

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lehti

Lasaretti

tidskrift för samkommunen för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt

4/joulukuu 2009



Joka hoidolla oma hintalappu

Tyks-Sapa lähtenyt liikkeelle suunnitelmien mukaan

Mediheli gör kort historia lång

Ensihoidon täysremontti tulossa

TEEMANA:
Erikoissairaan-
hoidon kustan-
nukset



Viestintävälineet ovat koko vuoden välittäneet kansalaisille toinen toistaan synkempiä talousuutisia; lomautuksia, konkurseja, toiminnan lopettamisia, voimakkaita supistamisia jne.

Pitkään jatkuneen hyvän taloudellisen jakson jälkeen pudotus on ollut äärimmäisen nopea ja jyrkkä. Osin sen vuoksi, että käänös alaspäin tapahtui niin nopeasti, on monen kansalaisen ollut vaikea uskoa

Toiminnan ja talouden ristiaallokossa

tilanteen vakavuutta ja ulottuvuutta.

Osan tästä kaikesta on saanut myös oma sairaanhoitopiirimme. Suurimman osan tuloistamme saamme palveluiden myynnistä

jäsenkunnillemme. Näiden tulojen osuus vuoden 2010 toimintatuotoistamme on talousarvioesityksessä 78 %.

Kuntien talous on kuitenkin kriisiytymässä. Kunnille vuodesta 2010 on tulossa haastava, mutta vuodesta 2011 odotetaan vielä tätäkin vaikeampaa mm. tuloverojen vähenemisen ja yhteisöverojen romahtamisen seurauksena.

Taloudellisessa lamassa veroa maksavien määrä alenee ja verotettavan ansiotulon määrä vähenee. Samanaikaisesti toimeentulotuen saajien määrä kasvaa, erilaisten sosiaalipalvelujen kysyntä lisääntyy ja sairaat ja vanhukset on hoidettava kuten hyvinäkin vuosina. Kuntien käytettävissä olevat tulot pienenevät, mutta palvelujen kysyntä kasvaa. Tässä ristiriitaisessa tilanteessa monet jäsenkuntamme ovatkin esittäneet, että erikoissairaanhoidon kustannukset eivät saisi vuonna 2010 absoluuttisesti nousta yhtään vuoden 2009 talousarvion tasosta.

Toive on ymmärrettävä, mutta käytännössä mahdoton toteuttaa. Erikoissairaanhoidon kustannuksista yli 60 prosenttia on henkilöstön palkka- ja sosiaalikulunnuksia. Vaikka talousarvioesitykseen on varattu vain vuoden 2010 tiedossa olevat, sopimuksiin perustuvat palkankorotukset, joista osa tuli voimaan jo 1.9.2009, on korotusten

kustannusvaikutus yli 7 miljoonaa euroa eli n. 3 % palkkasummasta.

Sairaanhoitopiiri on ottanut haasteen kuitenkin vastaan. Vuoden 2009 keväällä aloitettua talouden sopeuttamista jatketaan vuonna 2010. Tulevan vuoden tiedossa olevat palkankorotukset, toiminnan muutokset ja kiinteistöjen poistoaikojen lyhentäminen yhdessä merkitsevät yli 15 miljoonan euron lisäkustannusten painetta vuodelle 2010.

Jotta tämä kaikki ei "kaatuisi" kuntien harteille on toimintaa sopeutettava voimakkaasti vuonna 2010. Palveluiden ja materiaalin ostojen tulee vuonna 2010 säilyä vuoden 2009 talousarvion tasolla, henkilöstömenoja on sopeutettava kahdella prosentilla vuoden 2009 ennustetusta määrästä. Lisäksi sairaanhoitopiiri suunnittelee vuonna 2010 tekevänsä 4,3 miljoonan euron alijäämän.

Kustannusten kasvusta ei näilläkään keinoilla selvitä ilman jäsenkuntaosuuksien nostoa, mutta nostoprosentti on määritelty niin alhaiseksi kuin se on mahdollista. Piiri on esittänyt vuoden 2010 talousarviossaan 2,9 prosentin lisäystä jäsenkuntatuottoihin. Vuonna 2009 jäsenkuntien maksujen kasvu jää 1 %:iin, joka on maamme sairaanhoitopiirien alhaisin luku.

Miten tässä onnistutaan? Hoitoa tarvitsevat on hoidettava, vaikka maksajia ei olisi. Henkilöstömenoja on vähennettävä, mutta miten se tehdään, kun hoidettavia riittää? Kustannusten juustohöyläminen ei tuota tavoiteltavaa lopputulosta eikä se jatkuvana keinona ole järkevääkään.

Yhtä vastausta ei ole. Pärjätäksemme kansallisella tasolla erikoissairaanhoidon moni-ilmeisessä kilpailukentässä on meidän pystyttävä laadukkaaseen, kustannustehokkaaseen toimintaan sekä ydin- että tukitoiminnoissa. Meidän jokaisen panos näissä talkoissa on välttämätön.

Anne Lindqvist
talousjohtaja

Hela året har media förmedlat den ena allt dystrare ekonomiska nyheten efter den andra till medborgarna; permitteringar, konkurser, nedläggningar av verksamheten, kraftiga nedskärningar o.s.v.

Efter de långvariga goda konjunkturen har nedgången varit extremt snabb och brant. Delvis därför att vändningen nedåt skedde så fort har många medborgare haft svårt att fatta hur allvarligt och omfattande läget är.

Också vårt sjukvårdsdistrikt har fått känna av en del av allt detta. Vi får den största delen av våra inkomster från försäljning av tjänster till våra medlemskommuner. I budgetförslaget för år 2010 utgör de här inkomsterna 78 % av våra verksamhetsintäkter.

Kommunernas ekonomi håller i alla fall på att stramas åt. År 2010 kommer att utgöra en utmaning för kommunerna, men man väntar att år 2011 kommer att bli ännu svårare, bl.a. som en följd av att inkomstskatterna minskar och samfundsskatterna rasat.

Vid en ekonomisk depression minskar antalet skattebetalare och den beskattningsbara förvärvsinkomsten minskar. Samtidigt ökar det antal som erhåller utkomststöd,

I korselden mellan verksamhet och ekonomi

sjukvården år 2010 inte ens absolut skulle få stiga alls från nivån i budgeten för år 2009.

Önskemålet är förstärkt, men i praktiken omöjligt att förverkliga. Av den specialiserade sjukvårdens kostnader består över 60 % av personalens löne- och lönebikostnader. Även om man i budgetförslaget har berett sig på endast de avtalsenliga löneförhöjningar som man känner till år 2010, av vilka en del trädde i kraft redan den 1.9.2009, så är förhöjningarnas kostnadseffekt över 7 miljoner euro, d.v.s. ungefär 3 % av lönesumman.

Sjukvårdsdistriktet har dock antagit utmaningen. Den ekonomiska anpassning som påbörjades våren 2009 fortsätter år 2010. Sammanlagt betyder de löneförhöjningar som man känner till, förändringarna i verksamheten och den förkortade avskrivningstiden på fastigheterna att innebära ett extra kostnadstryck på över 15 miljoner euro år 2010.

För att allt detta inte skall påbörjas kommunerna måste verksamheten kraftigt anpassas år 2010. Köpen av tjänster och material skall år 2010 bibehållas på samma nivå som i budgeten för år 2009, personalutgifterna måste anpassas med två procent jämfört med prognosen för år 2009. Dessutom planerar sjukvårdsdistriktet år 2010 göra ett underskott på 4,3 miljoner euro.

Inte ens på det här sättet klarar man av kostnadsökningen utan att höja medlemskommunernas betalningsandelar, men förhöjningsprocenten har fastställts så lågt som det är möjligt. I sin budget för år 2010 har distriktet föreslagit en 2,9 procent ökning av intäkterna från medlemskommunerna. År 2009 stannar ökningen av medlemskommunernas avgifter vid 1 %, som är det lägsta för alla sjukvårdsdistrikt i vårt land.

Hur skall man lyckas med detta? De som behöver vård måste skötas, även om det inte skulle finnas betalare. Personalutgifterna måste minskas, men hur skall det gå till när det finns patienter att sköta? Att skära ned kostnaderna med osthyvel medför inte det resultat man strävar efter och som ett kontinuerligt medel är det inte heller förnuftigt.

Det finns inte något entydigt svar. För att klara oss på nationell nivå i den specialiserade sjukvårdens mångfacetterade tävlingsfält måste vi sträva till en kvalitativ, kostnadsmedveten verksamhet både inom kärn- och stödfunktionerna. I det här talkoarbetet är vars och ens insats nödvändig.

Anne Lindqvist
Ekonomidirektör

Sisältö

Toiminnan ja talouden ristiaallokossa	2
Hommat hallussa	4
Uusia vaihtoehtoja Paras-vaatimusten toteuttamiseksi	6
Yhteistyössä on voimaa	6
Mediheli gör kort historia lång.....	8
Ensihoidon täysremontti tulossa	10
Joka hoidolla oma hintalappu	12
”Kuntaviuhka” - erikoissairaanhoidon kustannusten vuosivaihtelu kunnan murheena	14
Erikoissairaanhoidon kulujen ja tuottojen kehityksestä vuosina 2003 - 2008	16
Terveystuho- ja lääkehoito- kustannuspaineiden keskellä - lääkehoito- laadusta ei silti pidä tinkiä	18
Tyks-Sapa lähtenyt liikkeelle suunnitelmien mukaan	19
Sairaala on kaiken ikäisille	20

TOIMITUSTIEDOT 2009

Lasaretti - Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tiedotuslehti sidosryhmille. Informationsblad för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts intressent-grupper. 9. vsk.

Julkaisija:

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, PL 52, 20521 Turku. Puh. (02) 313 000.
Päätoimittaja Aki Lindén (puh. 313 3601),
toimituspäällikkö Esa Halsinaho (puh. 313 1083).
Sähköpostit: etunimi.sukunimi@tyks.fi.

Toimituskunta: Aki Lindén (pj.), Esa Halsinaho, Anne Hedman, Hannele Heine, Päivi Nygren, Turkkä Tunturi, Maria Vuorenmäki.

Taitto ja toimituspalvelut: Sek Pro Oy.
Yhteyshenkilö Saila Ketonen, puh. (02) 630 6211,
sähköposti saila.ketonen@sekpro.fi.

Toimittajat: Matti Hyyppä ja Juha Syrjä.
Osoitteenmuutokset: Puh. (02) 313 1103,
sähköposti tiedotus@tyks.fi.

Painopaikka: Painoyhtymä Oy, Porvoo.
ISSN 1457-9057.

Pärbild: Efter ett uppdrag i Loimaa hoppar flygassistenten Juhani Tomminen ur helikoptern som återvänt till basen i Åbo.



Teksti: Juha Syrjä

Hommat hallussa

Hallituksen varapuheenjohtajat **Jaakko Ossa** ja **Jukka Kärkkäinen** kehuvat sairaanhoitopiirin rohkeita rakennuspäätöksiä ja listaavat koko joukon suuria haasteita.

– Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin uusi hallitus tuntuu asioihin paneutuvulta ja keskustelevalta. Totta kai hallituksen perusteellinen uudistuminen on mahdollistanut sen, että virkamiesten valta on saattanut hetkellisesti hiukan kasvaa, Jaakko Ossa sanoo.

– Pätevää porukkaa. Hallituksessa on sopivasti lääketieteen sekä muiden alojen edustajia, Jukka Kärkkäinen lisää.

Turun yliopiston finanssioikeuden professori Jaakko Ossa (kok) ja Vankeinhoitolaitoksen johtava ylilääkäri Jukka Kärkkäinen (vas) ovat kumpainenkin VSSHP:n viime keväänä uudistuneen hallituksen uusia jäseniä. Ossa on hallituksen ensimmäinen ja Kärkkäinen toinen varapuheenjohtaja. Tällä aukeamalla he kertovat ajatuksistaan sairaanhoitopiiriin nykytilasta ja tulevaisuudesta.

Löysyyttä ilmassa

– Olen seurannut kunnallispolitiikassa suurella mielenkiinnolla sairaanhoitopiirin toimintaa. Ihan uteliaisuudestani lähdin katsomaan sitä tarkemmin, sanoo Kaarinan kaupunginhallituksen ensimmäinen varapuheenjohtaja Jaakko Ossa.

Päätyökseen Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan finanssioikeuden professorina toimiva oikeustieteen tohtori on myös Joensuun yliopiston vero-oikeuden dosentti. Useita kirjoja julkaissut Ossa on tutkimustyössään keskittynyt sekä sijoitustoiminnan verotukseen että yritysverotukseen. Toimiipa hän myös veroasiantuntijana Asianajotoimisto Astrea Oy:ssä. Joten selvää on, että häntä kiinnostavat kovasti sairaanhoitopiiriin talousasiat.

– Ennen kaikkea minua kiinnostaa, miten taloutta hallinnoidaan noin suuressa organisa-

tiossa ja miten se ylipäätään on järjestetty. Sen mekanismin ymmärtäminen, mistä raha tulee ja miten se käytetään, ei ole aivan yksinkertainen juttu.

Ossan ensimmäiset vaikutelmat sairaanhoitopiiriin hallituksen työskentelystä ovat mielenkiintoiset.

– Minut on hieman yllättänyt tietynlainen löysyys. Monet vaativat kuntatalouden puolella tiukkaa menokuria ja tuovat sitä kautta kovia paineita sairaanhoitopiiriin. Mutta sitten kun kuntapäätäjät tulevat sairaanhoitopiiriin elimiin, homma helposti vähän löystyy. Kaipaamme nykyistä enemmän positiivista virkamiesten haastamista. Epäilemättä virkamiehet ovat hoitaneet työnsä hyvin, mutta ei heitä saa silti päästää liian helpolla.

Osaava henkilöstö ratkaisee

Entä millaiset ovat VSSHP:n lähiajan suurimmat haasteet?

– Totta kai ne liittyvät talouteen. Tärkein haaste on kuitenkin se, että ihmiset saavat sitä hoitoa, mitä he odottavat ja että hoito on vaikeuttavaa ja kustannustehokasta. Rahastahan pitää aina puhua, mutta tuo on kuitenkin kaik-

- Hoito on hyvää, mutta hoitojonojen lyhentäminen on jatkuva kehittämisen paikka, muistuttaa sairaanhoitopiirin 2. varapuheenjohtaja, turkulainen Jukka Kärkkäinen.

kein tärkein kysymys. Osaavan henkilöstön saatavuus ja ammattitaidon pitäminen korkealla tasolla on kaiken a ja o. Vaikka meillä olisi kuinka paljon rahaa, mutta emme saa tänne hyviä ihmisiä, mistään ei tule mitään. Aina on se vaara, että rahasta ja kustannussäästöistä puhuttaessa pääasia saattaa unohtua, Ossa painottaa.

Mitkä asiat sairaanhoitopiirissä ovat tällä hetkellä oikein hyvällä tolalla?

– Ainakin rakennushankkeet ovat hyvällä mallilla. Budjettilyityksiä tulee varmaan jonkin verran, mutta näillä hankkeilla pystymme järkipäätämään toimintaa. Yli 200 miljoonan euron rakennuspäätökset ovat vaatineet aikaan suurta rohkeutta, mutta ne ovat varmasti olleet viisaita päätöksiä.

Valppautta, kuntapäätäjät!

Jaakko Ossa edustaa VSSHP:n hallituksessa luonnollisesti omaa kotikaupunkiaan Kaarinaa, vaikka koko maakunnan asioita ajaakin.

– Totta kai virkamiehet keskustelevat keskenään, mutta myös luottamusmiesnäkökulman välittyminen on tärkeää. Niin Kaarinaa kuin kaikkia muitakin kuntia kiinnostavat laskutusperusteiden läpinäkyvyys ja ennakoitavuus. Ja kyllähän sekin on selvää, että jossain vaiheessa hallituksessa nousee esille myös suuri Turku vastaan pienet kunnat -asetelma. Niin se vain on, että ylivoimaisesti suurin kaupunki pystyy halutessaan sanelemaan vahvasti.

Ossan viesti kuntapäätäjille on selkeä:

– Kuntien pitää koko ajan vaatia tiukkaa taloutta ja toiminnan tehostamista. Kuntaneuvotteluissa on oltava aktiivinen ja pidettävä omia puoliaan. Ellei omistajilta tule riittävä painetta, monessa organisaatiossa homma löystyy. Kuntien päättäjien pitää olla riittävän kiinnostuneita tästä yhteisestä asiastamme.

Lopuksi suorasanainen Jaakko Ossa viskaa suorat sanat siitä, millainen hallituksen pitäisi hänen mielestään olla.

– Rehellisesti sanoen sairaanhoitopiirillä pitäisi olla ammattihallitus eikä poliitikoista koostuva! Ymmärrän, että omistajaohjaus pitää olla, mutta VSSHP on niin iso organisaatio, että se vaatisi minun mielestäni ammattihallituksen, Jaakko Ossa sanoo.

Priorisointi on positiivinen juttu

Turkulaisen kaupunginvaltuutetun Jukka Kärkkäisen mielenkiintoa sairaanhoitopiirin kehittämistä kohtaan ei tarvitse juuri kummastella. Vuoden lopulla Vankeinhoitolaitoksen johtavan ylilääkärin tehtävästä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen yksikönpäälliköksi siirtyvällä Kärkkäisellä on

pitkä ja monipuolinen terveydenhuollon kokemus.

– Valmistuin lääkäriksi noin 30 vuotta sitten. Olen aina ollut hyvin kiinnostunut terveydenhuollon hallinnosta, rakenteista ja ennen kaikkea sen kehittamisestä. Tätä kaikkea voin hyödyntää tässä hallitustyössä, sanoo psykiatri ja lääketieteen tohtori, joka on myös oikeustieteen kandidaatti.

– Hallituksen tehtävä on olla strateginen elin, joka päätöksillään ohjaa sairaanhoitopiirin strategian toteutumista. Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittäminen on lähellä sydäntäni. Väitöskirjatyönikin käsitteli aikoinaan psykiatrian hallintojärjestelmiä. Sen mukaan, mitä niitä asioita hallitukselle tulee, mielelläni niihin vaikutan.

– Ennen kaikkea haluan olla mukana kehittämässä varsinaissuomalaisten erikoissairaanhoidon palveluja – niin että ne olisivat entistäkin korkealaatuisempia ja nykyistä helpommin saatavilla, Kärkkäinen tiivistää.

– Priorisointikysymys koetaan useimmiten negatiivisena. Minun mielestäni priorisointi on positiivinen asia; sehän tarkoittaa käytännössä olemassa olevien resurssien käyttämistä nykyistä paremmin väestön hyödyksi. Tekemällä oikeita valintoja saadaan parempi hyöty koko väestölle. Kun rahat käytetään tehokkaammin ja kohdennetaan vaikuttaviin hoitoihin, ihmiset saavat parempaa hoitoa.

Haastetta haasteen perään

– Talouden hyvä hallinta on luonnollisesti jatkuva haaste. Kulujen kasvua pitää hillitä, ja sairaanhoitopiirin talouden on kuljettava yhtä jalkaa kuntien talouden kanssa. Toinen haaste liittyy rekrytointiin ja jylpäänsä henkilökunnan laatuun. Miten pystymme huolehtimaan siitä, että ihmisten osaaminen kehittyy ja

saamme tulevaisuudessakin rekrytoitua hyviä ammattilaisia? Haasteena on säilyttää piirin maine hyvänä työpaikkana, jossa huolehditaan työntekijöiden hyvinvoinnista ja maksetaan myös kilpailukykyistä palkkaa.

– Kolmas haaste on hoitokäytäntöjen ja toimintatapojen uudistaminen. Meidän on koko ajan pohdittava, miten saamme piirin koko budjetin käytettyä mahdollisimman hyödyllisesti ihmisten hyväksi. Tässä tulemme taas priorisointikysymyksiin.

Talous on hoidettu hyvin

Entä mitkä asiat on Jukka Kärkkäisen mielestä hoidettu sairaanhoitopiirissä esimerkiksi?

– Taloutta on hoidettu hyvin, siitä on valtakunnallistakin vertailutietoa. Ensi vuoden budjettiesitys on laadittu tarkan euron periaatteella yhteistyössä jäsenkuntien kanssa. Mielestäni sairaanhoitopiirillä on hyvä vuorovaikutus kuntien kanssa. Lisäksi rakennuskantaa parannetaan hyvin suunnitelmallisesti. Uudet, toimivat tilat tehostavat osaltaan rahankäyttöä; palvelut saadaan toimimaan tehokkaammin ja rahaa säästyy. Menehän niihin satoja miljoonia, mutta pitkäjänteinen uudisrakentaminen ja suunnittelu palvelevat hyvää hoitoa.

– Klinikoilla tehdään yleisesti ottaen hyvää ja laadukasta työtä. Kun potilas pääsee hoitoon, hän saa hyvää hoitoa. Mutta hoitojonojen pituudet ovat joillakin alueilla ongelmana. Tässäkin asiassa VSSHP toimii toki keskiarvoa paremmin ja hoitotakuusäädöksiä on toteutettu valtakunnallisessa vertailussa ihan hyvin. Pitää kuitenkin muistaa, että hoitotakuuajat ovat perälautakojoja. Hoitojonojen lyhentäminen on jatkuva kehittämisen paikka, Jukka Kärkkäinen muistuttaa.

VSSHP:n hallituksen 1. varapuheenjohtaja Jaakko Ossa Kaarinasta toivoo, että kuntapäätäjät olisivat aidosti kiinnostuneita kuntien yhteisen sairaanhoitopiirin kehittamisestä.



Uusia vaihtoehtoja Paras-vaatimusten toteuttamiseksi

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta eli Paras-laki edellyttää kunta- ja palvelurakenteen muutosten olevan valmiita viimeistään vuoden 2013 alussa. Perusterveydenhuollossa vaatimuksena on muun muassa terveyskeskuskuntayhtymien 20 000 asukkaan vähimmäisväestöpohja.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella vailla kumppania ovat Somero, Pöytyä ja Aura sekä Paimio ja Sauvo, joilla on tällä hetkellä yhteinen tk-kuntayhtymä. Masku, Mynämäki ja Nousiainen pohtivat vielä ratkaisuja. Samoin Härkätien terveyskeskuksen kunnat Lieto, Tarvasjoki, Marttila ja Koski ovat vielä suunnitteluvaiheessa. Uusikaupunki, Pyhäranta, Kustavi, Taivassalo ja Vehmaa ovat ”löytämässä” toisensa, mutta Laitilan osalta tilanne on vielä auki.

Uusia ratkaisuja

Yksi esimerkki uusista ratkaisuista on Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin KYS-TERI-liikelaitos, jonka avulla alueen 8 kuntaa järjestävät perusterveydenhuollon, vanhusten laitoshoidon ja päihdehuollon palvelut Paras-hankkeen vaatimusten mukaisesti. Ratkaisusta kertoo Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin johtaja **Matti Pulkkinen**.

– Tämänkaltaisenkin ratkaisu on Paras-lain mukainen. Sairaanhoitopiirin 23 kuntaa ovat hyväksyneet tarvittavan perussopimuksemme muutoksen ja liikelaitokseen kuuluvat kunnat ovat liittymispäätöksensä tehneet. Toimeenpanoprojektit ovat alkaneet. KYSTERI-liikelaitos aloittaa toimintansa vuoden 2011 alussa.

Aloite kunnilta

– Asia lähti liikkeelle, kun alueellemme jäi ”irtonaisia” kuntia, jotka eivät löytäneet Paras-lain edellyttämiä kumppaneita, kertoo Matti Pulkkinen.

– Kunnat ottivat yhteyttä sairaanhoitopiiriin, ja asiaa lähdettiin valmistelemaan. Työssä oli mukana myös Savon liitto. Lopulta päädyttiin nyt hyväksytyyn liikelaitosmalliin. Mukana olevissa kunnissa on yhteensä noin 34 000 asukasta.

Leppävirran vt. kunnanjohtaja **Paula Tiihonen** arvioi ratkaisun syntyneen nopeasti ja kivuttomasti.

– Prosessin aikana kaikille selvisi nopeasti, että tämä ratkaisu olisi meille lopulta ainoa mahdollinen. Se takaa toiminnan tehokkuuden ja edullisuuden niin hyvin kuin ne nyt yleensä voidaan taata.

Pohdittavaa

– Yksi tärkeistä ratkaistavista kysymyksistä oli kunnallisen demokratian toteutuminen sairaanhoitopiirin liikelaitoksessa. Päädyimme kuntien perustamaan poliittiselta pohjalta valittavaan tilaajaelimeen, jossa kunnat päättävät, millaisia palveluja ne haluavat ostaa. Kuntapäätäjät pääsevät siten omistajaohjauksen kautta vaikuttamaan ratkaisuihin, lupaa Matti Pulkkinen.

– Pisimmät pohdinnat aiheutti kuntiin jäävät palvelut. Jaoimme palvelut alueellisiin, seudullisiin sekä lähipalveluihin. Lähipalvelut tarjotaan joka kunnassa, seudulliset palvelut neljässä toimipisteessä ja alueelliset palvelut, kuten tukipalvelut, yhdessä pisteessä.



Teksti ja kuvat: Matti Hyypä

Yhteisty

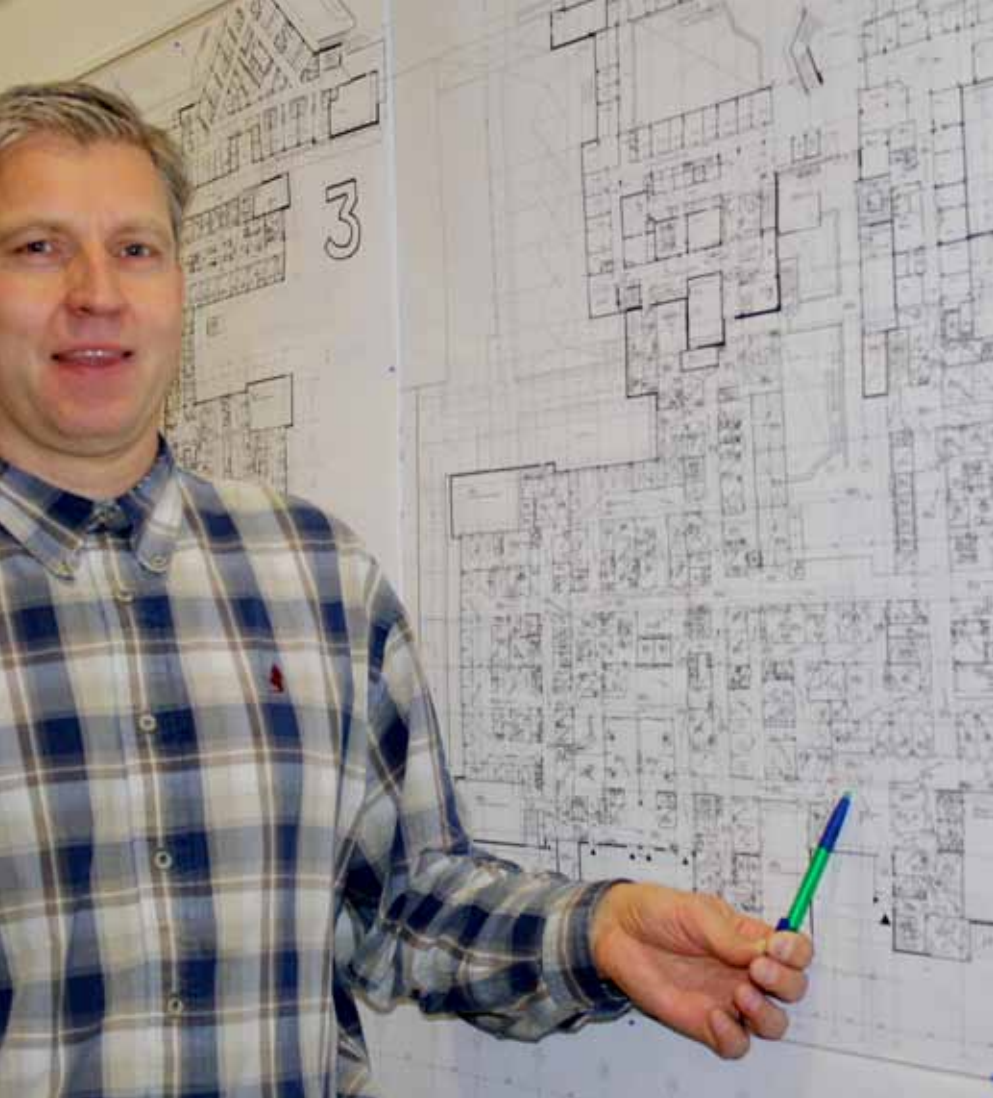
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin logistiikkakeskuksen varastotilat neliömäärältään noin kolmanneksen

Logistiikkakeskuksen toiminta laajenee lähikuukausina siten, että sairaalat tulevat omien alueidensa terveyskeskusten kanssa porrastetusti palvelujen käyttäjiksi. Kun Salon aluesairaala ja sen alueen terveyskeskukset ottavat viimeisinä ensi vuoden helmikuussa palvelut käyttöönsä, on logistiikkakeskuksen peitto yli 85 prosenttia koko sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, yleis- ja laboratoriotarvikkeista.

Edullisuus tekee houkuttelevaksi

– Logistiikkakeskuksemme palvelujen käyttö on sopimusperusteista, korostaa VSSHP:n materiaalipäällikkö **Outi Kalske**.

– Toimintamme tavoitteena sekä logistiikkakeskuksessa että hankintapuolessa on toimintaa keskittämällä vähentää kustannuksia. Isoilla ostomäärillä tarvikkeet saadaan edullisemmin. Kokenut hankintaorganisaatio osaa ostaa oikeita tarvikkeita määrättyyn tarpeeseen. Henkilötyön määrä suoritetta kohti vähenee. Pienistä ja



Eero Kitinoja



Outi Kalske

Voimassa on voimaa

Terveystieteiden keskus Turun Biolinjalla on otettu käyttöön. Noin 4 700 neliön keskus vähentää sairaanhoitopiiriin, mutta lisää kuutiomäärän yli kaksinkertaiseksi.

epäkäytännöllisistä varastotiloista päästään eroon. Uusi tavaravirtojen ohjausjärjestelmä saadaan käyttöön, samalla päästään eroon vanhentuneista tietojärjestelmistä. Myös epävarmalla pohjalla toimineet yhden henkilön tai jopa muiden töiden ohessa hoidetut varastot jäävät historiaan. Kun listaan lisätään ostojen/varastoinnin sekä jakelujen optimointi, uskon yksikkökustannusten vähenevän merkittävästi. Vähittäiskaupan isot keskusliikkeet ovat pystyneet vastaavilla järjestelyillä pudottamaan logistiikkakustannuksiaan jopa 50–60 prosenttia. Samalla tavaroiden kiertonopeuden lisääntyminen on vähentänyt niiden pääomakustannuksia merkittävästi.

– Toiminnan päästessä ensi vuonna täyteen vauhtiin työskentelee logistiikkakeskuksessa noin 30 henkilöä ja hankintapuolella 12. Pyrimme siihen, että kustakin hankinnasta tietää ainakin kaksi henkilöä. Tavoitteenamme on tavaroiden ostaminen järkevissä erissä sekä tavarantoimittajien määrän vähentäminen nykyisestä noin kolmesta ja puolesta sadasta merkittävästi

noin sataan. Tavoitteeseen päästään rinnakkais- tuotteiden määrää vähentämällä ja sopimuksia keskittämällä. Pidämme koko ajan silti terveen kilpailun edellytyksiä yllä. Siksi pienetkin tavarantoimittajat ovat meille edelleen tärkeitä.

Muut palvelut

– Asiakkaamme voivat halutessaan itse noutaa tarvikkeensa logistiikkakeskuksestamme. He voivat myös tilata meiltä kuljetuksen omaan terminaali-varastoonsa tai sovitulla aikarytmillä osastoille. tarvittaessa toimitamme tavarat jopa hyllyihin asti. Lisäarvopalvelua teemme tuntiveloituksena ja siihen kuuluvat myös tavaroiden tarvemääritykset ja jopa tilaukset. Toimimme kaikilla tasoilla omakustannushintaan ja saavutettavat edut jaamme kaikkien toimijoiden kesken, muistuttaa Outi Kalske.

Yhteispäivystyksen alkuun vain vähän yli kaksi vuotta

T-sairaalan laajennuksen valmistuessa 2012

toimintansa aloittaa myös Turun seudun yhteispäivystys, jonka toiminnan tuloksia odotetaan innolla paitsi meillä Varsinais-Suomessa myös muualla maassa. Suomessa yhdistetään ensimmäisen kerran tässä mittakaavassa erikoissairaanhoidon ensiavun ja perusterveydenhuollon päivystysten toiminnot. Yhteispäivystyksen projektipäällikkö Eero Kitinoja kertoo hankkeen valtavan laajuuden alkavan hahmottua hänellekin kokonaisuutena vasta nyt.

– Yhteispäivystyksen potilashoidon tilat ovat T-sairaalassa noin 4 000 neliometriä. Vertailun vuoksi Turun terveystieteiden keskuksen päivystyksen tilat ovat tällä hetkellä noin 850 ja TYKSin ensiavun noin 950 neliötä.

– Yhteispäivystyksen arvioidaan hoitavan noin 120 000 potilaskäyntiä vuodessa. Sairaanhoitopiirin alueen terveystieteiden keskuksessa tekevät itsenäisesti päätökset siitä, missä laajuudessa ne siirtävät päivystyksensä yhteispäivystykseen. Tällä hetkellä on jo tiedossa, että Loimaan ja Salon aluesairaaloissa sekä TYKS Vakka-Suomen sairaalassa Uudessakaupungissa tulee säilymään alueellinen yhteispäivystyspiste.

– Yhteispäivystyksen toiminnallinen suunnittelu alkoi tämän vuoden tammikuussa. Työ on edennyt tähän mennessä hyvin ja suunnitelmien pitäisi olla valmiita ensi vuoden loppuun mennessä. Siten vuosi 2011 voitaisiin käyttää henkilöstön koulutukseen. Yhteispäivystyksen henkilöstön lukumäärän pitäisi olla selvillä tämän vuoden loppuun mennessä, arvioi Eero Kitinoja.

– Ensihoito, yhteispäivystys (yksi organisaatio, yksi henkilöstö, yksi ovi), potilaan hoidon tarpeen arviointi, päivystysosastot, hoitolinjan osastot, terveystieteiden keskus tai kotiutus sekä terveystieteiden keskuksen, sairaaloiden ja TYKSin yhteistyö. Näitä asioita käsitellään vielä monta kertaa ennen vuoden 2012 H-hetkeä.

Text och bild: Mathias Luther

Mediheli gör kort historia lång

- Medihelis uppgift är att föra läkarens sakkunskap till ort och ställe, säger besättningsmedlemmen **Juha Taaveli**. Det är ofta lättare sagt än gjort.

När en besättning förklarar för en besökargrupp hur läkarhelikoptern fungerar i praktiken tar det ett par timmar. Lägg till en jämförelse med gränsbevakningens verksamhet, en medicinsk granskning och en frågestund och det tar två-tre timmar till.

Mediheli är den inhemska versionen av Läkare utan gränser. Gränser mellan mark och vatten, mellan kommun och kommun, landskap och landskap förlorar sin betydelse.

Men en helikopter är egentligen ett mycket oekonomiskt sätt att röra sig, säger piloten **Hannu Elomaa**.

- Vår maskin har två motorer med 700 hästar och den går ändå bara 220 kilometer i timmen. En motorcykel med hundra hästar går lika fort.

- Men å andra sidan finns det inga kurvor där uppe.

Och som sagt inga stränder. Men ju mera man lyssnar på det här teamet förstår man att det inte är helt bekymmerslöst att sväva iväg ut och göra hjältedåd.

Svåra val

Sanna Hoppu har jobbat som Mediheliläkare i fem år. Hon gör det vid sidan om sitt arbete som lärare vid Tammerfors universitet.

Mediheli flyger med en pilot, en flygassistent och en läkare.

- Var och en har sin speciella uppgift och kunskap som behövs för uppdraget, säger Hoppu.

Ett uppdrag är en serie beslut som kan vara mycket svåra eftersom det gäller liv och död. Ibland - ganska ofta - behövs läkarhelikoptern på mera än ett ställe samtidigt.

Det är läkaren som beslutar om vart man flyger. Men inte ensam.

- Jag kan tycka att vi skall prioritera en barnpatient, men då kanske assistenten påpekar att barnet finns mitt i stan fem minuter från sjukhuset.

- Jag kan tycka att vi skall åka ut till trafikolyckan där vi sannolikt kan vara till hjälp men piloten kan påpeka att bränslet inte räcker, eller att vi kommer att möta mörker och dimma.

Båda är allvarliga problem. Flygning är noga reglerad och övervakad verksamhet. Mediheli får inte flyga i mörker om sikten är begränsad. Det betyder också att man inte får starta om sikten väntas bli begränsad.

Bränslebrist avbryter inte bara en färd utan också en pilots karriär.

- Om man flyger tanken tom är licensen borta, och så har Mediheli en pilot mindre, konstaterar Elomaa torrt.

Problemet accentueras av att utrustningen väger så mycket att man inte kan ta bränsletanken alldeles full.

Inga gulnåbbar

Medihelis flygningar är annorlunda än de flesta andra slag av luftfart, säger Sanna Hoppu.

- Landningen är alltid en improvisation. Det behövs skickliga piloter som klarar av det utan att utsätta oss för onödiga risker men som också förstår vilka risker man kan ta.

Utmärkande för Mediheli är att alla är erfarna yrkesmänniskor redan från början, säger Hoppu.

- Hit kommer läkaren inte för att öva att sätta dropp eller att intubera. Det skall man

redan kunna.

Av piloterna krävs tusen timmars flygerfarenhet. Det motsvarar tio år vid Mediheli. Gränsbevakningens piloter flyger mera, 200-300 timmar per år. Flera piloter kommer därifrån eller från privata flygbolag.

Erfarenheten gör att man hanterar helikoptern intuitivt.

- Som att cykla, när man har lärt sig, säger Elomaa.

Håll i lakanet

Vid inflygningen skall man hålla utkik inte bara efter el- och telefonledningar och höga träd utan också välmenande mottagare, barn, bilar och lösa föremål på marken.

- Folk kan tycka att de har hittat en perfekt plats för oss att landa men piloten kanske ser att han där skulle blåsa in ett trädgårdsmöblemang i vardagsrummet eller sandblästra den parkerade bilen, säger Hoppu.

- Då landar vi hellre femtio meter längre bort om vi tror att det inte är någon skillnad för patienten.

Att hitta landningsplats kan vara speciellt svårt där det behövs allra bäst som på holmar. Där finns inte några bilar så där finns inte några parkeringsplatser heller.

Hoppu berättar hur man en gång kom till en holme där det bara fanns en enda glänta innanför en klippig udde. Felet var bara att allt folk på holmen hade ställt sig på klippan för att visa helikoptern vägen.

- Vi skulle ha blåst dem alla i sjön, säger Hoppu.

Man försökte kontakta folket via telefon och nödcentralen, men ingen svarade. Mobiltelefonerna hörde de inte.



– Vi fick göra flera inflygningar innan de förstod vinken och vi kunde landa, säger Hoppu.

Historien fick ett lyckligt slut, pojken som blivit ormbiten repade sig.

Många gånger ser också husen förvillande lika ut från luften.

– Ett gott råd är att vifta med en ficklampan, det ser vi, säger Hoppu.

Eller med ett vitt lakan. Men det skall man inte släppa.

– Ibland slänger folk glatt ut lakanet på landningsplatsen. Men då kan vi inte landa där, det flyger upp emot oss, säger piloten Elo-maa.

Konsulten ombord

Flygassistentens jobb är kanske det mest okända.

– När folk frågar brukar jag säga att jag är konsult för piloter och läkare. Om de inte vet något så frågar de mig, säger Juha Taaveli.

Assistenterna är utbildade till brandmän

men deras yrkesbild har förändrats drastiskt under de senaste åren. Man tar nu i bruk yrkesbeteckningen HEMS Crew Member (HCM, HEMS står för Helicopter Emergency Medical Service).

– Vi blir allt mera som styrmän, fast utan spakar, säger Taaveli.

Assistenten skall bland annat lära sig att starta autopiloten, att reagera på ett motorstopp eller på en brand ombord. Assistenten är också den som navigerar, vilket trots GPS-system inte alltid är enkelt.

Vid målet sitter inte piloten eller assistenten sysslolösa heller. Assistenten kan till exempel hjälpa läkaren att få fram behövliga mediciner och instrument och kan enligt läkares anvisningar fylla sprutor färdigt.

– Jag brukar också låta assistenten vara den som tar en överblick över läget, vilket jag inte hinner med då jag sköter en patient, säger Hoppu.

Assistenten kan kolla hur många inblandade och skadade det egentligen finns på en

olycksplats, han kan dirigera trafiken och notera vilka ögonvittnen det finns. Brandmannautbildningen behövs då det gäller att få fram offer vid bränder och ur bilvrak.

Piloten kunde i princip bara sitta och vänta, men gör det sällan.

– Han kan till exempel vara den som tar hand om de anhöriga och håller dem a jour med vad som händer, säger Hoppu.

– Om vi kommer först till platsen som vi ofta gör så behövs ofta hans händer också för återupplivning. Det goda med honom är att han har sett så mycket medicin att han inte svimmar.

Att jobba på Mediheli kräver erfarenhet och ger upplevelser.

– Det här är ett läkarjobb som är tacksamt på det gamla sättet. Man har ibland en känsla av att man verkligen kan hjälpa sina patienter, säger Sanna Hoppu anspråkslöst.

Teksti: Juha Syrjä

Ensihoidon täysremontti tulossa

Ensihoitopalveluiden kokonaisuus ei ole nyt kenenkään näpeissä, sanovat riskianalyyysin tehnyt konsultti **Jukka Pappinen** ja VEKSUn projektipäällikkö **Pauli Kamsula**.

– Tulevaisuudessa ensihoidosta vastaa sairaanhoitopiirivetoinen alueellinen järjestäjätaho. Meillä on oma ensihoidon organisaatio, joka koordinoi toimintaa. Maakunta on jaettu myös vähän pienempiin kokonaisuuksiin, jotta eri alueiden erityisolosuhteet pystytään huomioimaan.

Siinä lyhyesti VEKSUn projektipäällikön Pauli Kamsulan visio siitä, miten ensihoito-

palvelut on Varsinais-Suomessa hoidettu muutamien vuosien kuluttua. VEKSU taas on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelun kokonaisuudistuksen suunnitteluprojekti, joka alkoi viime helmikuussa. Kunnianhimoisen hankkeen tavoitteena on suunnitella sairaanhoitopiirivetoinen, tasa-arvoinen, laadukas ja kustannustehokas ensihoitopalvelujärjestelmä VSSHP:n alueelle.

– Edelleen toivon, että meillä on ensihoidon kenttäjohto. Poliisilla ja pelastustoimella on omat kenttäjohtajansa, ensihoidolla ei sellaista virallisesti ole. Yleensäkin koko toiminnan pitäisi olla nykyistä paremmin koordinoitua ja ohjattua. Toimivan tilastointi- ja seuranta järjestelmän avulla toimintaa voitaisiin kehittää ja valvoa.

– Nythän tilanne on se, että millään taholla ei ole kokonaiskuvaa ja -vastuuta ensihoitopalvelun organisoinnista, valvonnasta, kehittämisestä ja kustannuksista. Toivon myös, että uuteen terveydenhuoltolakiin tulisi mahdollisimman selkeät säädökset, joita soveltajienkin on helppo tulkita, Pauli Kamsula sanoo.

Arvokeskustelun paikka

Ensihoidon kokonaisuudistus kulkee rinnan terveydenhuoltolain uudistuksen kanssa. Näillä näkymin maan hallitus antaa esityksensä uudesta laista eduskunnalle kevättalvella, ja uusi laki astunee portaittain voimaan aikaisintaan vuoden 2011 alussa. Valmisteilla olevassa terveydenhuoltolaisessa ensihoidon ja varautumisen järjestämis-



Teksti: Esa Halsinaho

Joka hoidolla oma hintalappu

Sairaanhoidon kustannuksista keskustellaan paljon. Usein puhutaan sairaanhoitopiirin ”maksuosuuksista” tai ”menoeristä”. Valitetaan, että ”sairaanhoitopiiri vie meidän (kunnan) kaikki rahat”. Ja kuitenkin on kyse palveluiden myynnistä ja ostamisesta. Sairaanhoitopiiri tarjoaa kansalaisten tarvitsemia tutkimus- ja hoitopalveluita, jotka kunnat maksavat hinnaston mukaista laskua vastaan. Samalla tavalla kunnat maksavat myös yksityisiltä ostamansa palvelut. Kaikilla on omat, sovitut hintansa.

Käytännön syistä on sovittu, että sairaanhoitopiiri laskuttaa jäsenkuntiaan vuoden mittaan kerran kuukaudessa lähetettävällä tasaerälaskulla, joka on 1/12-osa kyseisen kunnan etukäteen arvioituista vuosioistoista. Sairaanhoitopiiri lähettää kullekin kunnalle myös erittelyn jokaisen kuukauden aikana kunnan asukkailla tuottamista palveluista. Näin kunnat pysyvät perille erikoissairaanhoidon menoistaan. Vuoden loputtua tehdään tasaaslasku, jossa kunta saa joko hyvityksen tai lisälaskun, palveluiden toteutuneen käytön mukaan.

Hinnat vastaavat kustannuksia

Lain mukaan sairaanhoitopiirin on perittävä palveluistaan niiden kustannuksia vastaava hinta. Tämä on hinnoittelun lähtökohta.

Taluspäällikkö **Alpo Rajaniemen** mukaan hintojen omakustannusvastaavuus on tärkeää ja koko sairaanhoitopiirin tasolla hinnat vastaavatkin varsin hyvin kustannuksia. Tilinpäätöspoikkeamat ovat yleensä enintään prosentin parin luokkaa. Poikkeamiin vaikuttavat toki muutkin tekijät kuin tuotehinnat.

- Piiritason tarkkuuteen ei aina päästä tuloksikkö- tai tuotetasolla, mutta hinnoittelun kustannusvastaavuutta on onnistuttu koko ajan parantamaan.

- Laki sallisi kuntalaskutuksen toteuttamisen nykyistä karkeammallakin tasolla ja yksinkertaistamisen mahdollisuutta on jo useaan otteeseen pohdittu. Tuotekohtaisessa kustannuslaskennassa ei kuitenkaan kannata

ta tinkiä ja maksavien jäsenkuntien tulee sen tason kustannustietoa aina myös saada, olipa varsinainen kuntalaskutuksen malli mikä tahansa, Rajaniemi toteaa.

Hinnaston laatiminen alkaa keväällä

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri julkaisee joka vuosi uuden hinnaston, jonka laatiminen alkaa jo keväällä. Piirin 260-sivuisessa palveluhinnastossa on noin 6.000 hintaa.

Taloustoimiston suunnittelija **Janne Aaltonen** on tehnyt taustatyötä vuoden 2010 hintojen määrittelemiseksi viime helmikuusta lähtien.

- Työ alkaa siitä, että tuotamme jokaiselle klinikalle kokonaiskustannuslaskennan. Siinä otetaan huomioon palkat, ostettavat palvelut, lääkkeet, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, tarvikkeet, tilojen vuokrat, siivous, sähkö, lämmitys, vesi ja monet muut. Pääomakulutkin lasketaan. Monilla kustannuspaikoilla on myös vähennettäviä myyntituloja, jotka huomioidaan laskennassa, Aaltonen kertoo.

Kustannustason noustessa hintoja ei yksioikoisesti koroteta kautta linjan tehtävillä samansuuruisilla prosenteilla. Kustannuslaskennalla pyritään aidosti seuraamaan toimenpidetason tarkkuudella syntyviä todellisia menoja ja muodostamaan mahdollisimman oikea hinta.

Usein osastonhoitajat ovat alueensa parhaita asiantuntijoita, siksi heillä on merkittävä rooli kustannusten kohdistamisessa suoritteille.

Kustannuslaskennan laajuutta kuvaa se, että sairaanhoitopiirillä on 487 kustannuspaikkaa ja 471 kirjanpidon tiliä. Aaltonen laskee, että niistä saadaan noin 230.000 erilaista lukuyhdistelmää. Kustannuspaikoille lasketut nettokustannukset yhdistetään tuloksikkötasolle, joita piirissä on kuutisenkymmentä.

Kustannustietous tarkentaa hintoja

- Käytännössä erikoisalakohtainen hinnoittelu perustuu neljään muuttuvaan tekijään, eli kuluvan vuoden ennustettuun kuntalaskutukseen ja suoritteisiin sekä tulevan vuoden tuotantosuunnitelman kuntalaskutukseen ja suoritteisiin, Aaltonen selvittää. Suoritteet ovat poliklinikakäyntejä ja vuodeosastojen hoitajaksoja.

Mikä sitten voi tehdä hinnoittelusta erityisen vaikeaa?

- Toimenpiteelle tai tutkimukselle on vaikea muodostaa hintaa, jos siitä ei ole kunnan tilastoa. Esimerkiksi vaikkapa korvasiirteiden hinnoittelu on haastavaa niihin liittyvien henkilöstökustannusten kohdistamisvaikeuksien takia, Aaltonen kertoo. Korvasiirteet on hinnoiteltu kolmeen luokkaan, joiden hinnat ovat 2.850, 3.540 ja 4.965 euroa.

Entäpä kuinka suuri työmäärä hintojen muodostamiseen tarvitaan?

- Esimerkiksi kirurgian ja ortopedian aloilla on yhteensä 1.085 hinnoiteltua leikkaustoimenpidettä. Niiden muodostamiseen arvioin kuluneen yhteensä noin kymmenen henkilötyöpäivää, joka sisältää myös klini-

koiden henkilöstön työpanoksen, Aaltonen sanoo.

Kolmannes laskutetaan DRG-hinnoilla

Kuluneen vuosikymmenen aikana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on yhtenäistänyt hintojaan hoitopaketeiksi, joita kutsutaan DRG-tuotteiksi (Diagnostig Related Groups). Tällä hetkellä niitä sovelletaan somaattisessa vuodeosastohoidossa ja päiväkirurgiassa, mutta ei muussa avohoidossa eikä psykiatriassa. DRG-tuotteistus perustuu Pohjoismaiden tasolla yhdenmukaiseen DRG-ryhmittelyyn (Nord-DRG).

DRG-tuotteita on paljon vähemmän kuin yksittäisiä toimenpiteitä. Vuoden 2009 hinnasto luettelee 749 DRG-tuotetta, joista 458 koskee TYKS:ää. Niistä koostuvat laskut kartuttavat kuitenkin jo runsaan kolmanneksen sairaaloiden kaikista tuloista.

Laskentasihteeri Vesa Lamminen hinnoittelee sairaanhoitopiirin DRG-tuotteet. Niiden hinta sisältää kaikki potilaalle suoritettavat hoitotoimenpiteet ja niiden kustannukset - syntyvät nämä

sitten hoitopäivistä, avohoitokäynneistä, toimenpiteistä tai tutkimuksista.

Lamminen kertoo, että DRG-tuotteen hinta lasketaan potilaskohtaisten kustannusten keskiarvona. Koska potilaskohtaiset kustannukset voivat DRG-ryhmässä vaihdella hyvinkin paljon, on kunkin tuotteen hinnalle määritelty ns. outliner-yläraajat ja -alarajat.

DRG-tuotehintaa sovelletaan kustannuksiltaan ylä- ja alarajojen sisälle sijoittuviin potilastapauksiin. Jos potilaan hoidon toteutunut kustannus alittaa tai ylittää hinnastoon merkityn rajan, hoito laskutetaankin suoritehinnoilla.

Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksen DRG-hinnaksi on määritelty 7.581 euroa, alarajaksi 4.727 euroa ja ylärajaksi 11.834 euroa.

DRG-tuotteistuksen merkittävin etu on informatiivisuus.

– DRG-tuote ja sille määritelty hinta osoittavat, mitä tietty hoitokokonaisuus sairaalassa maksaa. Hintoja voidaan vertailla sairaaloiden kesken, Lamminen kertoo. Esimerkiksi suonikohjuleikkaukspaketti maksaa

TYKSissä 1.924 euroa, Loimaan aluesairaalassa 1.823 euroa, Salon aluesairaalassa 1.515 euroa ja Vakka-Suomen sairaalassa 1.612 euroa.

DRG:stä saadaan siis ”hintalappu” koko tietyn hoidon saavan potilaan hoitojaksolle.

Esimerkkejä erihintaisista suoritteista:

- puhelinkonsultaatio, alkaen 30,- euroa
- hoitopäivä silmäklinikalla 270,-
- kitarisaleikkaus 440,-
- normaali synnytys 715,-
- polven tekonivelleikkaus 2.200,-
- tähytyksenä tehty sepelvaltimoleikkaus 5.195,-
- C-hepatiittipotilaan poliklinikka käynti lääkkeeseen 9.470,-
- sydänleikkaus päivystyksenä 19.900,-
- kantasolujen siirto sisaruksilta 41.700,-
- kantasolujen siirto rekisteriluovuttajalta 81.300,-

TYKSin 10 kalleinta DRG-tuotetta				
DRG	Selitys	hinta €	määrä/v	laskutus/v
001B	Kallonsisäinen verisuonikirurginen toimenpide 1)	18 082	52	1 189 267
109N	Aortan aneurysman leikkaus rintaontelossa 1)	17 991	18	536 865
482	Kasvon, suun tai kaulan alueen sairaus 2)	15 811	25	432 850
104B	Sydänläppäleikkaus, useita läppäiä tai yksi komplisoitunut 1)	14 410	67	1 095 681
385B	Keskoslapsen tehoahoito 3)	13 929	237	4 365 920
154A	Laaja vatsan tai ruokatorven toimenpide 1)	13 471	22	522 079
001E	Korvan kautta tehtävä leikkaus 2)	13 105	10	122 236
108	Avosydän- tai verisuonikirurginen leikkaus 1)	13 023	20	267 799
104A	Sydämen yhden läpän leikkaus 1)	12 597	48	613 847
129	Sydänpysähdyspotilaan hoito 4)	12 577	29	460 875
Vuosislaskutus yhteensä				9 607 420

1) kirurgia, 2) korvataudit, 3) lastentaudit, 4) sisätaudit

Esimerkkejä TYKSin halvimmista DRG-tuotteista				
DRG	Selitys	hinta €	määrä/v	laskutus/v
383	Raskauden aikainen tutkimus tai toimenpide 1)	270	450	192 914
251	Raajan murtuma, nyrjähdys tai vastaava, päivystyksessä 2)	394	59	33 763
450	Myrkytystilan hoito päivystyksessä 3)	451	330	269 363
379	Uhmaava keskenmeno tai ennenaikainen synnytys, päivystyksessä 1)	551	130	140 348
87	Hengitysvajaus tai keuhkoödeema 4)	630	200	313 315
520	Obstruktiivinen uniapnea 4)	653	996	781 970
173E	Ruuan sulatuskanavan diagnostinen tutkimus tai toimenpide 5)	664	35	22 925
143	Epäselvä sydänperäinen rintakipu, päivystyksessä 3)	675	320	251 130
070B	Korvatulehdus tai ylähengitystieinfektio lapsella 6)	710	203	141 676
098B	Hengitystieinfektio tai astman päivystyshoito 7)	715	282	332 737
Vuosislaskutus yhteensä				2 480 141

1) naistentaudit ja synnytykset, 2) ortopedia ja traumatologia, 3) sisätaudit, 4) keuhkosairaudet, 5) kirurgia, 6) korvataudit, 7) lastentaudit

”Kuntaviuhka” - erikoissairaanhoidon kustannusten vuosivaih- kunnan murheena

Ryhdyimme sairaanhoitopiirissä muutama vuosi sitten kutsumaan ”kuntaviuhkaksi” tilinpäätöksiimme sisältyvää kuvaa, jossa kunkin kunnan erikoissairaanhoidon kulujen toteutumaa verrataan etukäteen laskettuun arvioon.

Esimerkiksi kuluvan vuoden tammielokuun toteumatietojen perusteella koko sairaanhoitopiirin kuntalaskutus on toteutumassa yhden prosentin tarkkuudella, mutta yksittäisistä kunnista noin puolet ylittää ennakoarvion ja puolet alittaa sen. Eräillä kunnilla ylitys tai alitus on jopa 20 %.

Kulujen jääminen ennakoitua pienemmäksi ei yleensä haittaa kuntaa, mutta suuri kasvu aiheuttaa ymmärrettävää huolta kunnan taloudessa. Olen useasti ollut kunnanhallituksen tai -valtuuston kokouksessa selvittämässä mistä yllättävä ylitys johtuu.

Kulut potilaan tarkkuudella

Sairaanhoitopiirissä pystytään seuraamaan kuluja yhden hoidettavan potilaan tasolla eli tiedämme tarkasti jokaisen potilaan jokaisen eri hoitovaiheen kulut. Potilaskohtainen lasku muistuttaakin auton huoltolaskua. Siinä on eriteltyä ”varaosien”, toimenpiteiden, hoitopäivien, laboratoriokokeiden, rtg-tutkimusten jne. kulut.

Esimerkiksi lonkan tekonivelpotilaan kulut voivat olla 7.400 euroa, joka muodostuu 2.500 euron hintaisesta proteesista, 1.500 euron hintaisesta leikkauksesta, kuudesta 400 euron hintaisesta hoitopäivästä ja 1.000 euron muista kuluista.

Käytännön syistä kunta saa kuitenkin kuukausittain vain yhteenvedon kaikkien potilaiden hoitolaskusta. Muuten esimerkiksi Turun kaupungille jouduttaisiin toimittamaan lähes 10.000 eri laskua joka kuukausi.

Potilaskohtainen laskutus johtaa siihen, että potilaiden lukumäärän ja heidän hoitojensa vaatavuustason vaihtelu aiheuttaa kunnan koosta riippuen huomattavaa vuotuista vaihtelua. Pienemmissä kunnissa erikoissairaanhoidon lasku voi kasvaa jopa 50 % verrattuna edelliseen vuoteen. Toki se usein myös laskee kymmenillä prosenteilla.

Vuosivaihtelua voi hillitä

Mitä suurempi on kunnan koko, sitä vähemmän satunnaista vuosivaihtelua esiintyy. Turku on ainoa sen suuruinen kunta Varsinais-Suomessa, että erikoissairaanhoidon laskutus voidaan ennustaa 2-3 % tarkkuudella. Koko piirin osalta tarkkuus on jopa 1 %.

Tämän vuosivaihtelun hillitsemiseen on tarjolla keinoja. Kunnan koon kasvattaminen on tietenkin yksi keino, mutta se ei ole sairaanhoitopiirin päätettävissä.

Toinen keino olisi se, että kunta yhdessä muiden kuntien kanssa ”vakuuttaisi” itsensä. Erikoissairaanhoidon rahat maksettaisiin yhteen rahastoon, jolla tasattaisiin vuosivaihtelujen riskiä. Tällaista ei ole maas-

samme toteutettu. Se johtuu pääosin siitä, että kunnat ajattelevat viime kädessä kuitenkin voivansa omilla toimenpiteillään vaikuttaa erikoissairaanhoidon kuluihinsa.

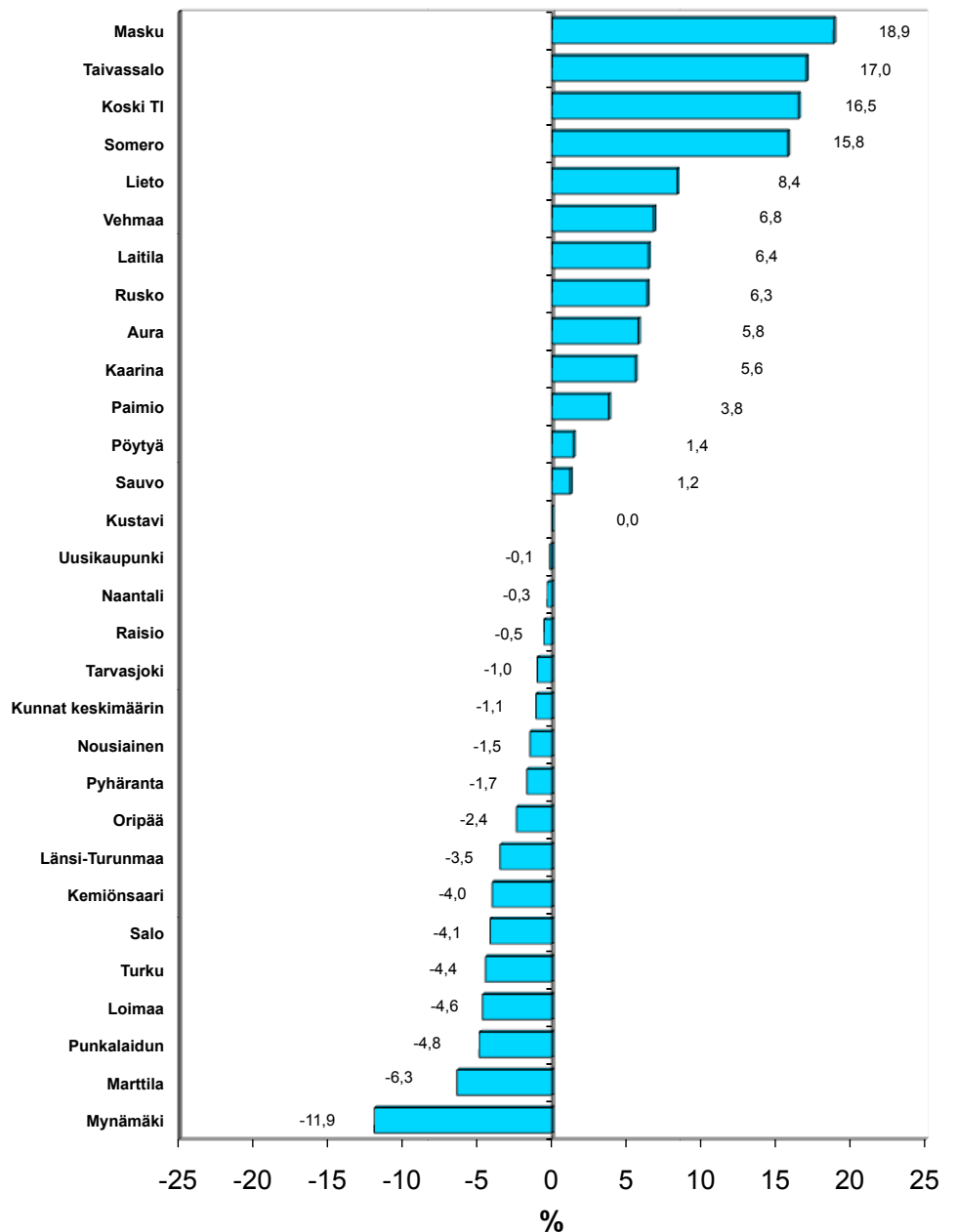
Kolmas keino olisi kiinteä asukasluvun perustuva rahoitusosuus. Esimerkiksi 10.000 asukkaan kunta maksaisi sairaanhoitopiirille vuosittain osuuden, joka vastaa sen asukasluvun osuutta koko sairaanhoitopiirin asukasluvusta. Tässä esimerkissä asukasluvun osuus olisi 2,1 % ja maksuosuus olisi vuonna 2010 yhdeksän miljoonaa euroa. Tätä yksinkertaista mallia vastustetaan sillä perusteella, että se ei huomioi väestön todellista sairastavuutta, ikärakennetta, palveluiden käyttöä jne. Nämä ongelmat voidaan kuitenkin hallita ottamalla huomioon mainitut seikat yleisesti hyväksytyillä kertoimilla.

Viiden vuoden keskiarvo

Vielä perustellumpi malli on sellainen, joka perustuu kokonaan kunnan asukkaiden todelliseen palveluiden käyttöön, mutta ei kuitenkaan poikkea vuosittain etukäteen sovitusta. Tämä malli toteutettaisiin siten, että laskettaisiin esimerkiksi edellisen viiden vuoden keskiarvo kunnan asukkaiden palveluiden käytöstä.

Jos keskiarvoksi saadaan vaikkapa 2,31 % sairaanhoitopiirin koko jäsenkuntalaskutuksesta, määrättäisiin seuraavan vuoden

telu



Jäsenkuntalaskutuksen poikkeamat %:na jaksotetusta talousarviosta: tammi - elokuu 2009

maksuosuus kaavamaisesti tämän suuruiseksi osuudeksi. Todellinen palveluiden käytön vaihtelu tulisi huomioiduksi, joskin se tapahtuisi viiveellä. Säästettäisiin paljon turhaa työtä ja byrokratiaa ja ennen kaikkea kuntatasolla tiedettäisiin varmuudella mitkä erikoissairaanhoidon kulut ovat.

Toki tälläkin mallilla on etujen ohella haittansa. Kunta näkisi omien palvelurakennetarkistajensa tulokset viiveellä. Se voisi vähentää kiinnostusta vaikuttaa erikoissai-

raanhoidon käyttöön. Vaarana olisi myös se, että kuntien palvelukäytön ylittäessä ennakkoarvion, ei sairaanhoitopiiri saisi lisätuloja, vaikka lisämenoja olisi aiheutunut. Toki tämäkin ongelma voidaan hallita huomioimalla syntynyt alijäämä seuraavan vuoden laskutuksessa.

Sairaanhoitopiiri on jäsenkuntien omistama yhtiö, joka noudattaa sellaisia linjauksia, joita lainsäädäntö ja jäsenkuntien tahto edellyttävät. Kuntalaskutuksen

muuttaminen on merkittävä asia ja siihen ei tule ryhtyä ellei sillä ole jäsenkuntien vahvaa kannatusta. Tämän selvittämiseksi sairaanhoitopiiri on valmis tuottamaan perustellun selvityksen eri vaihtoehdoista ja tiedustelemaan kuntien kantaa eri malleihin.

Aki Linden
sairaanhoitopiirin johtaja

Erikoissairaanhoidon ku kehityksestä vuosina 20

Kuvattaessa sairaanhoitopiirin toiminnan laajuutta talouslukuina on luontevaa puhua liikevaihtokäsitteestä. Tässä tarkastellaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin talouslukuja vuosilta 2003–2008. Liikevaihto mitattuna toiminnan tuotoilla ylitti ensimmäisen kerran 500 miljoonan euron rajan vuonna 2008 ja oli silloin noin 525 miljoonaa euroa. Sekä kulut että tuotot kasvoivat lähes puolella vuodesta 2003; edellä mainitussa järjestyksessä 48,8 % ja 49,8 %.

Toiminnan kulujen kehitys ja kulurakenteen muutokset ovat julkisessa terveydenhuollossa liikkuvampia osia kuin tuotot, joten analysoin ensin kuluja. Eri kulujen suhteelliset osuudet eivät ole merkittävästi muuttuneet, vaikka suhteellisissa kasvuissa on merkittäviäkin eroja. Osittain erot johtuvat kirjanpidollisista käsittelyistä.

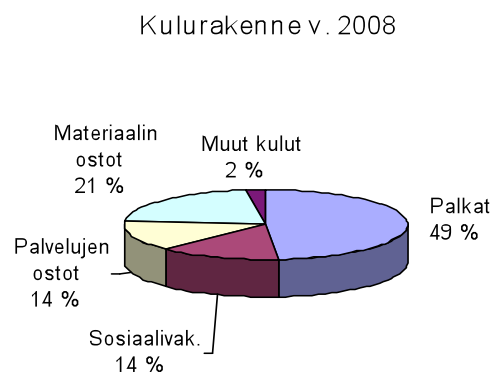
Toimintakulut ovat kasvaneet vuosittain 6-7,9 %. Vuodesta 2003 vuoteen 2004 kulut kasvoivat kuitenkin 12,9 %, kun Turun kirurginen sairaala siirtyi sairaanhoitopiiriin omistukseen.

Palkat +40 %, ostopalvelut +84 %

Henkilöstökulut muodostavat noin 2/3 toiminnan kuluista. Henkilöstökulut olivat 218 milj. euroa vuoden 2003 tilinpäätöksessä ja vuonna 2008 vastaavasti 306 milj. euroa; kasvua 40,4 %.

Palvelujen ostot kasvoivat 84,1 % vuodesta 2003 vuoteen 2008. Palvelujen suhteellinen osuus on muuttunut samana ajankohtana 11,6 %:sta 14,3 %:iin. Organisaation rakenteellisista muutoksista Medbit Oy:n perustaminen vuonna 2008 ja IT-toiminnan kirjanpidollinen ulkoistaminen siinä yhteydessä merkitti palvelujen ostojen kas-

VSSHP:n kulurakenne vuoden 2008 tilinpäätöksessä



vu. Henkilöstökulut puolestaan vähenivät saman rakennemuutoksen seurauksena.

Sairaanhoidollisen palvelutoiminnan liikelaitoksen (TYKS-SAPA) ja taseyksiköiden tai Turunmaan sairaalan liikelaitoksen vaikutukset eivät näy kulurakenteen muutoksina, koska konsernin sisäiset ostot eri yksiköiden välillä on eliminoitu tilinpäätösluvuista.

Materiaalin ostoihin käytettiin noin 103 milj. euroa vuonna 2008. Ostot lisääntyivät lähes 37 milj. euroa eli 55,5 % vuodesta 2003. Lääkkeisiin käytettiin 38,5 milj. euroa vuonna 2008. Muiden toimintakulujen osuus sairaanhoitopiiriin vuosikuluissa on ollut 2-2,5 %.

Sairaalaindeksi +22 %

Julkisten menojen sairaalaindeksi nousi 22 % vuodesta 2003 vuoteen 2008. Suurten kaupunkien terveydenhuollon ikävakioidut kustannukset kasvoivat samana ajankohtana 33,5 %.

Suomen terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen kasvoi 7,3 %:sta

8,2 %:iin vuosina 2002–2007. Bruttokansantuotteen voimakas aleneminen vuoden 2009 aikana nostaa terveydenhuollon suhdetukua ainakin tilapäisesti. Kansainvälisessä vertailussa Suomen terveydenhuoltomenojen bruttokansantuotesuhde on ollut pitkään alle OECD-maiden (9,0 prosenttia) ja EU-maiden (9,2 prosenttia) keskitason.

Yhä enemmän kalliita hoitoja

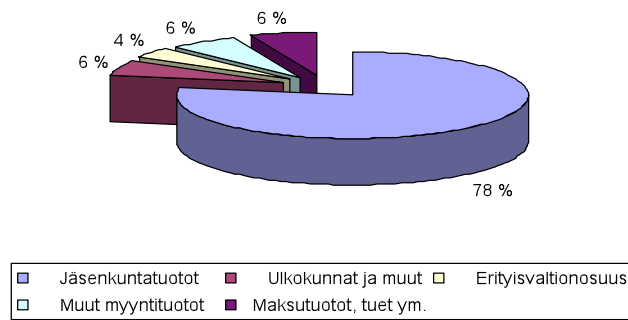
Kuntayhtymän tulo-rahoitus nojaa vahvasti jäsenkuntamyynntiin ja muuhun jäsenkuntalaskutukseen. Jäsenkunnilta saadut kokonaistuotot (varsinainen tuotekohtainen myynti, erityisvelvoitemaksut ja kalliin hoidon maksut) olivat 75 % kaikista toimintatuotoista vuonna 2003. Sen jälkeen niiden osuudeksi on vakiintunut 77–78 %.

Niin sanottu kallis hoito on muodostanut entistä merkittävemmän osuuden jäsenkuntien maksuissa. Kalliiden hoitojen osuus maksuista on kasvanut peräti puoli-toistakertaiseksi, 11,2 milj. eurosta 27,9

Kustannusten ja tuottojen 2003 - 2008

VSSHP:n tuottorakenne vuoden
2008 tilinpäätöksessä

Tuottorakenne v. 2008



milj. euroon vuosina 2003–2008. Potilas-kohtainen kalliin hoidon raja on ollut koko tarkastelujakson ajan yhtä suuri, 40.000 euroa.

Merkittävä muutos kalliin hoidon osuudessa ja sen absoluuttinen kasvu kertovat, että vaativampia hoitoja saavien potilaiden määrä on lisääntynyt voimakkaasti tai yksittäiset potilaat vaativat resursseja entistä enemmän.

Erityisvaltionosuus kutistunut

Tutkimukseen ja opetukseen saatava erityisvaltionosuus kasvoi 16,5 milj. eurosta 20,7 milj. euroon vuosina 2003–2008. Sen suhteellinen osuus kuntayhtymän tuloista laski samaan aikaan 4,7 %:sta 3,9 %:iin. Vuoden 2008 taso edustaa toistaiseksi erityisvaltionosuuden huippua, koska 2009 ja 2010 valtionosuudet tulevat olemaan alhaisemmalla tasolla.

Sosiaali- ja terveysministeriön kautta ohjautuvan erityisvaltionosuuden painopiste on siirtynyt viime aikoina aiempaa enem-

män opetukseen. Opetus saa tällä hetkellä yli 70 % Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille maksettavasta erityisvaltionosuudesta. Vuonna 2003 opetuksen osuus oli alle 60 %.

Kaukana ovat ne ajat jolloin valtiolta maksoi yliopistosairaaloille 12 % erityisvaltionosuutta kaikkiin valtionosuuteen oikeuttaviin kustannuksiin tietyt tulovähennykset huomioon ottaen; yliopistosairaalan kokonaiskuluista erityisvaltionosuus oli lähes 10 %. Jos vertailukohteeksi otetaan TYKS toiminnan kulut vuodelta 2008, on sen vuoden erityisvaltionosuus niistä enää runsaat 5 %.

Alpo Rajaniemi
Taluspäällikkö
VSSHP

Terveydenhuolto kustannuspaineiden keskellä - lääkehoidon laadusta ei silti pidä tinkiä

Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista lääkemenojen osuus on 15 %. Vuonna 2007 lääke-euroista 23 % käytettiin sairaaloissa. Eniten rahaa käytettiin mikrobi- ja syöpälääkkeisiin.

TYKSiin käyttömenoista lääkkeiden osuus oli 7,9 % v. 2008. 2000-luvulla kustannukset ovat kasvaneet vuosittain vähintään 10 %, mutta vuonna 2008 kuitenkin vain 5,3 %.

Kustannusten hallinnassa ja yhtenäisten lääkekäytäntöjen toteuttamisessa on tärkeä kansallisen terveysprojektin periaatteiden mukaisesti laajentunut lääkehankintarengas, joka kattaa Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella olevat kaikki julkisen sektorin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitokset. Vuodesta 2009 alkaen myös Ålands hälso- och sjukvård laitoksineen on mukana yhteisessä lääkkeiden kilpailutuksessa.

Terveydenhuollon lääkemenoihin voidaan vaikuttaa toimintakäytäntöjen muutoksella. ”Lääkkeenmäärämkäytäntöjen muuttaminen koulutuksellisin keinoin” -selvityksen mukaan yleislääkäreiden yleisimpiä muutoksiin vaikuttavia tekijöitä olivat ammatilliset lehdet ja täydennyskoulutus-tapahtumat ja erikoislääkäreillä puolestaan tieteelliset kokoukset ja julkaisut.

Monet seikat askarruttavat lääkkeiden kanssa toimijoita. Lääkärit pitävät erityisesti lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksia hoitoa vaikeuttavina tekijöinä, ja avohuollossa apteekkihenkilökunta puolestaan on huolissaan lääkkeiden turhasta tai liiallisesta käytöstä ja lääkärin määräämien lääkkeiden käytön laiminlyönnistä.

Kilpailutuksella kustannukset hallintaan
Julkisella sektorilla lääkehankintojen kilpailuttamisella on saatu kustannuksia

hallintaan. Se näkyy selkeästi siinä, että viime vuoden lääkekustannusten kasvu oli vuosikymmenen alhaisin. Sairaalalääkkeiden hintojen laskuun ovat vaikuttaneet pääasiassa lääke-markkinoilla tapahtuneet muutokset, kalliiden lääkehoitojen valmisteilla tapahtuneet patenttien umpeutumiset ja uusien rinnakkaisten valmisteiden tulo markkinoille sekä lisäksi lääkehankintarengas laajeneminen.

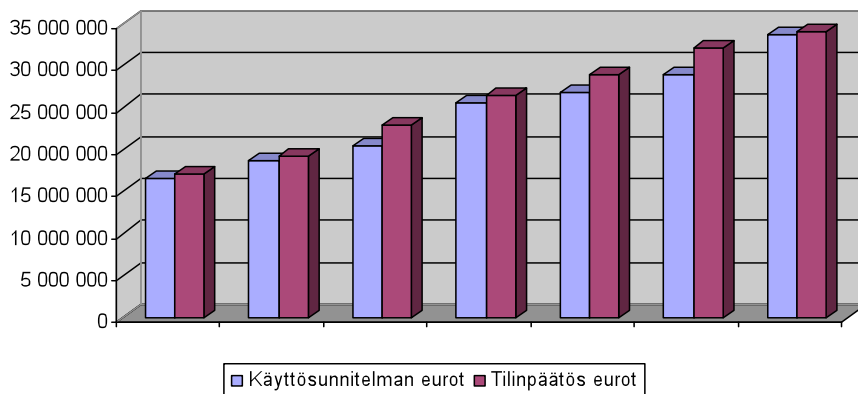
Avohuollossa toimiva geneerinen substitutio ja viitehintajärjestelmä heijastuvat julkisen sektorin sairaaloiden lääkehintoihin mm. yleisen tukkuhintatason alenemisena. Lääkehävikin eli apteekin varastoon ja osastojen lääkekaappeihin vanhentuneiden lääkkeiden määrän minimointi on yksi keino vähentää kustannuksia ja samalla yksi toiminnan laadun mittari.

Yksittäisen potilaan lääkehoitojen toteutuksessa kansallisesta sähköisestä reseptistä ja reseptitietokannasta (reseptikeskus) olisi potilaan lääketurvallisuuden ja lääkeprosessien taloudellisuuden

näkökulmasta suuri hyöty. Tietotekniikan hyödyntäminen parantaa mahdollisuuksia rationaalisen lääkehoidon toteuttamiseen. Sähköisen lääkemääräyksen käyttöönotto on edelleen viivästynyt, vaikka edut sähköisen lääkemääräyksen toteuttamisesta ja reseptitietokannasta olisivat kiistattomat.

Tulevia haasteita paikallisesti ja alueellisesti ovat turvallisen ja taloudellisen lääkeprosessin johtamisen monipuolinen kehittäminen, niin että siihen liittyy säännöllinen onnistumisten arviointi, alueellisten hoitokäytäntöjen vertailu ja systemaattinen yhteistyö kansallisten elinten kuten FIMEAn ja THL:n kanssa. Terveydenhuollon laadusta ei tule tinkiä kustannuspaineiden keskelläkään, vaan hyvällä johtamisella tulee käyttää hyväksi kaikki tarjoutuvat mahdollisuudet rationaalisten lääkekäytäntöjen edistämiseen.

Hanna Mäkäräinen, tulosryhmän johtaja, dosentti
Kirsti Torniainen, sairaala-apteekkar, FaT
TYKS



TYKS apteekkitarvikemomentti toteutuneina euroina 2002-2008



Teksti ja kuva: Matti Hyypä

Sairaanhoitopiirin sairaanhoidollisten palvelujen liikelaitos, Tyks-Sapa, aloitti toimintansa tämän vuoden alussa. Tyks-Sapan toimitusjohtaja **Olli-Pekka Lehtonen** arvioi toiminnan lähteneen liikkeelle suunnitelmien mukaisesti ja ratkaisujen yleisen talustilanteen jatkossa aiheuttamiin haasteisiin löytyvän omasta porukasta.

Tyks-Sapa lähtenyt liikkeelle suunnitelmien mukaan

Tyks-Sapassa on kuusi palvelualueita: kliininen neurofysiologia, patologia, TYKSLAB, V-S (Varsinais Suomen) Kuvantamiskeskus, V-S Lääkehuolto ja V-S Välinehuolto. Tyks-Sapan toiminta kattaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin väestöpohjan palveluiden tarpeesta yli 80 prosenttia.

Satoja työntekijöitä, miljoonia suoritteita

- Kattavimman kuvan toimintamme laajuudesta saa viime vuoden suoriteluvisuittamme. Teimme 5 000 000 laboratoriotutkimusta, 750 000 näytteenottoa ja 300 000 kuvantamistutkimusta sekä vastasimme 400 000 lääkejakelutapahtumasta ja 400 000 välinehuollon tapahtumasta. Näistä vastasi 854 työntekijäämme. Liikevaihtomme oli 120 miljoonaa euroa, josta noin 20 prosenttia tuli myynnistä kuntayhtymän (VSSHP) ulkopuolelle. Työntekijämme kirjoittivat myös 131 tieteellistä julkaisua, listaa Olli-Pekka Lehtonen viime vuoden tapahtumia.

Kustannukset hallinnassa

- Tyks-Sapa ei tavoittele toiminnallaan voittoa, vaan palvelujen hinnoittelu tapahtuu omien todellisten kustannustemme perusteella. Emme

myöskään kunnallisena liikelaitokse-
na voi laajentaa toimintaamme avoimille
markkinoille. Se olisi määrävän markki-
na-asemamme väärinkäyttöä. Liikelaitok-
sena meillä on esimerkiksi konkurssisuoja
ja tiettyjä veroetuja. Mikäli toiminnan
laajentamista pidetään joskus tarpeellisenä,
se edellyttää liikelaitoksemme tai sen osien
yhtiöittämistä.

- Meidän tavoitteenamme on tuottaa
omistajakunnallemme mahdollisimman
laadukkaita palveluja mahdollisimman
edullisesti. Olemme toimintamme alusta
asti ymmärtäneet kuntien kasvavat taloudel-
liset paineet. Siksi säilytämme palvelujemme
hinnat ensi vuonna tämän vuoden tasolla.
Tavoitteen saavuttamiseksi myös pidemäl-
lä tähtäyksellä olemme käynnistäneet 14
tuottavuushanketta, joiden avulla pyrimme
960 000 euron kustannussäästöihin. Tyks-
Sapan osuus terveydenhuollon menoista on
merkittävä, sillä toimintamme kustannukset
ovat noin neljäsosa koko sairaanhoitopiirin
kustannuksista.

- Sopeutustoimissa olemme päät-
täneet olla lomauttamatta ketään. Sen
sijaan jätämme täyttämättä 10 – 20 avau-
tuvaa virkaa tai tointa. Asiakkaiden
maksukykyyn sopeutuminen edellyttää
meiltä palvelujen tuottamista pienemmin
kustannuksin. Uskon, että työhönsä hyvin

sitoutunut henkilöstömme pystyy tämän ta-
voitteen täyttämään uusilla toimintatavoilla
ilman työpaineiden kohtuutonta kasvua,
pohtii Olli-Pekka Lehtonen.

Ei pelkkää taloutta

- Palvelujemme kustannustehok-
kuuden lisäksi meidän on jatkuvasti
pidettävä huolta niiden sisällöstä
siten, että toimintamme edesauttaa
pyrkimystä entistä tehokkaampaan ter-
veydenhuoltoon. Tässä työssä meidän on
saavutettava ja säilytettävä myös väestön ja
sidosryhmiemme luottamus. Siksi meidän
on tunnettava koko hoitojärjestelmä
läpikotaisin perusterveydenhuollosta yli-
opistosairaalaan.

- Palvelualueistamme Kliininen neuro-
fysiologia ja Patologia tarjoavat palvelunsa
yhdestä laboratoriorista. Lääkehuollossa meil-
lä on 7 toimipistettä ja Välinehuollossa
kolmen keskuksen lisäksi toimintaa on vii-
dessä sairaalassa. Kuvantamiskeskuksessa on
15 kuvantamisosastoa ja TYKSLABissa on
23 laboratoriota sekä 32 näytteenottopistet-
tä. Koska potilaiden hoitoketjuja kehitetään
koko ajan, on meidän vastattava nopeasti ja
joustavasti sairaanhoidollisten palvelujem-
me järjestämisessä muuttuvien hoitoketjujen
tarpeisiin. Kehittämistyöstä riittää siten joka
osa-alueella.



Sairaala on kaikenikäisille

Oheinen kuva kertoo, miten TYKSin viime vuoden 57.200 hoitojaksoa sijoittuvat sairastaneiden ikäkirjoon. Hoitojaksojen kokonaiskustannukset olivat yhteensä hieman yli 178 miljoonaa euroa.

Sairaala tarvitsevat kansalaiset vauvasta vaariin ja mummiin. Tervein ajanjakso elämässämme näyttää ajoittuvan kymmenennen ikävuoden tuntumaan. Ensimmäinen sairaalan käyttöhuippu puolestaan on heti alle vuoden ikäisillä. Vastasyntyneet valtaavat näistä jaksoista yli kolmanneksen.

Toinen huippu osuu 62 ikävuoteen, suurista ikäluokista suurimpaan, 1947 syntyneisiin. Se on noin 40 % enemmän kuin kymmenen vuotta vanhemmilla. Ero on aivan yhtä suuri kuin oli ikäluokkien kokoero syntymässä.

Kuvasta voi varovaisesti siten arvioida paljon puhuttujen suurten ikäluokkien erikoissairaanhoidon tarvetta, kun aika kuluu ja

ikäluokat vanhenevat. Vaikka ennalta ehkäisy on kaiken ikää hyödyllistä, tautien siemenet ovat kuitenkin jo niin vahvasti itäneet ja juurtuneet, että ennusteiden laatiminen tässä suhteessa on melkoisen luotettavaa. Toisaalta syntyvyyden merkittävä pieneneminen viime vuosisadan viisi- ja kuusikymmenlukuilla heijastuu nopeasti jo keski-ikäisten hoitojaksojen tarpeeseen.

Myös hyvä sairaanhoito lisää elinvuosia, mutta lisäävätkö elinvuodet hoitojaksoja? Ehkä, mutta ei välttämättä. Hoidon tavoitehan on ennen kaikkea ylläpitää toimintakykyä ja se vähentää osastohoidon tarvetta. Vuosi vuodelta yhä vanhemmat ovat yhä terveempiä. Tosin sitä ei yhden vuoden hoitojaksokuvasta näe, siihen tarvitaan erilaista aikasarja-analyysiä.

Kuvasta näkyy, että sairastumisriski on läsnä aina, sairaalaa tarvitsevat kaiken ikäiset. Kehittyvästä lääketieteestä ja hyvästä

hoitotyöstä hyötyvät myös kaikki, iästä riippumatta.

Vaikka pyrkimyksemme on jatkuvasti toimia yhä avohoitopainotteisemmin, uudet hoitomenetelmät lisäävät joskus hoitojaksojen tarvetta. Silloinkin ne tuovat terveyttä ja lisäävät toimintakykyä usein tasapuolisesti. Sairaala on kaikenikäisten.

Mistähän johtuu kaunis hoitojaksokumppu kolmenkymmenen ikävuoden tienoilla?

Heikki Korvenranta
projektijohtaja

TYKSin hoitojaksojen määrä potilaiden iän mukaan vuonna 2008.

