetön dokumentaatio, mutta kun potilaan tila muuttui kriittiseksi ja hoitohenkilökunnan oli kiinnitettävä kaikki huomio potilaan hoitamiseksi, ei yksityiskohtaiselle dokumentaatiolle käsikirjanpidossa ollut aikaa. Nyt tietojärjestelmän ollessa käytössä kirjaus perusparametrien osalta jatkuu, vaikka annetaan intensiivistä hoitoa tai jouduttaisiin tekemään paljon toimenpiteitä. Näin tapahtumat ovat myös jälkikäteen luotettavasti analysoitavissa.



### Lisää laatua

Tehohoidon tulee olla ympärivuorokautista. Osaston suuren henkilökunnan vuoksi tämä asettaa merkittävät vaatimukset sille, että eri vuorokauden aikoina teho-osastolla työskentelevät lääkärit ja hoitajat ovat selvillä kulloinkin voimassa olevista hoitokäytännöistä ja -linjoista. Standardoidut tehtäväluettelot ohjaavat hoitotyön kulkua ja vähentävät mahdollisia laatuopikkeamia ja inhimillisiä virheitä. Myös järjestelmän hälytykset, muistutukset ja oletusarvot ohjaavat käyttäjät toimimaan oikein. Järjestelmä on myös joustava ja avoin muutoksille, sillä uudet toimintatavat saadaan nopeasti kaikkien käyttöön tekemällä muutokset järjestelmän konfiguraatioon.

Tietojärjestelmä antaa mahdollisuuden analysoida objektiivisesti jatkuvasti teho-osaston hoitokäytäntöjä ja niiden laadukkuutta. Erilaisten kansainvälisten standardoitujen pisteytysjärjestelmien avulla voimme vertailla tuloksiamme sekä kotimaisten että ulkomaisten teho-osastojen vastaaviin. Tämä on ainoa tapa saada palautetta siitä, mitä ja miten pitäisi tehdä, jotta potilaamme saavat koko ajan parasta mahdollista hoitoa.

Tehohoito sitoo paljon voimavaroja, Suomessa noin 5 % erikoissairaanhoidon menoista. Niinpä tällaisen yksikön toiminnan seuranta on tärkeää resurssien optimoinnin ja kustannusten hallinnan kannalta. Tehotietojärjestelmän valmiit raportit helpottavat kokonaiskäsitksen saamista osaston toiminnasta.

### Potilaan inhimillinen hoito kuitenkin tärkeintä

Tehohoidossa erityisen merkittäviä ovat lääketieteen uusimmat teknologiset laitteet. Nämä ovat kuitenkin vain välineitä, joilla pystymme toteuttamaan entistä turvallisemman ja tehokkaamman hoidon. Tietojärjestelmäkin on vain yksi osa tästä kokonaisuudesta. Koneet eivät vielä korvaa osaavaa henkilökuntaa. Edelleenkin teho-osastolla on lääkäri jatkuvasti paikalla ja potilaan vierellä on koko ajan ympäri vuorokauden oma hoitaja. Inhimillinen kanssakäyminen potilaan ja hänen omaistensa kanssa on teho-osastomme toiminnan perusta.

*Juha Perttälä  
osastonylilääkäri*

*TYKS, aikuisten teho-osasto 950*

# Kehittyvä laitoshuolto

Turun yliopistollisen keskussairaalan siivoustoimi organisoitiin uudelleen heinäkuussa 1998, jolloin siitä tuli laitoshuolto. Pitkään käytössä ollut nimike sairaala-apulainen muutettiin vähän myöhemmin laitoshuoltajaksi. Siivoustyön lisäksi laitoshuollon tehtäviin kuuluu osastoilla tehtävä ruokahuolto, välinehuolto ja potilaspalvelu. Laitoshuollon vastuualue kattaa sairaalan kaikki vastuuyksiköt.

Laitoshuollon missio on tiivistettynä vapauttaa asiakkaat perustehtävänsä suorittamiseen turvaamalla palveluiden saatavuus. Tulevaisuuteen tähtäävän toimitamme keskeisiä kehittämisalueita ovat

- asiakkaiden tarpeiden tunteminen ja heidän odotustensa täyttäminen
- palvelutuotannon säännöllinen päivitys
- työprosessien kehittäminen
- laatu järjestelmä
- osaamiseen, perehdytykseen, koulutukseen panostaminen
- kilpailukykyisyys
- myönteinen viestintä
- yksikön julkikuva
- hyvä yhteishenki ja ilmapiiri

Sisäisten asiakkaiden palvelutarpeet neuvotellaan ja kartoitetaan osastonhoitajien kanssa. Näin palvelut on laskettavissa alan käytännön mukaisesti. Tuloksena saadaan työpanostarve, työmäärä tunteina. Sovitut palvelut kirjataan palvelusopimuksen muotoon.

Yhteistyötä tehdään muillakin tavoilla, kuten järjestämällä osastonhoitajien ja työnjohtajien yhteisiä esimieskoulutuspäiviä. Arjen yhteistyössä sovitaan toiminnan sujumisesta. Asiakastytyväisyysskyselyjä tehdään säännöllisesti.

Vanha tapa oli sijoittaa kolme sairaala-apulaista yhdelle osastolle, neljä sairaala-apulaista toiselle osastolle jne. Tällöin työmäärä ja työpanostarve eivät aivan kohdanneet. Palvelutarveselvitykseen pohjautuvalla



laskennalla ne saadaan täsmäämään. Tällainen tarkkuus koetaan työmäärän lisääntymisenä. Suunniteltu toiminta luo pohjan ja synnyttää tarpeen poistaa osastorajoja laitoshuollon palvelutuotannossa. Kokoamme perinteisiä osastokohtaisia laajempia työryhmiä. On järkevää, että muutama pieni osasto tai pari isoa osastoa muodostavat työryhmän vastuualueen. Ryhmän jäsenet perehdytetään tehtäviin ja jokainen on samanlaisessa ase-

massa ja vastuussa. Työryhmien avulla pystymme paremmin vastaamaan äkillisten poissaolojen aiheuttamiin sijaistamisjärjestelyihin. Iso ryhmä haavoittuu vähemmän jäsenen poissaolosta kuin osastokohtainen pienryhmä.

Olemme työryhmyöskentelyssämme vielä alkutaipaleella. Joudumme käyttämään perinteistä käskevää esimiestyön menettelytapaa. Tavoittemme kuitenkin on saada aikaan esimiesten vetämät ja valmen-

tamat työryhmät. Niissä vastuu jaetaan, ideointi ja suunnittelu on yhteistä, vaikuttamismahdollisuudet kasvavat, motivaatio ja viihtyminen paranevat, osaaminen laajenee ja yhteishenki kasvaa.

Työryhmien kehittymistä edistämme selvittelemällä ja kehittämällä omia työprosessejamme. Alle kuvatun ajattelutavan kohdalla olemme siinäkin alkutaipaleella.

### Laatukäsikirja käyttöön

Osallistuin laitoshuollon suunnittelijan kanssa laatuvalmentajakoulutukseen 2001–2002. Siitä alkoi laatukäsikirjan laatiminen, olemassa olevien ohjeiden päivitys ja kokoaminen. Työtä tehdään ryhmässä, jossa laitoshuoltajilla on 21 edustajaa. Tavoitteena on kaiken toiminnan kattava käsikirja.

Laatuun liittyy oleellisesti, että sovitut palvelut toteutetaan. Henkilöstömme tekee vuorotyötä, on laajennetut työryhmät ja paljon äkillisiä poissaoloja. Käytäntö synnytti tarpeen tehtyjen töiden kirjaamiseen. Päivittäiset, jaksottaiset ja perussiivoukset kirjataan päivittäin lomakkeelle. Töiden unohtaminen näkyy paperilla ennen kuin lika paljastaa itse itsensä.

Palvelutuotannon suunnittelu ajanmukaiseksi, henkilöstön perehdytys ja valmentaminen suunnitelmien käyttöönottoon, työprosessien kehittäminen ja laatukäsikirjan ohjeiden noudattaminen ovat kaikki hyvän ammattitaidon elementtejä. Hyvä ammattitai-



to ja osaaminen ovat keskeistä työssä jaksamisessa ja muutoksista selviytymisessä. Nykyisyys edellyttää nopeaa reagointi- ja muuntautumiskykyä. Sen lisäksi, että itse kehitämme laitoshuollon toimintaa, vaikuttavat muutostarpeeseemme sairaalan päätömmässä tapahtuva kehitys ja siihen reagointi.

### Avainsanana yrittäjähenkisyys

Laitoshuollon henkilöstön määrä vaihtelee vuoden mittaan. Osastojen toiminnan supistukset ja osastosulut otetaan huomioon. Vuoden 2002 lopussa oli käytössä 260 laitoshuoltajan vakanssia sekä 10 vakanssia esimies-, toimisto- ja suunnittelutehtävissä. Kesällä 1998, kun toiminta keskitettiin, oli

laitoshuollossa käytössä 307 vakanssia.

Laitoshuoltajan työ koetaan monipuoliseksi, itsenäiseksi ja liikkuvaksi, mutta silti se ei kiinnosta nuoria. Tulevaisuus näyttää siltä, että työpaikkojen on itse huolehdittava henkilöstönsä kouluttamisesta ja ammattitaidosta. Vierastyövoima valtaa alaa.

Nykyiselläänkin toiminnan kehittämisen yksi haastava tekijä on ammattitaidoltaan epätaimaisen työntekijäryhmän saaminen mukaan.

Haasteita siis riittää. Miten innostaa henkilöstö yrittäjämäiseen, vastuulliseen, osaamistaan vahvistavaan, palveluhenkiseen ja muuntautumiskykyiseen toimintaan? Miten kykenemme markkinoimaan alaa niin, että tulevaisuudessakin riittää tekijöitä? Nykyinen organisaatiomalli on pyrkimys vastata näihin haasteisiin.

*Maija-Liisa Simula  
laitoshuoltopäällikkö  
TYKS*

#### Organisaatiokeskeinen ajattelutapa

- ongelma ihmisten aseenteissa
- oman työhoidetaan
- osaan oman työni
- arvioidaan työntekijöitä
- löytyy parempia työntekijöitä
- motivoidaan työntekijöitä
- valvotaan työntekijöitä
- yksilösuoritusta korostetaan
- kuka teki virheen
- korjataan virheitä
- asiantuntijat määräävät laadun

#### Prosessikeskeinen ajattelutapa

- ongelmia työprosesseissa
- hoidetaan työt yhdessä
- ymmärrän osuuteni prosessissa
- arvioidaan prosessin sujuvuutta
- prosessia voi parantaa
- poistetaan esteet
- kehitetään osaamista
- koko työryhmällä on vastuu työstä
- mikä teki virheen mahdolliseksi
- poistetaan virhelähteet
- asiakas määrää laadun

Lähde: Palveluesimiehen käsikirja, Pelitokorpi ja Ritvanen



# Dialyysitoiminta Loimaan aluesairaalassa 1997–2003

**Loimaan aluesairaalassa aloitettiin hemodialyysitoiminta kroonista munuaisten toiminnanvajausta sairastavien potilaiden hoitamiseksi syyskuussa 1997, ensimmäisenä hoitopaikkana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä TYKSin ja Turun ulkopuolella.**

Tarkoitusta varten korjattiin ja varustettiin tilat sisätautiosasto 1:n kahdesta potilashuoneesta. Korjaustöiden aikana havaittiin rakenteissa kosteusvaurioita ja kyseisen siipirakennuksen vesikatto jouduttiin muuttamaan tasakatosta harjakatoksi, mikä viivästytti dialyysihoidon aloittamista alkuperäisestä suunnitelmasta yli puoli vuotta.

## **Käyttöön neljä dialyysilaitetta**

Dialyysihuoneeseen hankittiin neljä dialyysilaitetta, joista yksi on toiminut reservilaitteena muiden laitteiden teknisten ongelmien varalta. Sillä on annettu myös lyhytaikaisia ”vierasdialyysijä” Loimaan seudulla vierailville munuaispotilaille. Kun hoitoa annetaan kahdessa vuorossa kuutena päivänä viikossa, voidaan yksikössämme hoitaa kahtatoista kroonikkodialyysipotilasta. Jokainenhan heistä tarvitsee kolme dialyysyä viikossa. Kuten oheisesta diagrammista käy ilmi, aloitettiin hoidot kolmella potilaalla, ja yksikkömme kapasiteetti oli ensimmäisen kerran täynnä kolmantena toimintavuonna, v. 2000.

## **Koulutusta Turussa ja Loimaalla**

Suunnittelun ja toiminnan ajan yhteistyö TYKSin sisätautien klinikan munuaistautien yksikön kanssa on ollut tiivistä. Dialyysissä työskentelevän hoitohenkilökunnan koulutus järjestettiin aluksi kokonaan Turussa osastolla 016. Oman toiminnan käynnistyttyä uusien hoitajien koulutusta on annettu osin myös Loimaalla. Hemodialyysihoidon antamaan on koulutettu kuusi sairaanhoitajaa, avustavana hoitajana toimimaan on koulutettu viisi perushoitajaa. Toiminnan laajentuessa syksystä 2003 lähtien on uusien hoitajien kou-



luttaminen tarpeen. Kuluva vuoden aikana koulutetaan kaksi sairaanhoitajaa. Dialyysihuoneen aamuvuorossa toimivat sairaanhoitaja ja perushoitaja yhdessä. Iltavuorossa on yksi sairaanhoitaja. Kaikilla dialyysihuoneessa työskentelevillä hoitajilla on työvuoroja sekä dialyysissä että sisätautiosastolla. Dialyysihoidon toteuttamiseksi vaadittavan teknisen ammattitaitopanoksen on antanut sai-

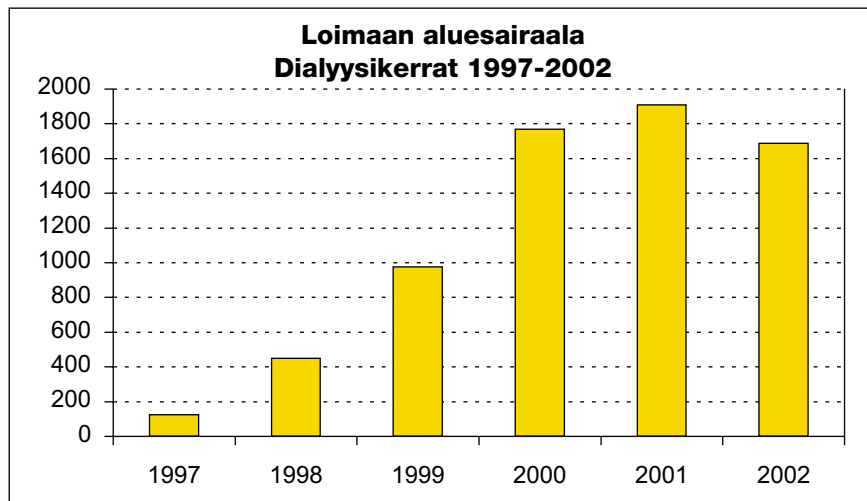
raalamme teknisen toimiston henkilökunta. Tämä on tapahtunut sujuvasti ja rakentavan yhteistyön hengessä.

## **Yhteistyöllä parempaan hoitoon**

Potilasvalinta, hoidon suunnittelu ja aloitus suoritetaan Turussa. Potilaat kävivät alkuvaiheessa nefrologisilla kontrollikäynneillä kerran kuukaudessa TYKSissä, mutta potilas-



määrän kasvettua on kontrollien järjestäminen osoittautunut tehokkaammaksi siten, että nefrologi käy kerran kuukaudessa Loimaalla. Näiden käyntien yhteydessä on myös voitu konsultoida asiantuntijaa dialyysipotilaiden ongelmista sekä muista nefrologisista ongelmista. Käynnit ovat lisänneet tehokkaasti tietotaitoa. Dialyysipotilaita hoitava lääkäri on muiden tehtävien salliessa osallistunut



nefrologin kiertoihin. Hoitohenkilökunta taas on tiheästi, joskus päivittäin yhteydessä nefrologisen osaston henkilökuntaan potilaiden hoidossa esiintyvien ongelmien selvittämiseksi. Yhteistyö on alusta alkaen sujunut loistavasti. Suurimman hyödyn siitä ovat saaneet yhteiset potilaamme, mikä onkin työmme tarkoitus ja päämäärä.

#### Lyhyt dialyysihoidomatka tuo monia etuja

Monet dialyysiyksikkömme potilaat ovat varsin iäkkäitä ja myös monisairaita. Erityisesti heille, mutta kaikillekin dialyysipotilaille hoidon saanti lähellä kotipaikkaa on arvokas asia. Esimerkkinä mainittakoon, että Loimaalla asuva dialyysipotilas säästyy vuodessa 20 000:n hoitomatkakilometrin rasioksilta. Säästyypä vielä rahaakin. Moninaisten sairauksien kanssa painittaessa on myös avuksi, että tarvittaessa voidaan sujuvasti järjestää hoitoa sisätautiosastolla. Tämä lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta. Pyrkimyksenämme on antaa yksilöllistä hoitoa, ja ottaa käytännön järjestelyissä potilaiden toiveet huomioon. Kannustamme potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa ja hoitoaan koskeviin päätöksiin. Dialyysihoito on kroonista munuaisten toiminnanvajausta sairastavalle elintärkeä hoitomuoto, joka voidaan korvata ainoastaan munuaissiirrolla. Potilaiden keski-ikä jatkuvasti kohotessa ja diabeteksen aihe-

uttaman munuaisvaurion käydessä yhä valitsemammaksi syyksi pitkäaikaiseen dialyysiin vain harvoille voidaan suunnitella munuaissiirtoa. Tällä hetkellä Loimaalla hoidettavista potilaista kaksi on munuaissiirtolistalla.

#### Uusi dialyysiyksikkö toimintaan

Dialyysihoitoa tarvitsevien potilaiden määrä kasvoi Suomessa vuosina 1997–2001 munuaistautirekisterin tietojen mukaan n. 90 hengellä miljoonaa asukasta kohden vuodessa. Näin ollen Loimaan aluesairaalan vastuualueella potilasmäärän lisäys voi olla jopa 3–5 potilasta vuosittain. Totesimme jo kolme vuotta sitten, että dialyysihoitokapasiteettiä on pystyttävä lisäämään ja tämä otettiin huomioon sairaalamme saneeraussuunnitelmassa. Syksyllä 2003 siirrämmme toiminnan upouuteen dialyysiyksikköön, jossa tilojen ja laitteiden kapasiteetti mahdollistaa yhdeksän potilaan hoitamisen yhdessä vuorossa. Näin ollen pitkäaikaihoidossa olevien potilaiden määrä voidaan tarpeen mukaan kolminkertaistaa nykyisestä, edellyttäen että vastaavat henkilöstöresurssit ovat myös käytettävissä. Tämä tila- ja laitekapasiteetti toivottavasti riittää seuraavan kymmenen vuoden tarpeisiin.

*Vesa Salonen, ylilääkäri  
Tapani Madekivi, osastonlääkäri  
Tuija Vähä-Touru, osastonhoitaja  
Loimaan aluesairaala*

# Turvallisuus ja suojele mukana kaikessa toiminnassa

**Turvallisuus- ja suojeleasiat ovat osa sairaalan jokapäiväistä toimintaa, joihin vaikutetaan kokonaisvaltaisilla järjestelmillä ja oman työn kehittämisellä. Laatu järjestelmän perimmäinen tarkoitus on vaikuttaa tuotteen tai palvelun laatuun, mutta on selvää, ettei laadukkaan työn tekemiseen liity vaaroja tai riskejä.**

Toisaalta mikään turvallisuuteen liittyvä ohje tai määräys ei toimi mikäli se on ristiriidassa normaalin toiminnan kanssa. Muutamia vuosia sitten turvallisuuteen ja suojeleluun liittyviä asioita käsiteltiin enemmän erillisinä asioina. Työsuojelelu, palosuojelelu, väestönsuojelelu ja kaikkia muitakin turvallisuusasioita varten oli erillinen organisaatio, joilla ei ollut juurikaan yhteyttä keskenään. Ajattelumalliin liittyvää muutosta kuvaa esimerkiksi se, että keväällä 2003 valmistunut turvallisuussuunnitelma pitää sisällään lähes kaikki ennakoitavissa olevat vaaratilanteet tai häiriötilanteet ja niihin varautumisen. Aikaisempi palo- ja pelastussuunnitelma käsitti vain palotilanteet.

Hyviä esimerkkejä onnistuneista suojelelu- ja turvallisuusasioista on runsaasti. Esimerkiksi leikkaussaleissa toteutettu remontti aiheutti paljon ennakkosuunnittelusta ja varautumista. Suunnittelussa onnistuttiin hyvin ja yhtä hyvin onnistuttiin toteuttamisessa; muoviseinän toisella puolella oli rakennustyömaa ja toisella puolella tehtiin vaativia leikkauksia. Onnistumisessa on inhimillisillä tekijöillä vähintään yhtä suuri merkitys kuin teknisellä osaamisella ja toiminnalla. Rakennusmiesten oli toimittava merkittävästi toisella tavalla kuin tavanomaisella rakennustyömaalla. Myös hoitohenkilökunnan piti muuttaa tavanomaisia toimintatapojaan rakentamisen vuoksi. Joustamista tarvittiin ajoittain niin paljon, että se joutui todella koetukselle. Remontin lopputuloksesta voi kaikei jokainen olla tyytyväinen.

Turvallisuuskäsite laajenee ja sen seurauksena nähdään uusia vaaroja sekä



kehittämistarpeita. Osa uudenlaista toimintaa edellyttävistä asioista tulee yllättäen ja sellaisiin on mahdollista varautua ennakolta vain jossain määrin. Pernaaruttokirjeet, liikekeskus Myyrmanissa tapahtunut pommin räjähtäminen ja SARS ovat esimerkkejä viimeisen vuoden aikana tulleista ajankohtaisista asioista. Näihin liittyviin vaaroihin on sairaaloidenkin pitänyt reagoida. Kaikkiin liittyy välittömästi työsuojelelu- ja muut suojeleluasiat, joiden ratkaisemisessa tarvitaan hyvin monen





eri alan ammattilaisten osaamisesta koostuvaa tietoa. Toimintaorganisaation ja suoje luorganisaation yhteistoiminta tällaisissa asioissa on välttämätöntä.

### Turvallisuuden taso on hyvä, mutta parantamisen varaa on paljon

Turvallisuuden tasoa mitataan seuraamalla negatiivisia asioita kuten tapaturmia, ammattitauteja, sairauden johdosta poissaoloja, ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä, palohä-

lytysten määrää, syttymien määrää, väkivaltatilanteita ja rikoksia. Sairaanhoidopiirien välisessä vertailussa Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri pärjää hyvin, joten siinä mielessä ei huolenaihetta ei ole. Tarkempi tarkastelu muuttaa käsitystä ja tekemisen tarvetta onkin paljon. Sairaanhoidopiirissä on sairauslomapäiviä vuodessa noin 90 000 eli noin 400 ihmisen koko vuoden työpanos menetetään. Kaikkien sairauslomapäivien poistaminen on mahdotonta, mutta suureen osaan niistä voidaan vaikuttaa työolosuhteita kehittämällä. Mikäli menetyksistä onnistuttaisiin vähentämään 20 % saataisiin aikaan niin suuri taloudellinen ja toiminnallinen vaikutus, ettei sellaista voi juuri mistään muusta saada.

Vakavimmat onnettomuuden seuraukset aiheutuvat sairaalarakennuksessa levästä tulipalosta. Vakavilta seurauksilta on välttytty, mutta muutaman kerran vuodessa palokunta hälytetään sairaalaan, kun sähkölaite käryää, roskalava on tulessa yms. Nämä tilanteet ovat muistutuksia siitä, että varautuminen on välttämätöntä. Varautumista on myös se, ettei ylipaikkapotilaita, lasinkeräysastioita tai muuta tavaraa ole hätäpoistumistieillä hidastamassa poistumista.

### Lähiajan turvallisuustoiminnasta

Työturvallisuuteen liittyvien riskien arvioiminen on käynnissä ja sillä saadaan tärkeysjärjestyslista työolosuhteiden kehittämiseksi. Riskit arvioi työyksikön henkilöstö. Näin toiminta liittyy välittömästi käytäntöön. Työsuojeluasiat painottuvat aikaisempaa enemmän inhimillisiin tekijöihin. Potilaiden väkivaltaisuus ja henkilöstön välinen epäoikeudenmukainen käyttäytyminen ovat asioita, jotka ovat esillä päivittäin. Asiat ovat entistä hankalampia hoitaa ja henkilöstiriitojen purkaminen vaatii erilaisia taitoja kuin jonkin vaarallisen välineen korjaaminen.

Paloturvallisuuteen on panostettu hankkimalla uusia hälytyslaitteita, palokelloja, ilmoittimia ja sähköisesti sulkeutuvien palo-ovia. Paloasioissakin inhimilliset tekijät on suurin haaste. Turvallisuuksuunnitelmassa määritellyt asiat on saatava vastuuhenkilöille



tutuksi. Tulityöhön liittyy korkea paloriski ja siksi hoitohenkilökunnalle järjestetään tulityökursseja, josta saa tulityökortin.

Kulunvalvonta, ovien lukitseminen ja kameravalvonta lisäävät turvallisuutta. Sähköisen kulkuavaimen oikeuksien hallitseminen on helppoa verrattuna perinteiseen avainsysteemiin. Kulkemista ohjataan ja ovet pidetään määrättyinä aikoina lukittuina. Kameravalvonta vaikuttaa turvallisuuteen ennakolta. Harva haluaa toimia väärin silloin, kun tietää sen tallentuvan.

Vartijan paikalla olemista TYKSin ensiavussa lisätään ja "apua-hälytys" järjestelmää täydennetään. Tilapäisen vartijan kutsumisjärjestelmää muutettiin noin vuosi sitten niin, että vartijaa tarvitseva osasto voi halutessaan tilata vartijan. Saatujen kokemusten mukaan tämä muutos lisäsi turvallisuuden tunnetta.

### Tiedon jakaminen on tärkein keino

Tiedon jakaminen ja kouluttaminen ovat keskeisiä keinoja turvallisuuden liittyvien asioiden eteenpäin viemisessä. Parin viimevuoden aikana on turvallisuuden liittyviä koulutustilaisuuksia pidetty kolmen kymmentä ja tilaisuuksia järjestetään runsaasti myös tulevaisuudessa. Osassa tilaisuuksia kohderyhmä on koko sairaanhoidopiirin henkilöstö ja osassa sairaala, osasto tai tehtävien mukaan määritellyt henkilöt. Erityisenä kohderyhmänä ovat niiden yksiköiden henkilöt, joista "kukaan ei voi osallistua kiireestä johtuen". Turvallisuuteen liittyvät perusasiat on jokaisen hallittava riippumatta oman tai esimiehen mielenkiinnon suuntautumisesta.

*Henrik Jalo  
VSSH:n suoje lupäällikkö*

# Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) on kuntayhtymä, johon kuuluu 58 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopisto. Piirin alueella toimii 26 terveyskeskusta ja elää noin 453 000 asukasta. Sairaanhoitopiiri tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja yliopistollisessa keskussairaalassa ja neljässä aluesairaalassa, joissa on yhteensä 1 540 sairaansijaa. Sairaanhoitopiirin palveluksessa on lähes 5 400 vakituista työntekijää. Piirin sairaaloissa toteutetaan noin 560 000 hoitokäyntiä ja 440 000 hoitopäivää vuodessa. Sairaanhoitopiirin yhteenlasketut vuotuiset toimintakulut ovat noin 328 miljoonaa euroa (talousarvio 2003).

## Toiminnan tarkoitus ja palvelut

VSSHP:n tehtävänä on järjestää jäsenkuntiansa puolesta laissa säädetty erikoissairaanhoidon omaalla toimialueellaan. VSSHP huolehtii lain mukaisten erityistason sairaanhoidon palvelujen saatavuudesta erityisvastuualueellaan. Sairaanhoitopiiri voi myydä sairaanhoidon palveluita myös terveyskeskuksille tai piirin ulkopuolisille asiakkaille. Valtuuston päätöksellä VSSHP voi ottaa muitakin tehtäviä.

VSSHP:n sairaaloita käytetään myös opetukseen ja tieteelliseen tutkimukseen.

## Toimialue

Kuntayhtymään kuuluu 58 omistajakuntaa ja -kaupunkia, jotka ovat aakkosjärjestyksessä Alastaro, Askainen, Aura, Dragsfjärd, Halikko, Houtskari, Iniö, Kaarina, Karainen, Kemiö, Kiikala, Kisko, Korppoo, Koski t.l., Kustavi, Kuusjoki, Laitila, Lemu, Lieto, Loimaa, Loimaan kunta, Marttila, Masku, Mellilä, Merimasku, Mietoinen, Muurla, Mynämäki, Naantali, Nauvo, Nousiainen, Oripää, Paimio, Parainen, Perniö, Pertteli, Piikkiö, Punkalaidun, Pyhäranta, Pöytyä, Raisio, Rusko, Rymättylä, Salo, Sauvo, Somero, Suomusjärvi,



Särkisalo, Taivassalo, Tarvasjoki, Turku, Uusikaupunki, Vahto, Vampula, Vehmaa, Velkua, Västanfjärd, Yläne. Lisäksi omistajiin kuuluu Turun yliopisto.

## Toimipaikat

VSSHP:llä on viisi sairaalaa (tulosaluetta), jotka ovat Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), Loimaan aluesairaala, Salon seudun sairaala (johon kuuluu Salon aluesairaala ja Halikon sairaala), Vakka-Suomen sairaala ja Turunmaan sairaala - Åbolands sjukhus (johon kuuluu myös

Paraisilla sijaitseva Turunmaan mielen-terveyskeskus)

Raision aluesairaala liitettiin TYKSiin osaksi 1.1.2003. Kesäkuussa 2003 sairaanhoitopiirin ja Turun kaupungin valtuustot päättivät, että Turun kaupungin kirurginen sairaala liitetään TYKSiin 1.1.2004 alkaen.

## Henkilöstö

Sairaanhoitopiirin palveluksessa on lähes 5 400 vakituista työntekijää. Heistä kuuluu hoitohenkilöstöön noin 3 300, lääkärikuntaan 670, akateemiseen tutkimus- ja hoitohenki-



löstöön 150 sekä hallinto- talous- ja huoltohenkilöstöön 1 280.

TYKSissä työskentelee noin 3 850 henkilöä, Salon seudun sairaalassa 680, Loimaan aluesairaalassa 360, Vakka-Suomen sairaalassa 340, ja Turunmaan sairaalassa 150 henkilöä. Sairaanhoidopiirin keskushalintoon kuuluu noin 20 työntekijää.

### Talous

Sairaanhoidopiirin toimintakulut ovat noin 328 miljoonaa euroa (talousarvio 2003). Jäsenkunnat maksavat kuluista lähes kolme

neljäsosaa (noin 235 miljoonaa vuonna 2003) ja loppu katetaan muilla tuloilla (potilasmaksut, palveluiden myynti muille kunnille, valtionavut).

Investointeihin käytettävä rahamäärä vaihtelee vuosittain. Vuoden 2003 investointeja varten on varattu noin 41 miljoonaa euroa. Se kohdistuu lähes kokonaan TYKSin uuden T-sairaalan rakentamiseen, varustamiseen ja kalustamiseen. T-sairaala otetaan käyttöön marraskuussa 2003.

Tulosalueittaiset (sairaalakohtaiset) toimintakulut ovat vuoden 2003 talousarviossa TYKSillä 243 miljoonaa euroa, Salon seudun sairaalalla 38, Loimaan aluesairaalalla 21, Vakka-Suomen sairaalalla 19, Turunmaan sairaalalla 9 ja sairaanhoidopiirin keskushalinnolla 5 miljoonaa euroa.

### Hallinto

Sairaanhoidopiirin ylintä päätösvaltaa käyttää kuntayhtymän valtuusto, johon jäsenkuntien valtuustot valitsevat kunnan koon mukaan 1–5 ja Turun yliopisto kaksi edustajaa. Valtuustossa on yhteensä 108 jäsentä. Valtuusto kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa.

Valtuusto on siirtänyt osan päätösvalloistaan kuntayhtymän hallitukselle, johon kuuluu 19 jäsentä. Jäsenistä 17 nimeää kuntayhtymän valtuusto ja kaksi Turun yliopisto. Hallitus kokoontuu keskimäärin vähintään kerran kuukaudessa. Hallitus on siirtänyt joidenkin asioiden käsittelyn nimittämilleen jaostoille, kuten henkilöstöjaostolle, talousjaostolle ja rakennusjaostolle.

Tulosalueilla on omat johtokunnat, jotka päättävät tietyistä sairaaloiden toimintaan liittyvistä asioista. TYKSin johtokuntana toimii kuntayhtymän hallitus.

Sairaanhoidopiirillä on muitakin luottamusmiehistä koostuvia hallintoelimiä, kuten kielellisen vähemmistön lautakunta, tarkastuslautakunta ja yhteistyötoimikunta.

Virkamiestasolla sairaanhoidopiirin toimintaa johtavat sairaanhoidopiirin johtaja, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja ja talousjohtaja. Sairaanhoidopiirin johtajalla on apunaan johtoryhmä.

Osavastuualueiden johdossa on johtava lääkäri, johtava ylihoitaja ja hallintojohtaja, jotka muodostavat osavastuualueen johtoryhmän.

### Historiaa

Suomen sairaalatoiminta alkoi Turussa 1756 ja on siitä jatkunut keskeytyksettä nykyyhetken. TYKS on toiseksi vanhin yhtäjaksoisesti toiminut pohjoismainen sairaala Kööpenhaminassa vähän aiemmin samana vuonna perustetun Rigshospitaletin jälkeen.

1756 Ruotsi-Suomen kuningas Aadolf Fredrik allekirjoitti Turun lasaretin (lääninsairaalan) perustamisasiakirjan.

1759 Turun lasaretin toiminta käynnistyi nykyisen Läntisen Rantakadun varrella.

1784 sairaala siirtyi nykyisen Sairasluoneenkadun ja Linnankadun kulmaan.

1881 sairaala siirtyi Turun Kiinamyllynmäelle.

1943 Turun lääninsairaala tuli yliopistollinen opetussairaala.

1958 nykyinen TYKS syntyi, kun Turun yliopistollinen keskussairaalaliitto perustettiin ja lääninsairaalan omistus siirtyi valtiolta kunnille.

1991 Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri perustettiin.

2001 TYKSin ja sairaanhoidopiirin hallinnot yhdistettiin.

# Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalat



## **TYKS kantasairaala**

Toiminta alkoi: 1759 (Turun lasaretti, perustaminen v. 1756; 1847 nimeksi Läänin yleinen sairaala; 1958 lääninsairaalaista tuli Turun yliopistollinen keskussairaalliliitto eli nykyinen TYKS)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 675  
Työntekijöitä (31.12.2002): 3679  
Toimintakulut (talousarvio 2003): 233 milj. euroa (mukana Paimion sairaala)



## **TYKS Paimion sairaala**

Toiminta alkoi: 1933 (Varsinais-Suomen tuberkuloosiparantola; 1971 nimeksi Paimion sairaala; 1987 liitettiin TYKSiin)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 146  
Työntekijöitä (31.12.2002): 322



## **TYKS Raision sairaala**

Toiminta alkoi: 1973 (Raision seudun sairaala; 1982 muutos Raision aluesairaalaksi; 2003 liitettiin TYKSiin)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 57  
Työntekijöitä (31.12.2002): 149  
Toimintakulut (TA 2003): 9 milj. euroa



## **Salon seudun sairaala / psykiatrian tulosyksikkö**

Toiminta alkoi: 1926 (Halikon piirimielisairaala; 1949 Halikon piirisairaalaksi; 1978 Halikon sairaalaksi; 1998 yhdistyi Salon aluesairaalan kanssa Salon seudun sairaalaksi)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 140  
Työntekijöitä (31.12.2002): 285



## **Salon seudun sairaala / aluesairaala**

Toiminta alkoi: 1935 (Salon seudun sairaala; 1958 nimeksi Salon aluesairaala; 1998 yhdistyi Halikon sairaalan kanssa Salon seudun sairaalaksi)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 154  
Työntekijöitä (31.12.2002): 395  
Toimintakulut (TA 2003): 38 milj. euroa (Salon seudun sairaala yhteensä)



## **Vakka-Suomen sairaala**

Toiminta alkoi: 1916 (Lounais-Suomen piirimielisairashoitola; 1936 nimeksi Uudenkaupungin piirimielisairaala; 1956 Vakka-Suomen piirisairaalaksi; 1978 Uudenkaupungin sairaalaksi. Somaattinen puoli alkoi 1936 Uudenkaupungin seudun sairaalana, josta potilaat siirrettiin 1971 aloittaneeseen Vakka-Suomen aluesairaalaan. 1994 nimeksi Vakka-Suomen sairaala, kun sairaalat yhdistyivät lopullisesti.)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 142  
Työntekijöitä (31.12.2002): 328  
Toimintakulut (TA 2003): 19 milj. euroa



## **Loimaan aluesairaala**

Toiminta alkoi: 1893 (Loimaan ja Alastaron kunnallisairaala; 1930-luvulla muutos Loimaan seudun sairaalaksi; 1958 Loimaan aluesairaalaksi)  
Sairaansijoja (1.1.2003): 152  
Työntekijöitä (31.12.2002): 360  
Toimintakulut (TA 2003): 21 milj. euroa



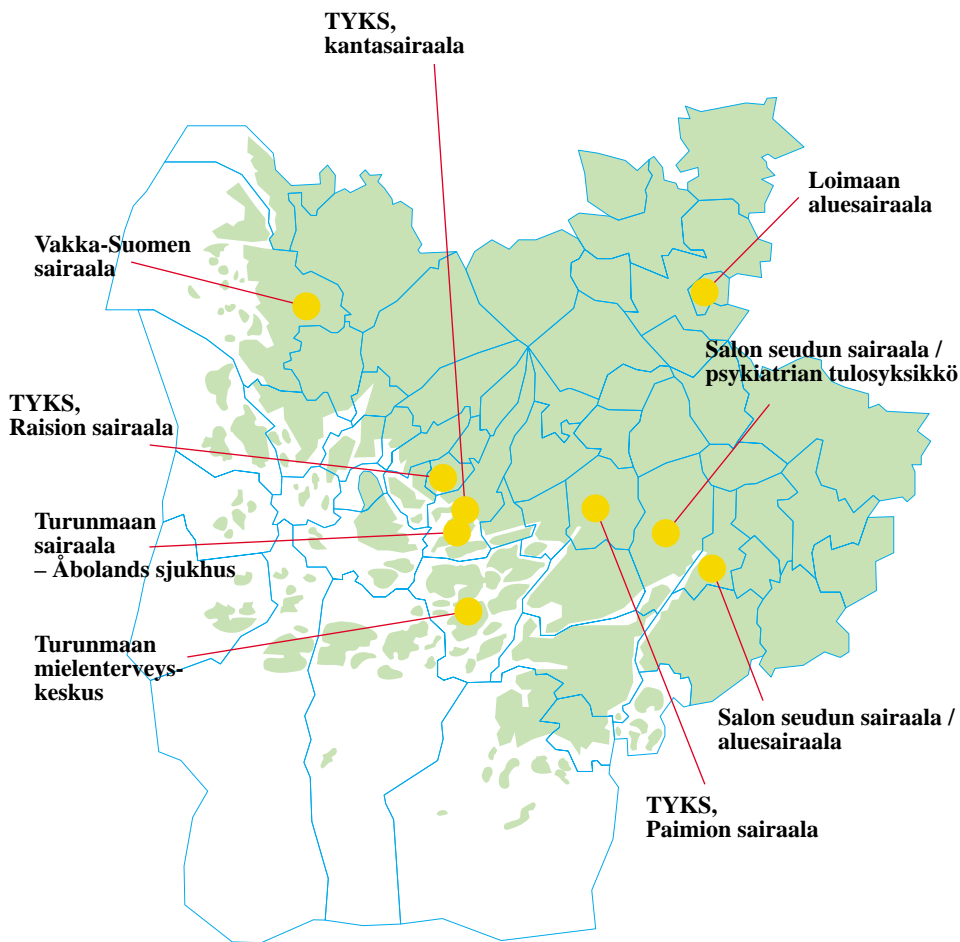
## **Turunmaan sairaala - Åbolands sjukhus**

Toiminta alkoi: 1951  
Sairaansijoja (1.1.2003): 72  
Työntekijöitä (31.12.2002): 148  
Toimintakulut (TA 2003): 9 milj. euroa



## Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

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



Varsinais-Suomen  
sairaanhoitopiiri  
Kiinamylynkatu 4-8,  
PL 52, 20521 Turku  
Puh. (02) 313 0000